

УДК 616.342-002

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, С УЧЕТОМ ТРАНСФОРМАЦИИ ВЗГЛЯДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

^{1,3}Мовчан К.Н., ²Могила А.И., ²Смигельский И.С., ¹Горшенин Т.Л.,
¹Смирнов А.А., ¹Мамичева О.Ю.

¹ГБУЗ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»;

²Новгородский государственный университет им. Я. Мудрого;

³Санкт-Петербургский ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
Санкт-Петербург, e-mail: movchank@miac.zdrav.spb.ru

В историческом аспекте проанализированы современные подходы к проведению эрадикации *Helicobacter pylori* с учетом трансформации взглядов на европейские (Маастрихтские) и отечественные (Московские) рекомендации специалистов. Представлен обзор методик антихеликобактерного лечения. Сведения о результатах эрадикационной терапии проанализированы у 234 больных язвой двенадцатиперстной кишки. В период с 1997 по 2000 гг. оценка эффективности лечения проведена у 44 пациентов, в период 2002–2004 гг. обследованы 48 больных, в период 2007–2010 гг. проанализированы сведения о 56 пациентах и в период 2011–2013 гг. результаты антихеликобактерной терапии оценены у 86 больных. Эффективность лечебных мероприятий составила соответственно 91; 87; 89 и 91,4%, что подтверждает обоснованность предлагаемых рекомендаций по лечению пациентов данной категории.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эрадикация *Helicobacter pylori*

TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH DUODENAL PEPTIC ULCER, ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI, TAKING INTO ACCOUNT ATTITUDE TRANSFORMATION TO ERADICATION TREATMENT

^{1,3}Movchan K.N., ²Mogila A.I., ²Smihelsky I.S., ¹Gorshenin T.L.,
¹Smirnov A.A., ¹Mamicheva O.Y.

¹North-West state medical University named after I.I. Mechnikov;

²Novgorod state University after Yaroslav Mudriy;

³SPb state institution of health «Medical information-analytical centre»,
e-mail: movchank@miac.zdrav.spb.ru

The current approaches to *Helicobacter pylori* eradication were analysed in the historical aspect taking into account attitude transformation to Europe (Maastricht) and the Russian (Moscow) experts' recommendations. Approaches of *Helicobacter pylori* treatment were observed. Results of eradication treatment of 234 patients with duodenal ulcer. From 1997 till 2000 treatment efficacy of 44 patients was analysed, 2002–2004 it was analysed the information about 48 patients, during 2007–2010 the information about 56 patients was analysed and 2011–2013 results of treatment of 86 patients duodenal ulcer were researched. The treatment efficacy was 91; 87; 89 and 91,4% accordingly. It proves the validity of these recommendations for treatment of patients with this pathology.

Keywords: peptic ulcer, eradication, *Helicobacter pylori*

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) – патология, которая широко распространена во всех странах мира и составляет 10–15% от общего числа заболеваний органов пищеварения (Казымов И.Л., 2008; Рапопорт С.И. и соавт., 2008; Черепанин А.И. и соавт., 2008; Гостищев В.К. и соавт., 2008; Шапкин Ю.Г. и соавт., 2010; Демина Е.И. и соавт., 2010; Багненко С.Ф., Вербицкий В.Г., 2011; Маев И.В. и соавт., 2011; 2012; Ивашкин В.Т. и соавт., 2012; Schemmer P. et al., 2006; Gisbert J.P. et al., 2006; Cheung F.K. et al., 2009; Czymek R. et al., 2012; Zeitoun J.D. et al., 2012; Holster I.L. et al., 2012; Czymek R. et al., 2012).

В регионах России частота случаев ЯБ ДПК варьируется от 1,5 до 21% (Тихомиро-

ва и соавт., 2011; Маев И.В. и соавт., 2011; Байоква Э.Р. и соавт., 2012; Верткин А.Л. и соавт., 2012; Машкин А.М. и соавт., 2012). На диспансерном учете в связи с этим заболеванием находится около 3 млн больных (Гостищев В.К. и соавт., 2008; Садыков Ф.А. и соавт., 2011; Платонов С.С. и соавт., 2012), среди которых ежегодно, в том числе и вследствие неадекватного и несвоевременного лечения, умирают почти 6 тыс. человек (Чернооков А.И. и соавт., 2010).

Мультифакторность в развитии ЯБ очевидна. Особое значение в генезе язвы ДПК придается *Helicobacter pylori*, что в 1983 г. доказали J. Warren и B. Marshall (Warren J.R., Marshall B.J., 1983). Схемы эрадикационной терапии больных хронической язвой ДПК на протяжении нескольких

десятилетий совершенствовались, что способствовало повышению качества лечения пациентов при данном заболевании. Вместе с тем необходимость изучения эффективности проводимого эрадикационного лечения продолжает иметь важное научно-практическое значение.

Цель исследования – оценить эффективность антихеликобактерной терапии при лечении больных ЯБ ДПК с учетом основных этапов внедрения и совершенствования рекомендаций по эрадикации *Helicobacter pylori*, сформированных в виде Маастрихтских соглашений 1996, 2000, 2005 и 2010 гг.

Материалы и методы исследования

В работе проанализированы данные о 234 больных язвенной болезнью ДПК, при обследовании которых констатирована ассоциация заболевания с *Helicobacter pylori*. Пациенты распределены в 4 клинических группы в зависимости от сроков проводимого лечения, регламентируемого международными рекомендациями, принятыми специалистами в Маастрихте. Первую группу составили 44 человека, больных ЯБ ДПК, у которых эрадикация *Helicobacter pylori* осуществлялась в период с 1997 по 2000 гг. согласно рекомендациям консенсуса Маастрихт-I. Во вторую группу пациентов включены 48 человек, лечение которым проводилось в период с 2002 по 2004 гг., т.е. по условиям рекомендаций Маастрихт-II. Результаты лечения третьей группы больных (56 чел.) анализировались в период внедрения консенсуса 2005 г. (2007–2010 гг.), и в четвертую группу клинических наблюдений вошли 86 пациентов, эрадикационное лечение которым проводилось после принятия последнего (на сегодняшний день) международного соглашения Маастрихт-IV (2011–2013 гг.).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лечения больных согласно рекомендациям Маастрихт-I

Впервые схемы лечения больных при верификации хеликобактериоза были обобщены на заседании Европейской группы по изучению *Helicobacter pylori* в 1996 г. (Маастрихт-I). Они были подготовлены на основе клинических данных экспертов и практикующих врачей, опубликованных в научной литературе и базирующихся на принципах доказательной медицины. Впоследствии были созданы унифицированные согласованные рекомендации по диагностике и лечению *Helicobacter pylori* инфекции на территории Европейского Союза (The European *Helicobacter pylori* Study Group: Current European concepts in management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report, 1997). В 1997 году в Москве на научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения академика АМН СССР В.Х. Василенко «Язвенная болезнь и рак желудка. Новые взгляды в эру

Helicobacter pylori», были приняты Российские рекомендации по диагностике *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью и методам их лечения (1998), в которые включены основные положения Маастрихтского соглашения 1996 года. Язвенная болезнь ДПК в данных рекомендациях отнесена к патологическим состояниям, верификация которого с констатацией факта хеликобактериоза является абсолютным показанием к проведению эрадикационного лечения. В то же время проведение эрадикационной терапии у больных, перенесших хирургические вмешательства по поводу осложнений ЯБ, не предусматривалось как обязательное мероприятие лечебного процесса. В конце 90-х годов адекватной по длительности эрадикационной терапией *Helicobacter pylori* считался семидневный курс лечения, а в случае неудачи терапии «первой линии» перед назначением препаратов «второй линии» рекомендовалось проведение эндоскопического исследования с выделением чистой культуры микроорганизма и определением его чувствительности к антибиотикам. Схемы лечения больных ЯБ ДПК базировались на применении кислотосупрессивных препаратов (ингибиторов протонной помпы или блокаторов H_2 -рецепторов гистамина), антибиотиков и препаратов висмута (всего три варианта трехкомпонентной терапии и один вариант квадротерапии).

Эффективность лечения пациентов согласно рекомендациям консенсуса Маастрихт-I была оценена нами по результатам проведения эрадикационной терапии у 44 больных ЯБ ДПК (32 мужчины и 12 женщин), у которых эрадикация *Helicobacter pylori* осуществлялась в период с 1997 по 2000 гг. Все пациенты проходили лечение в клинике факультетской хирургии Военно-медицинской академии. Средний возраст пациентов соответствовал $41,4 \pm 9,1$ годам. Длительность заболевания в среднем составила 8,7 лет. Только в двух наблюдениях язва ДПК ранее не была диагностирована. Все пациенты были госпитализированы в хирургический стационар в связи с обострением язвы ДПК, сопровождавшимся острым или хроническим осложнением заболевания. Язвенное кровотечение констатировано у 21 пациента, пенетрация язвенного дефекта верифицирована в 9 наблюдениях, перфорация – в 8 случаях, стеноз пилоро-дуоденальной зоны разной степени (в сочетании с другими осложнениями или без таковых) отмечен у 38 больных. В одном наблюдении язвенное кровотечение сочеталось с перфорацией и стенозом пилоро-дуоденальной зоны.

Всем пациентам независимо от вида проводимого лечения (хирургического или терапевтического) проводилась антихеликобактерная терапия в течение 7 дней по одной из трех схем первой линии, регламентированной Европейским соглашением 1996 г.: ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день; метронидазол по 250 мг 4 раза в день + кларитромицин по 250 мг 2 раза в день либо амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + кларитромицин по 500 мг 2 раза в день, либо амоксициллин 500 мг 2 раза в день + метронидазол по 250 мг 4 раза в день.

По результатам контрольного исследования (метод быстрого уреазного теста) эффективность эрадикационного лечения составила 91%. При негативных результатах пациентам проводилась квадротерапия второй линии.

Результаты лечения больных согласно рекомендациям Маастрихт-II

С течением времени при проведении эрадикационной терапии обнаружилось проблемы, связанные прежде всего с растущей устойчивостью штаммов *Helicobacter pylori* к антибактериальным препаратам: к метронидазолу (более чем в 30% случаев) и к кларитромицину (более чем в 10% случаев) (Ивашкин В.Т. и соавт., 2004). В практическом плане это проявлялось существенным снижением частоты эрадикации при применении схем, в состав которых входили указанные антибактериальные препараты. В частности, в случаях резистентности *Helicobacter pylori* к метронидазолу эффективность схем, содержащих кларитромицин и метронидазол, амоксициллин и метронидазол, снижалась соответственно с 93 и 91% до 76 и 61%. Частота успешной эрадикации *Helicobacter pylori* при применении кларитромицина снижалась при его использовании у больных с кларитромицин-устойчивыми штаммами до 44–69% (Ивашкин В.Т. и соавт., 2004). Это привело к тому, что через 4 года после принятия унифицированных протоколов по лечению пациентов ЯБ, ассоциированной с хеликобактериозом, ряд специалистов стал высказывать мнения о необходимости пересмотра и этих документов. В 2000 году принято второе соглашение – Маастрихт-II (Malfertheiner P. et al., 2002). В данном документе на первом месте среди показаний к антихеликобактерной терапии при верификации *Helicobacter pylori* предусматривались именно случаи язвенной болезни желудка и ДПК независимо от фазы заболевания (обострение или ремиссия) и наличия острых или хронических осложне-

ний. В соглашении «Маастрихт-II» четко определено, что при неосложненной ЯДПК нет необходимости продолжать антисекреторную терапию после проведения курса эрадикационной терапии. В то же время рекомендации к подходам по проведению лечения несколько изменились. В частности, в случае неэффективности «тройной» эрадикационной терапии, проводимой по протоколу «Маастрихт-II», впервые регламентировалось продолжение лечение препаратами «второй линии» (second-line therapy) с использованием четырехкомпонентной схемы. Численность вариантов возможных схем антихеликобактерной терапии несколько сократилась. Для тройной антихеликобактерной терапии предлагалось всего две пары антибиотиков. Для квадротерапии в качестве антибактериальных агентов предусматривались только тетрациклин и метронидазол. Из рекомендаций «Маастрихт-II» удалена схема трехкомпонентной терапии на основе препаратов висмута. В то же время длительность проводимого лечения каких-либо изменений не претерпела.

Эффективность использования схем антихеликобактерной терапии второго Маастрихтского соглашения (2000 г.) в отношении лечения больных язвой ДПК, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, изучены у пациентов с ЯБ, осложненной кровотечением, госпитализированных в Ленинградскую областную клиническую больницу в период с 2002 по 2004 гг. Всего анализировались данные о 48 чел. (34 мужчин и 14 женщин). Средний возраст пациентов составил $36 \pm 4,4$ лет. После самопроизвольного или эндоскопического достижения гемостаза при верификации *Helicobacter pylori* больным назначалось противоязвенное лечение, включая эрадикационную терапию, в состав которой входил блокатор протонной помпы, кларитромицин 500 мг и амоксициллин 1000 мг дважды в день в течение 7–14 дней. Четверем больным в связи с рецидивом язвенного кровотечения было выполнено хирургическое вмешательство в объеме резекции 2/3 желудка или прошивания язвы, дополненной ваготомией с пилоропристикой. После лечения всем пациентам проводилось контрольное исследование по диагностике хеликобактериоза. Эффективность эрадикации составила 87%.

Результаты лечения больных согласно рекомендациям Маастрихт-III

В очередном Маастрихтском соглашении третьего пересмотра (2005) приоритеты лечения больных язвенной болезнью

сохранились в отношении абсолютности показаний к проведению эрадикационной терапии (Маев И.В. и соавт., 2006; Malfertheiner P. et al., 2005). Более того, *Helicobacter pylori* квалифицирован как ведущий и агрессивный фактор развития язвенного кровотечения. Рекомендации относительно качественного состава лекарственных схем не изменились, однако сформированы некоторые дополнительные пояснения в виде ограничения применения кларитромицина в регионах, где первичная резистентность *Helicobacter pylori* к данному препарату превышает 15–20% и использования метронидазола вместо амоксицилина на тех территориях, где первичная резистентность к данному лекарственному средству превышает 40%. Из соглашения исключены рекомендации по проведению лечения с использованием блокаторов H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, висмут цитрат). Доказана более высокая эффективность 14-дневной терапии по сравнению с 7-дневной, но с позиции «стоимость / эффективность / развитие побочных эффектов» авторами соглашения однозначное решение принято не было. Особое внимание обращено на факт отсутствия особенностей проводимого лечения у людей разных возрастных групп. В частности, отдельных показаний для проведения эрадикации *Helicobacter pylori* у детей и подростков не выявлено. Лечение рекомендовано проводить как у взрослых пациентов, так и у детей с расчетом суточных доз препаратов, исходя из массы тела. У больных пожилого возраста могут быть несколько уменьшены дозы антибактериальных препаратов с учетом возраста пациентов.

В период действия рекомендаций третьего пересмотра (2006–2009 гг.) мы проанализировали сведения о результативности эрадикационной терапии у 56 больных (43 мужчины и 13 женщин) язвенной болезнью ДПК в возрасте от 21 до 68 лет, проходивших лечение в Выборгской городской больнице Ленинградской области. Средняя длительность заболевания составила $18,4 \pm 2,8$ года. У 9 больных ранее было проведено хирургическое лечение в связи с развитием острого осложнения заболевания кровотечением: в 2-х случаях выполнялось прошивание кровоточащей язвы ДПК, у 6 больных прошивание язвы дополнялось ваготомией с пилоропластикой и у 1 пациента выполнена резекция желудка. В 8 случаях в анамнезе имело место язвенное кровотечение, остановка которого осуществлялась медикаментозно либо с помощью эндоскопических технологий без последующего проведения хирургического

вмешательства. Все пациенты получали антихеликобактерное лечение по схеме: блокатор протонной помпы, кларитромицин 500 мг и амоксициллин 1000 мг дважды в день в течение 10–14 дней. По истечению не менее 14 дней после окончания лечения проводилось повторное исследование на наличие *Helicobacter pylori*. В результате констатирована 89% эффективность проводимой терапии.

Результаты лечения больных согласно рекомендациям Маастрихт-IV

12–13 ноября 2010 г. во Флоренции (Италия) состоялся последний (на сегодняшний день) форум экспертов в области диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori*, итогом работы которого стал очередной Маастрихтский консенсус IV – 2010 (Malfertheiner P. et al., 2012). В консенсусе Маастрихт-III было отмечено, что замена амоксицилина на метронидазол в схемах тройной терапии имеет некоторые преимущества, однако экспертный совет согласительного совещания 2010 года при обсуждении этого вопроса сделал вывод о том, что замена вышеуказанных антибиотиков не дает каких-либо преимуществ, так как их эффективность в схемах тройной терапии эквивалентна. В соглашении Маастрихт-III также было утверждение, что 14-дневная терапия в сравнении с 7-дневной обеспечивает увеличение частоты эрадикации на 12%. Однако дальнейшие исследования показали, что пролонгация тройной терапии с 7 до 10–14 дней повышает уровень эрадикации в среднем всего лишь на 5%. В текущем Маастрихтском соглашении (IV) впервые рекомендована последовательная антихеликобактерная терапия: первые 5 дней – ингибитор протонной помпы + амоксициллин, последующие 5 дней – ингибитор протонной помпы + кларитромицин + тинидазол/метронидазол. В серии ряда проведенных клинических исследований данная схема показала достаточно многообещающие результаты, что позволило включить ее в последний пересмотр Европейских рекомендаций по лечению и диагностике инфекции *Helicobacter pylori* в качестве одной из альтернативных схем первой линии (Francavilla R. et al., 2005; Sánchez-Delgado J. et al., 2008). Согласно отечественным «Стандартам диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение)» (2010) больным язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, для выбора адекватной схемы эрадикационного лечения дополнительно рекомендуется

определение кислотообразующей функции желудка (рН-метрия). По результатам исследования определяется необходимость использования кислотосупрессивной терапии.

С целью оценки эффективности использования «базовых» рекомендаций Маастрихтского соглашения 2010 года и Российских рекомендаций четвертого пересмотра мы провели специальное исследование, изучив результаты лечения больных ЯДПК – жителей Ленинградской области. Под нашим наблюдением в период с 2011 по 2012 гг. находилось 86 человек – больных язвой двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Лечение проводилось в амбулаторных и стационарных условиях Муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ) «Выборгская городская больница» Ленинградской области. Мужчины составили группу из 54 чел., женщины – 32 чел. Средний возраст пациентов – $35,7 \pm 7,4$ лет. В 63 случаях констатировано обострение язвы ДПК без острых осложнений на момент проводимого лечения, и 23 больных были госпитализированы в хирургическое отделение больницы в связи с развитием острого язвенного кровотечения из ДПК. У большинства больных с дуоденальным кровотечением (21 чел.) гемостаз окончательно был достигнут с помощью консервативных медикаментозных и эндоскопических малоинвазивных манипуляций (гелий-неоновый лазер, эндоскопирование и др.). Двум пациентам были выполнены хирургические операции. Длительность анамнеза заболевания у 2/3 больных язвенной болезнью ДПК составила более 10 лет (у 4 больных – более 15 лет). Обращает на себя внимание тот факт, что в 6 наблюдениях отмечался бессимптомный вариант течения заболевания, один из которых осложнился язвенным кровотечением. При целенаправленном расспросе 4 пациентов ретроспективно все же отмечали некоторый периодический дискомфорт на голодный желудок в эпигастральной области (либо без четкой локализации), однако не связывали данные ощущения с заболеванием внутренних органов, лечения не получали и к врачам по этому поводу не обращались.

Всем больным сразу после верификации диагноза и констатации *Helicobacter pylori* назначалось антихеликобактерное лечение. У 47 больных эрадикационная терапия проводилась в объеме: кларитромицин по 500 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день и ингибитора протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день. В 26 случаях использовалась

четырёхкомпонентная схема на основе препаратов коллоидного субцитрата висмута. В 13 случаях применялась последовательная схема противохеликобактерной терапии. У всех пациентов проведенное лечение соответствовало требованиям отечественных и Маастрихтских рекомендаций 2010 года. Длительность проводимой терапии составляла от 7 до 14 дней. Контроль ее результатов осуществлялся не ранее, чем через 2 недели после его окончания путем использования быстрого уреазного теста во время проведения контрольной фиброгастродуоденоскопии, дыхательного теста или ПЦР-диагностики *Helicobacter pylori* в кале.

Полная эрадикация *Helicobacter pylori* при проведении лечения составила 91,4%. Неэффективность лечения отмечена в основном при длительности терапии до 10 дней. В дальнейшем в таких случаях пациентам проводилось успешное лечение схемой «второй» линии.

Несмотря на состоятельность положений по эрадикации *Helicobacter pylori* международных и Российских рекомендаций, многие авторы предлагают модернизировать действующие документы. В частности, Gotteland M. et al. (2006) считают, что добавление к стандартной антихеликобактерной терапии пробиотических штаммов *Bacillus* и *Streptococcus faecium* увеличивает эффективность проводимой эрадикации и уменьшает частоту побочных эффектов. Осадчук М.М. и соавт. (2012) для повышения результативности проводимого лечения рекомендуют включать в схему лечения препарат «Бифи-форм». Ледина Н.В. (2009) для усиления антихеликобактерного эффекта предлагает к лечению добавлять антиоксидант мексидол. Дугина В.В. и соавт. (2009, 2012) отметили существенное повышение эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* при модернизации стандартного лечения иммуномодуляторами ликописом, иммуналом или рибомунилом. Белоусова Н.Л. (2012) считает целесообразным к препаратам антихеликобактерной терапии добавлять прополис. Осадчук А.М. и соавт. (2010) настоятельно рекомендуют включать в схему эрадикационной терапии препарат гормона мелатонина – мелаксена. Бакумов П.А. и соавт. (2008) представили сведения о более высокой эффективности антихеликобактерного лечения при добавлении в схему лечения стимулятора репарации аминокислоты таурина. Некоторые исследователи предлагают альтернативные методы противохеликобактерного лечения. В частности, Павлов О.Н. и соавт. (2010) в качестве немедикаментозного метода эрадикации резистентных штаммов

Helicobacter pylori рекомендуют использовать лазерную хромоэндоскопию. Балыкина В.В. и соавт. (2011) считают возможным проводить эрадикационную терапию длительным применением антацида магалфилл-800. Смирнова Т.А. и соавт. (2005) предлагают эрадикационную терапию проводить без антибиотиков, заменив их иммуномодулятором ронколейкином.

Таким образом, в предлагаемых материалах представлена лишь выборочная информация о необходимости усовершенствования вариантов эрадикационной терапии, что предлагается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Эти мнения не подлежат обязательному исполнению. Целесообразность внедрения предложений еще предстоит изучить на больших рандомизированных выборках пациентов.

Заключение

В настоящее время можно констатировать, что «базовое» лечение пациентов с ЯБ, основанное на положениях Маастрихтского соглашения – IV и Российских рекомендаций 2010 года, оказывается эффективным и достаточным, особенно при длительности приема медикаментов от 10 дней. В связи с этим рекомендуемые лечебные мероприятия должны методично применяться при проведении антихеликобактерной терапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter Pylori*. Целенаправленная модернизация или усовершенствование указанных рекомендаций не должны быть самоцелью. Однако их пересмотр может быть прежде всего в плане поиска путей повышения переносимости медикаментов.

Список литературы

1. Багненко С.Ф. Антифибринолитическая терапия в комплексном лечении массивных язвенных желудочно-кишечных кровотечений / С.Ф. Багненко, В.Г. Вербичский // Вестн. Нац. медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т.6, № 1. – С. 41–44.
2. Байокова Э.Р. Факторы риска развития рака желудка при язвенной болезни / Э.Р. Байокова, М.М. Фазлыев // Забайкальский мед. вестн. – 2012. – № 1. – С. 101–109.
3. Бакумов П.А. Клиническая эффективность таурина в комплексном лечении хронического гастрита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori* / П.А. Бакумов, Е.Л. Шестопалова // Вестн. Волгоградского гос. мед. ун-та. – 2008. – № 1. – С. 61–64.
4. Балыкина В.В. Антациды в профилактике обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки часто рецидивирующего типа течения / В.В. Балыкина, О.И. Иванова, Т.С. Шиндина, О.Н. Мишушкин, Д.В. Володин // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2011. – № 3. – С. 40–43.
5. Белоусова Н.Л. Прополис в комплексной эрадикационной терапии хеликобактериоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.
6. Верткин А.Л. Острые поражения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта в обшемедицинской практике / А.Л. Верткин, М.М. Шамуилова, А.В. Наумов и др. // Мед. Альманах. – 2012. – № 1. – С. 71–72.
7. Гостищев, В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Руководство для врачей / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
8. Демина Е.И. Изменение физического статуса и качества жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне лечения пантопразолом / Е.И. Демина, И.И. Белова // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 16–20.
9. Дугина В.В. Влияние иммуномодуляторов рибомунилы и ликопида на показатели иммунитета при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В. Дугина, Р. Ширази, С.Р. Бабаян, Н.В. Лебедева, Г.В. Рудакова, Н.С. Хрулева // Клинич. медицина. – 2012. – № 1. – С. 76–79.
10. Дугина В.В. Изучение новых путей оптимизации эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с хронической дуоденальной язвой / В.В. Дугина, Н.С. Хрулева // Саратовский науч.-мед. журн. – 2009. – Т.5, № 2. – С. 200–203.
11. Ивашкин В.Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Е.К. Баранская, Т.Л. Лапина, Д.Р. Хакимова. – М., 2004. – 48 с.
12. Ивашкин В.Т. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 1. – С. 87–89.
13. Казымов И.Л. Диагностика и хирургическое лечение постваготомных язв / И.Л. Казымов, А.Г. Мехдиев, Ф.С. Курбанов // Анналы хирургии. – 2008. – № 1. – С. 39–42.
14. Ледина Н.В. Критерии и оценка эффективности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.
15. Маев И.В. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H.pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) / И.В. Маев, А.А. Самсонов // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – Т. 8. – № 1. – С. 3–8.
16. Маев И.В. Терапевтические аспекты лечения язвенных кровотечений / И.В. Маев, В.В. Цуканов, О.В. Третьякова, Э.В. Каспаров, Ю.А. Кучерявый, Н.Г. Андреев, А.В. Васютин // Фарматека. – 2012. – № 2. – С. 56–59.
17. Маев И.В. Хеликобактер-ассоциированная форма язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: проблемы терапии / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Н.Н. Голубев, Ю.А. Кучерявый, Е.В. Белявцева, Т.И. Коровина, Е.В. Баркалова // Фарматека. – 2011. – № 2. – С. 10–17.
18. Машкин А.М. Малоинвазивные технологии и междисциплинарный подход в лечении хирургических осложнений язвенной болезни / А.М. Машкин, А.В. Ефанов, А.А. Хойрыш, Е.Ю. Зайцев, С.Л. Царик, И.А. Воробьев, Н.Н. Федосеева // Мед. Альманах. – 2012. – № 2. – С. 156–159.
19. Осадчук А.М. Динамика показателей клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки желудка под влиянием различных схем противорекцидивного лечения язвенной болезни / А.М. Осадчук, Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук и соавт. // Клиническая медицина. – 2010. – № 2. – С. 50–53.
20. Осадчук М.М. Хеликобактериоз. Актуальные и нерешенные проблемы патогенеза и лечения / М.М. Осадчук, В.И. Купаев, А.М. Осадчук // Практическая медицина. – 2012. – № 56. – С. 16–21.
21. Павлов О.Н. Лазерная хромоэндоскопическая эрадикация *Helicobacter pylori* / О.Н. Павлов, Ю.К. Александров // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 32–36.
22. Платонов С.С. Алгоритм предоперационной подготовки больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом и пенетрацией / С.С. Платонов, Н.И. Белоногов // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4. – С. 101–104.

23. Рапопорт С.И. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: морфофункциональные, нейроэндокринные и клинические параллели / С.И. Рапопорт, Н.И. Жерякова, К.И. Процаев, И.М. Кветной, С.Н. Рыбникова // *Клин. медицина*. – 2008. – № 5. – С. 28–30.
24. Рекомендации по диагностике *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью и методам их лечения // *Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* – 1998. – № 1. – С. 105–107.
25. Садыков Ф.А. Эффективность восстановительных технологий у прививников с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Ф.А. Садыков, Р.Н. Кильдебекова, Л.Р. Мингазова, О.А. Курамшина // *Фундаментальные исследования*. – 2011. – № 9. – С. 121–123.
26. Смирнова Т.А. *Helicobacter pylori*-ассоциированная язвенная болезнь желудка: микробиологическая и клинико-иммунологическая эффективность терапии без использования антибиотиков / Т.А. Смирнова, О.В. Боровиков, Е.П. Пономарева, Р.А. Ханферян // *Медицинская Иммунология*. – 2005. – Т.7, № 4. – С. 397–404.
27. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-ое московское соглашение) приняты X съездом НОГР 5 марта 2010 года // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2010. – № 5. – С. 113–118.
28. Тихомирова, Г.И. Реабилитация больных язвенной болезнью на догоспитальном этапе / Г.И. Тихомирова, С.В. Зубкова // *Амб. Хирургия*. – 2011. – № 1. – С. 25–28.
29. Черепанин, А.И. Стенозирующие кровотокающие пилородуоденальные язвы / А.И. Черепанин, Е.И. Нечипоренко, А.М. Нечаенко, Б.И. Долгих, М.С. Синекокая // *Хирургия*. – 2008. – № 6. – С. 31–33.
30. Чернооков А.И. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии / А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, А.В. Яковченко, Е.С. Сильчук, О.Г. Плутин // *Анналы хирургии*. – 2010. – № 2. – С. 11–18.
31. Шапкин Ю.Г. Оптимизация медикаментозной профилактики рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, А.В. Климашевич, В.А. Гришаев, В.А. Зевякина // *Медицинский альманах*. – 2010. – № 1. – С. 125–127.
32. Cheung F.K. Management of massive peptic ulcer bleeding / F.K. Cheung, J.Y. Lau // *Gastroenterol Clin North Am.* – 2009. – Vol. 38, № 2. – P. 231–243.
33. Czymek R. Surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding: still a major challenge. / R. Czymek, A. Grobmann, U. Roblick, A. Schmidt, F. Fischer, H.P. Bruch, P. Hildebrand // *Hepatogastroenterology*. – 2012. – Vol. 59, № 115. – P. 768–773.
34. Francavilla R. Improved efficacy of 10-day sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in children: a randomized trial / R. Francavilla, E. Lionetti, Castellaneta, et al // *Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 129, № 5. – P. 1414–1419.
35. Gisbert J.P. Risk assessment and outpatient management in bleeding peptic ulcer / J.P. Gisbert, J. Legido, I. Castel, M. Trapero, J. Cantero, J. Mate, J.M. // *Pajares J. Clin Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 40, № 2. – P. 129–134.
36. Gotteland M. Systematic review: are probiotics useful in controlling gastric colonization by *Helicobacter pylori*? / M. Gotteland, O. Brunser, S. Cruchet // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2006. – Vol.23, № 10. – P. 1077–1086.
37. Holster I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives / I.L. Holster, E.J. Kuipers // *World. J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18, № 11. – P. 1202–1207.
38. Malfërtheiner P. Guidelines for the Management of *Helicobacter Pylori* Infection. Business Briefing: European Gastroenterology Review / P. Malfërtheiner, F. Megraud, C. O'Morain, et al. // 2005. – P. 59–62.
39. Malfërtheiner P. European *Helicobacter* Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report / P. Malfërtheiner, F. Megraud, C.A. O'Morain // *Gut.* – 2012. – Vol. 61, № 5. – P. 646–664.
40. Malfërtheiner P. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfërtheiner, F. Megraud, C. O'Morain, et al. // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2002. – Vol. 16, № 2. – P. 167–180.
41. Sánchez-Delgado J. Ten-day sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in clinical practice. / J. Sánchez-Delgado, X. Calvet, L. Bujanda, J.P. Gisbert, L. Titó, M. Castro // *Am. J. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 103, № 9. – P. 2220–2223.
42. Schemmer P. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients / P. Schemmer, F. Decker, G. Dei-Anane, V. Henschel, K. Buhl, C. Herfarth, S. Riedl // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 12, № 22. – P. 3597–3601.
43. The European *Helicobacter Pylori* Study Group: Current European concepts in management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report // *Gut.* – 1997. – 41. – P. 8–13.
44. Warren J.R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis / J.R. Warren, B.J. Marshall // *Lancet.* – 1983. – Vol. 321, № 8336. – P. 1273–1275.
45. Zeitoun J.D. Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: A prospective multicenter observational study in 1140 patients / J.D. Zeitoun, Rosa I. Hézode, A. Chrysostalis, B. Nalet et al. // *Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 36, № 3. – P. 227–234.

References

1. Bagnenko S.F. Antifibrinoliticheskaia terapija v kompleksnom lechenii massivnyh zheludochno-kishechnykh krvotechenij, S.F. Bagnenko, V.G. Verbickij, Vestn. Nac. mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova, 2011, Vol.6, no. 1. pp. 41-44.
2. Bajokva Je.R. Faktory riska razvitija raka zheludka pri jazvennoj bolezni, Je.R. Bajokva, M.M. Fazlyev, Zabajkal'skij med.vestn, 2012, no. 1, pp. 101–109.
3. Bakumov P.A. Klinicheskaja jeffektivnost' taurina v kompleksnom lechenii hronicheskogo gastrita i jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki, associirovannyh s infekciej *Helicobacter pylori*, P.A. Bakumov, E.L. Shestopalova, Vestn. Volgogradskogo gos. med. un-ta, 2008, no. 1, pp. 61–64.
4. Balykina V.V. Antacidy v profilaktike obostrenij jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki chasto recidivirujushhego tipa techenija, V.V. Balykina, O.I. Ivanova, T.S. Shindina, O.N. Minushkin, D.V. Volodin, Kremlevskaja medicina. Klinicheskij vestnik, 2011, no. 3, pp. 40–43.
5. Belousova N.L. Propolis v kompleksnoj jeradikacionnoj terapii helikobakterioza: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk. M., 2012. 24 p.
6. Vertkin A.L. Ostrye porazhenija slizistoj verhnih otdelov zheludochno-kishechnogo trakta v obshemedicinskoj praktike, A.L. Vertkin, M.M. Shamuilova, A.V. Naumov, Med. Al'manah, 2012, no. 1, pp. 71–72.
7. Gostishhev V.K. Gastroduodenal'nye krvotechenija jazvennoj jetiologii (patogenez, diagnostika, lechenie): Rukovodstvo dlja vrachej, V.K. Gostishhev, M.A. Evseev, M.: GJeOTAR-Media, 2008, 384 p.
8. Demina E.I. Izmenenie fizicheskogo statusa i kachestva zhizni bol'nyh jazvennoj bolezni'ju zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki na fone lechenija pantoprazolom, E.I. Demina, I.I. Belova, Consilium medicum. Gastrojenterologija, 2010, no. 1, pp. 16–20.
9. Dugina V.V. Vlijanie immunomoduljatorov ribomunila i lipokida na pokazateli immuniteta pri jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki, V.V. Dugina, R. Shirashi, S.R. Babajan, N.V. Lebedeva, G.V. Rudakova, N.S. Hruleva, Klinich.medicina, 2012, no. 1, pp. 76–79.
10. Dugina V.V. Izuchenie novyh putej optimizacii jeradikacii *Helicobacter pylori* u bol'nyh s hronicheskoi duodenal'noj jazvoj, V.V. Dugina, N.S. Hruleva, Saratovskij nauch.med. zhurn, 2009, T.5, no. 2, pp. 200–203.
11. Ivashkin V.T. Rekomendacii po diagnostike i lecheniyu yazvennoj bolezni. Me-todicheskoe posobie dlja vrachej / V.T. Ivashkin, A.A. Sheptulin, E.K. Baranskaya, T.L. Lapina, D.R. Hakimova. M., 2004. 48 p.
12. Ivashkin V.T. Rekomendacii Rossijskoj Gastrojenterologicheskoi Associacii po diagnostike i lecheniju infekcii *Helicobacter pylori* u vzroslyh, V.T. Ivashkin, I.V. Maev,

- T.L. Lapina, A.A. Sheptulin, Ros. zhurn. gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii, 2012, no.1, pp. 87–89.
13. Kazymov, I.L. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie postvagotomnyh jazv. I.L. Kazymov, A.G. Mehdiyev, F.S. Kurbanov, Annaly hirurgii, 2008, no. 1, pp. 39–42.
14. Ledina N.V. Kriterii i ocenka jeffektivnosti lechenija jazvennoj boleznj dvenadcatiperstnoj kishki u pacientov pozhlidogo vozrasta: Avtoref.dis. ... kand. med.nauk, M., 2009, 22 p.
15. Maev I.V. Sovremennye standarty lechenija kislotozavisimyh zabojevanij, associirovannyh s H.pylori (materialy konsensusa Maastricht-3), I.V. Maev, A.A. Samsonov, Consilium Medicum. Gastrojenterologija. 2006. T. 08. no. 1. pp. 3–8.
16. Maev I.V. Terapevticheskie aspekty lechenija jazvennyh krovotochenij, I.V. Maev, V.V. Cukanov, O.V. Tret'jakova, Je.V. Kasparov, Ju.A. Kucherjavjy, N.G. Andreev, A.V. Vasjutin, Farmateka, 2012, no. 2, pp. 56–59.
17. Maev I.V. Helikobakter-associirovannaja forma jazvennoj boleznj zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki: problemy terapii, I.V. Maev, A.A. Samsonov, N.N. Golubev, Ju.A. Kucherjavjy, E.V. Beljavceva, T.I. Korovina, E.V. Barkalova, Farmateka, 2011, no. 2, pp. 10–17.
18. Mashkin A.M. Maloinvazivnye tehnologii i mezhdisciplinarnyj podhod v lechenii hirurgicheskikh osloznenij jazvennoj boleznj, A.M. Mashkin, A.V. Efanov, A.A. Hojrysh, E.Ju. Zajcev, S.L. Carik, I.A. Vorob'ev, N.N. Fedoseeva, Med. Al'manah, 2012, no. 2, pp. 156–159.
19. Osadchuk A.M. Dinamika pokazatelej kletocznego obnovenija jepitelocitov slizistoj obolochki zheludka pod vlijaniem razlichnyh shem protivorecidivnogo lechenija jazvennoj boleznj, A.M. Osadchuk, F.I. Komarov, M.A. Osadchuk i soavt., Klinicheskaja medicina. 2010. no. 2. pp. 50–53.
20. Osadchuk M.M. Helikobakterioz. Aktual'nye i nereshennye problemy patogeneza i lechenija, M.M. Osadchuk, V.I. Kupaev, A.M. Osadchuk, Prakticheskaja medicina, 2012, no. 56, pp. 16–21.
21. Pavlov O.N. Lazernaja hromojendoskopicheskaja jeradikacija Helicobacter pylori, O.N. Pavlov, Ju.K. Aleksandrov, Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija, 2010, no. 2, pp. 32–36.
22. Platonov S.S. Algoritm predoperacionnoj podgotovki bol'nyh jazvennoj bolezn'ju zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki, osloznennoj stenozom i penetraciej, S.S. Platonov, N.I. Belonogov, Fundamental'nye issledovanija, 2012, no. 4, pp. 101–104.
23. Rapoport S.I. Jazvennaja bolezn' zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki: morfofunkcional'nye, nejroendokrinnye i klinicheskie paralleli, S.I. Rapoport, N.I. Zhernakova, K.I. Proshhaev, I.M. Kvetnoj, S.N. Rybnikova, Klin.medicina, 2008, no. 5, pp. 28–30.
24. Rekomendacii po diagnostike Helicobacter pylori u bol'nyh jazvennoj bolezn'ju i metodam ih lechenija, Ros. zhurn. gastrojenterol. gepatol. koloproktol, 1998, no. 1, pp. 105–107.
25. Sadykov F.A. Jeffektivnost' vosstanovitel'nyh tehnologij u prizyvnikov s jazvennoj bolezn'ju dvenadcatiperstnoj kishki, F.A. Sadykov, R.N. Kil'debekova, L.R. Mingazova, O.A. Kuramshina, Fundamental'nye issledovanija, 2011, no. 9, pp. 121–123.
26. Smirnova T.A. Helicobacter pylori-associirovannaja jazvennaja bolezn' zheludka: mikrobiologicheskaja i kliniko-immunologicheskaja jeffektivnost' terapii bez ispol'zovanija antibiotikov, T.A. Smirnova, O.V. Borovikov, E.P. Ponomareva, R.A. Hanferjan, Medicinskaja Immunologija, 2005, T.7, no. 4, pp. 397–404.
27. Standarty diagnostiki i lechenija kislotozavisimyh i associirovannyh s Helicobacter pylori zabojevanij (4-e moskovskoe soglasenie) prinjaty X sjezdom NOGR 5 marta 2010 goda, Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2010. no. 5. pp. 113–118.
28. Tihomirova G.I. Reabilitacija bol'nyh jazvennoj bolezn'ju na dogospital'nom jetape, G.I. Tihomirova, S.V. Zubkova, Amb. Hirurgija, 2011, no. 1, pp. 25–28.
29. Cherepanin A.I. Stenozirujushhie krovotochashhie piloroduodenal'nye jazvy, A.I. Cherepanin, E.I. Nechiporenko, A.M. Nechaenko, B.I. Dolgih, M.S. Sineokaja, Hirurgija, 2008, no. 6, pp. 31–33.
30. Chernokov A.I. Taktika hirurgicheskogo lechenija bol'nyh s sochetannymi osloznenijami jazv dvenadcatiperstnoj kishki v jekstrennoj hirurgii, A.I. Chernokov, B.A. Naumov, A.V. Jakovchenko, E.S. Sil'chuk, O.G. Plugin, Annaly hirurgii, 2010, no. 2, pp. 11–18.
31. Shapkin Ju.G. Optimizacija medikamentoznoj profilaktiki recidiva jazvennogo zheludocno-kishechnogo krovotochenija, Ju.G. Shapkin, S.V. Kapralov, A.V. Klimashevich, V.A. Grishaev, V.A. Zevjakina, Medicinskij al'manah, 2010, no. 1, pp. 125–127.
32. Cheung F.K. Management of massive peptic ulcer bleeding, F.K. Cheung, J.Y. Lau, Gastroenterol Clin North Am, 2009, Vol. 38, no. 2, pp. 231–243.
33. Czymek R. Surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding: still a major challenge., R. Czymek, A. Grobmann, U. Roblick, A. Schmidt, F. Fischer, H.P. Bruch, P.Hildebrand, Hepatogastroenterology, 2012, Vol. 59, no. 115, pp. 768–773.
34. Francavilla R. Improved efficacy of 10-day sequential treatment for Helicobacter pylori eradication in children: a randomized trial, R. Francavilla, E. Lionetti, Castellaneta, et al, Gastroenterol, 2005, Vol. 129, no. 5. pp. 1414–1419.
35. Gisbert, J.P. Risk assessment and outpatient management in bleeding peptic ulcer, J.P. Gisbert, J. Legido, I. Castel, M. Trapero, J. Cantero, J. Mate, J.M., Pajares J. Clin Gastroenterol, 2006, Vol. 40, no. 2, pp. 129–134.
36. Gotteland, M. Systematic review: are probiotics useful in controlling gastric colonization by Helicobacter pylori?, M. Gotteland, O. Brunser, S. Cruchet, Aliment. Pharmacol. Ther, 2006, Vol.23, no. 10, pp. 1077–1086.
37. Holster, I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives, I.L. Holster, E.J. Kuipers, World. J. Gastroenterol, 2012, Vol. 18, no. 11, pp. 1202–1207.
38. Malfertheiner P. Guidelines for the Management of Helicobacter Pylori Infection. Business Briefing: European Gastroenterology Review, P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain, et al., 2005. pp. 59–62.
39. Malfertheiner P. European Helicobacter Study Group. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV, Florence Consensus Report, P. Malfertheiner, F. Megraud, C.A. O'Morain, Gut, 2012, Vol. 61, no. 5, pp. 646–664.
40. Malfertheiner P. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht 2-2000 Consensus Report, P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain, Aliment. Pharmacol. Ther, 2002, Vol.16, no. 2, pp. 167–180.
41. Sánchez-Delgado J. Ten-day sequential treatment for Helicobacter pylori eradication in clinical practice., J. Sánchez-Delgado, X. Calvet, L. Bujanda, J.P. Gisbert, L. Titó, M. Castro, Am. J. Gastroenterol. 2008, Vol. 103, no. 9, pp. 2220–2223.
42. Schemmer P. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients, P. Schemmer, F. Decker, G. Dei-Anane, V. Henschel, K. Buhl, C. Herfarth, S. Riedl, World J. Gastroenterol, 2006, Vol.12, no. 22, pp. 3597–3601.
43. The European Helicobacter Pylori Study Group: Current European concepts in management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report, Gut, 1997, 41, pp. 8–13.
44. Warren J.R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis, J.R. Warren, B.J. Marshall, Lancet, 1983, Vol. 321, no. 8336, pp. 1273–1275.
45. Zeitoun J.D. Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: A prospective multicenter observational study in 1140 patients, J.D. Zeitoun, Rosa-I. Hézode, A. Chrysostalis, B. Nalet et al., Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol, 2012, Vol. 36, no. 3, pp. 227–234.

Рецензенты:

Морозов Ю.М., д.м.н., доцент, заместитель директора медицинского института, ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет» по связям с практическим здравоохранением, заведующий кафедрой последипломного медицинского образования № 2, г. Орел;

Кашенко В.А., д.м.н. профессор кафедры факультетской хирургии СПбГУ, зам. главного врача по хирургической работе, ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА России, г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 27.11.2013.