

ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

**СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**  
**КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ И АССОЦИИРОВАННЫХ**  
**с *Helicobacter pylori* ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**(четвертое Московское соглашение)**

Методические рекомендации  
(№37)

Москва 2010 г.

ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

“Согласовано”

Председатель Ученого  
медицинского совета  
Департамента  
здравоохранения





Проф. Л.Г.Костомарова

“9” ноября 2010 г.

“Утверждаю”

Руководитель  
Департамента  
здравоохранения



Проф. С.В.Поляков

“8” ноября 2010 г.

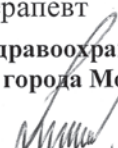
СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСЛОТЗАВИСИМЫХ И  
АССОЦИИРОВАННЫХ С *Helicobacter pylori* ЗАБОЛЕВАНИЙ

(четвертое Московское соглашение)

Методические рекомендации

(№ 37 )

Главный терапевт  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

  
проф. Л.Б.Лазебник  
«25» 10 2010г.

**УДК 616.3**

**ББК 54.13**

**Учреждения-разработчики:**

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, научное общество гастроэнтерологов России, организационно-методологический отдел по терапии Департамента здравоохранения г.Москвы

**Составители:**

д.м.н., профессор Л.Б.Лазебник, д.м.н., профессор Щербаков П.Л., д.м.н., профессор Ю.В.Васильев, д.м.н. А.А.Машарова, к.м.н. Д.С.Бордин, к.м.н. И.А.Ли

**Рецензент:**

доктор медицинских наук М.Д.Ардатская

**Предназначение:**

для практических врачей – терапевтов, гастроэнтерологов, врачей общей практики

**ISBN 978 5 4253 0059 1**

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ИПП - ингибитор протонной помпы

НР - *Helicobacter pylori*

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

ХГ - хронический гастрит

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

ШИФР по МКБ-10: К 21 (Гастроэзофагеальный рефлюкс – ГЭР)

ГЭР с эзофагитом – К 21.0, ГЭР без эзофагита – К 21.9

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся забросами (рефлюксом) в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, возникающими вследствие нарушений моторно-эвакуаторной функции эзофагогастродуоденальной зоны, которые проявляются симптомами, беспокоящими больного, и/или развитием осложнений. Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация, а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ГЭРБ<sup>1</sup>

Пищеводные синдромы		Внепищеводные синдромы	
Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами (при отсутствии структурных повреждений пищевода)	Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)	Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена	Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается
1. Классический рефлюксный синдром 2. Синдром боли в грудной клетке	1. Рефлюкс-эзофагит 2. Стриктуры пищевода 3. Пищевод Барретта 4. Аденокарцинома	1. Кашель рефлюксной природы 2. Ларингит рефлюксной природы 3. Бронхиальная астма рефлюксной природы 4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы	1. Фарингит 2. Синуситы 3. Идиопатический фиброз легких 4. Рецидивирующий средний отит

<sup>1</sup> – согласно международному научно обоснованному соглашению (Монреаль, 2005)

## Методы диагностики ГЭРБ:

- Клинический. Наиболее распространен *классический рефлюксный синдром* (эндоскопически негативная форма ГЭРБ), проявляющийся исключительно симптомами (наличие изжоги и/или регургитации, беспокоящих больного). Диагноз ставится клинически и базируется на верификации и оценке жалоб больного, поэтому важна одинаковая трактовка симптомов врачом и больным. Изжога – чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникающее натощак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или акта табакокурения (национальное определение изжоги, одобрено VII съездом НОГР, 2007 г.). Под регургитацией следует понимать попадание содержимого желудка вследствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки (Монреальское определение, 2005 г.)
- Терапевтический тест с одним из ингибиторов протонной помпы в стандартных дозировках в течение 5–10 дней;
- Эндоскопическое исследование позволяет выявить и оценить изменения в дистальном отделе пищевода, прежде всего рефлюкс-эзофагит. При подозрении на метаплазию пищевода (пищевод Барретта) и злокачественное поражение проводятся множественная биопсия и морфологическое исследование;
- Суточный рефлюкс-мониторинг пищевода (рН-мониторинг, комбинированный многоканальный импеданс-рН-мониторинг) для выявления и количественной оценки патологического гастроэзофагеального рефлюкса, определения его связи с симптомами болезни, а так же для оценки эффективности терапии. Суточный рН-мониторинг позволяет выявить патологический кислый рефлюкс (рН<4,0). Импеданс-рН-мониторинг наряду с кислыми дает возможность выявлять слабокислые, щелочные и газовые рефлюксы;
- Манометрия пищевода – для оценки моторики пищевода (перистальтика тела, давление покоя и расслабление нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров), дифференциальной диагностики с первичными (ахалазия) и вторичными (склеродермия) поражениями пищевода. Манометрия помогает правильно расположить зонд при рН-мониторинге пищевода (на 5 см выше проксимального края нижнего пищеводного сфинктера);
- По показаниям проводится рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта: для диагностики и дифференциальной диагностики пептических язв и/или пептической стриктуры пищевода;

- По показаниям – оценка нарушений эвакуаторной функции желудка (электрогастрография и другие методы);
- При выявлении внепищеводных синдромов и при определении показаний к хирургическому лечению ГЭРБ – консультации специалистов (кардиолог, пульмонолог, ЛОР, стоматолог, психиатр и др.).

## **Медикаментозная терапия ГЭРБ**

Для контроля симптомов и лечения осложнений ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, пищевод Барретта) наиболее эффективны ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг или эзомепразол 20 мг), назначаемые 1–2 раза в сутки за 20–30 минут до приема пищи. Длительность основного курса терапии составляет не менее 6–8 недель. У пожилых больных с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, а также при наличии внепищеводных синдромов его продолжительность увеличивается до 12 недель. Эффективность всех ИПП при длительном лечении ГЭРБ сходна. Особенности метаболизма в системе цитохромов P450 обеспечивают наименьший профиль лекарственных взаимодействий пантопразола, что делает его наиболее безопасным при необходимости приема препаратов для лечения синхронно протекающих заболеваний (клопидогрель, дигоксин, нифедипин, фенитоин, теофиллин, R-варфарин и др.).

Для ИПП характерен длительный латентный период, что не позволяет их использовать для быстрого купирования симптомов. Для быстрого облегчения изжоги следует использовать антациды и препараты альгиновой кислоты (альгинаты). В начале курса терапии ГЭРБ рекомендуется комбинация ИПП с альгинатами или антацидами до достижения стойкого контроля симптомов (изжоги и регургитации).

При классическом рефлюксном синдроме (эндоскопически негативной ГЭРБ), а так же при неэффективности ИПП, возможна монотерапия альгинатами продолжительностью не менее 6 недель.

При выявлении нарушений эвакуаторной функции желудка и выраженном дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе показано назначение прокинетики (метоклопрамид, домперидон, итоприда гидрохлорид)

По показаниям (непереносимость, недостаточная эффективность, рефрактерность к ИПП) возможно применение антагонистов  $H_2$ -рецепторов гистамина (фамотидин).

Критерии эффективности терапии – достижение клинко-эндоскопической ремиссии (отсутствие симптомов и/или признаков рефлюкс-эзофагита при ЭГДС).

Необходимо отметить, что течение ГЭРБ, как правило, непрерывно-рецидивирующее и у большинства больных при отмене антисекреторной терапии симптомы и/или рефлюкс-эзофагит быстро возвращаются.

## **Варианты ведения больных ГЭРБ после стойкого устранения симптомов и рефлюкс-эзофагита:**

- При рецидивирующем эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите, пищеводе Барретта – непрерывная поддерживающая терапия ИПП (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг или эзомепразол 20 мг) 1–2 раза в сутки;
- При часто рецидивирующей эндоскопически негативной ГЭРБ, ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом, ГЭРБ у пожилых больных – непрерывная поддерживающая терапия ИПП в минимальной, но эффективной дозе (подбирается индивидуально);
- При классическом рефлюксном синдроме (эндоскопически негативной форме ГЭРБ) – терапия альгинатами, комплексными средствами с антацидными свойствами или ИПП «по требованию», под контролем симптомов.

## **ГЭРБ и *Helicobacter pylori*:**

- Распространенность НР у больных ГЭРБ ниже, чем в популяции, однако характер этой отрицательной взаимосвязи не ясен.
- В настоящее время принята точка зрения, что инфекция НР не является причиной возникновения ГЭРБ, эрадикация НР не ухудшает течение ГЭРБ.
- На фоне значительного и длительного подавления кислотопродукции происходит распространение НР из антрального отдела на тело желудка (транслокация НР). При этом могут ускоряться процессы потери специализированных желез желудка, ведущие к развитию атрофической гастрита и, возможно, рака желудка. Поэтому больным ГЭРБ, нуждающимся в длительной антисекреторной терапии, необходимо провести диагностику *Helicobacter pylori*, при выявлении – провести эрадикацию (см. раздел «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H.pylori*»).

## **Хирургическое лечение ГЭРБ**

Рекомендуется дифференцированный отбор больных ГЭРБ для проведения хирургического лечения – лапароскопической фундопликации. Точные показания для хирургического лечения ГЭРБ остаются спорными, а отдаленные результаты не гарантируют полного отказа от ИПП.

Предоперационное обследование должно включать ЭГДС (при подозрении на пищевод Барретта – с множественной биопсией и морфологическим исследованием), рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, манометрию пищевода и 24-часовой рН-мониторинг. Оптимально принятие решения об операции консилиумом, включающим гастроэнтеролога, хирурга, при необходимости, кардиолога, пульмонолога, ЛОР, психиатра и других специалистов.

Показания к хирургическому вмешательству:

- Сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию.
- Отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами.
- Наличие осложнений ГЭРБ (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, стриктура, язва пищевода).
- Ограничения качества жизни или наличие осложнений, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

## **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, АССОЦИИРОВАННАЯ С *Helicobacter pylori***

**ШИФР по МКБ-10: Язва желудка – К 25  
Язва двенадцатиперстной кишки – К 27**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим проявлением которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, развивающаяся на фоне хронического гастрита, ассоциированного с НР.

### **Методы диагностики язвенной болезни:**

- Клинический.
- Эндоскопический, при язве желудка в обязательном порядке для исключения малигнизации – прицельная биопсия (5–7 фрагментов) дна и краев язвы.
- Рентгенологический для выявления осложнений (пенетрация, малигнизация).
- Определение кислотообразующей функции желудка (рН-метрия).

### **Методы диагностики *Helicobacter pylori***

1. Биохимические методы:

- 1.1. быстрый уреазный тест,
- 1.2. уреазный дыхательный тест с <sup>13</sup>С-мочевинной,
- 1.3. аммонийный дыхательный тест.

2. Морфологические методы:

- 2.1. гистологический метод – выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка,



- 2.2. цитологический метод – выявление НР в слое пристеночной слизи желудка.
3. Бактериологический метод с выделением чистой культуры и определением чувствительности к антибиотикам.
4. Иммунологические методы:
  - 4.1. выявление антигена *H.pylori* в кале (слюне, зубном налете, моче),
  - 4.2. выявление антител к *H.pylori* в крови с помощью иммуноферментного анализа.
5. Молекулярно-генетические методы:
  - 5.1. полимеразная цепная реакция (ПЦР) для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка. ПЦР проводится не столько для выявления *H.pylori*, сколько для верификации штаммов *H.pylori* (генотипирование), в том числе молекулярно-генетических особенностей, определяющих степень их вирулентности и чувствительности к кларитромицину.

## **Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H.pylori***

Выбор варианта лечения зависит от наличия индивидуальной непереносимости больными тех или иных препаратов, а также чувствительности штаммов *Helicobacter pylori* к препаратам. Применение кларитромицина в эрадикационных схемах возможно лишь в регионах, где резистентность к нему менее 15–20%. В регионах с резистентностью выше 20% его использование целесообразно только после определения чувствительности НР к кларитромицину бактериологическим методом или методом ПЦР.

Антациды могут применяться в комплексной терапии в качестве симптоматического средства и в монотерапии – до проведения рН-метрии и диагностики НР.

### **Первая линии антихеликобактерной терапии**

**Первый вариант.** Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг 2 раза в день) и амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день), или джозамицином\* (1000 мг 2 раза в день), или нифурателем (400 мг 2 раза в день) в течение 10–14 дней.

**Второй вариант** (четырёхкомпонентная терапия). Препараты, используемые при первом варианте (один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин в сочетании с кларитромицином, или джозамицином\*, или нифурателем) с добавлением четвертого компонента – висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день продолжительностью 10–14 дней.

\* по данным отдельных отечественных исследований

**Третий вариант** (при наличии атрофии слизистой оболочки желудка с ахлоргидрией, подтвержденной при рН-метрии). Амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) или джозамицином\* (1000 мг 2 раза в день), или нифурателем (400 мг 2 раза в день), и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) продолжительностью 10–14 дней.

***Примечание.** При сохранении язвенного дефекта, по результатам контрольной ЭГДС, на 10–14 день от начала лечения, рекомендовано продолжить цитопротективную терапию висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) и/или ИПП в половинной дозе в течение 2–3 недель. Пролонгированная терапия висмута трикалия дицитратом показана так же в целях улучшения качества послеязвенного рубца и скорейшей редукции воспалительного инфильтрата.*

**Четвертый вариант** (рекомендуется пожилым больным в ситуациях, при которых полноценная антихеликобактерная терапия невозможна):

А) Один из ИПП в стандартной дозировке в сочетании с амоксициллином (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день) и висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) в течение 14 дней.

Б) Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день в течение 28 дней. При наличии болевого синдрома – короткий курс ИПП.

**Пятый вариант** (при наличии поливалентной аллергии к антибиотикам или отказе больного от антибактериальной терапии). Один из ингибиторов протонного насоса в стандартной дозировке в сочетании с 30% водным раствором прополиса (100 мл два раза в день натошак) в течение 14 дней.

## **Вторая линия антихеликобактерной терапии**

Проводится при отсутствии эрадикации *Helicobacter pylori* после лечения больных одним из вариантов терапии первой линии.

**Первый вариант** (классическая квадротерапия). Один из ИПП в стандартной дозировке, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день, метронидазол по 500 мг 3 раза в день, тетрациклин 500 мг 4 раза в день в течение 10–14 дней.

**Второй вариант.** Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день) в сочетании с нитрофурановым препаратом: нифурателем (400 мг 2 раза в день) или фуразолидоном (100 мг 4 раза в день), и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) продолжительностью 10–14 дней.

**Третий вариант.** Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день), рифаксимин (400 мг 2 раза в день), висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день) в течение 14 дней.

\* по данным отдельных отечественных исследований

## **Третья линия антихеликобактерной терапии**

При отсутствии эрадикации *Helicobacter pylori* после лечения препаратами второй линии рекомендуется подбор терапии только после определения чувствительности *Helicobacter pylori* к антибиотикам.

## **Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неассоциированной с *H.pylori***

Антисекреторные препараты: один из ингибиторов протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день, лансопразол 30 мг 1–2 раза в день, пантопразол 40 мг 1–2 раза в день, эзомепразол 20 – 40 мг 1–2 раза в день, рабепразол 20 мг 1–2 раза в день) или блокаторы  $H_2$ -рецепторов (фамотидин 20 мг два раза в день) в течение 2–3 недель

Гастропротекторы: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день), сульфат по 0,5–1,0 г 4 раза в день 14–28 дней

Антациды могут применяться в комплексной терапии в качестве симптоматического средства и в монотерапии – до проведения рН-метрии и диагностики НР.

# **ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ**

## **ШИФР по МКБ-10: хронический гастрит К 29.6**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются наличием воспалительных и дистрофических процессов в слизистой оболочке желудка, прогрессирующей атрофией, функциональной и структурной перестройкой с разнообразными клиническими признаками.

Самой частой причиной хронического гастрита является НР, что связано с высокой распространенностью этой инфекции.

### **Методы диагностики:**

- клинический;
- эндоскопический с морфологической оценкой биоптатов;
- диагностика НР (см. выше)
- определение кислотообразующей функции желудка (рН-метрия)
- рентгенологический.

### **Принципы лечения хронического гастрита**

Терапия хронического гастрита осуществляется дифференцированно, в зависимости от клиники, этиопатогенетической и морфологической формы заболевания.

## **Хронический антральный гастрит, НР-ассоциированный (тип В)**

Основной принцип лечения данного типа хронического гастрита – эрадикация НР (см. раздел «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H.pylori*»).

## **Хронический химический (реактивный) гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С)**

Причиной гастрита С является заброс (рефлюкс) дуоденального содержимого в желудок. При дуоденогастральном рефлюксе повреждающее воздействия на слизистую оболочку желудка оказывают желчные кислоты и лизолецитин. Повреждающие свойства желчных кислот зависят от рН желудка: при  $\text{pH} < 4$  наибольшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают тауриновые конъюгаты, а при  $\text{pH} > 4$  неконъюгированные желчные кислоты, обладают значительно большим повреждающим действием.

При лечении рефлюкс-гастрита используют:

- Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день);
- Сукральфат (500-1000 мг 4 раза в день) наиболее эффективно связывает конъюгированные желчные кислоты при рН 2, при повышении рН этот эффект снижается, поэтому не целесообразно его одновременное назначение с антисекреторными препаратами;
- Препараты урсодезоксихолевой кислоты (250 мг 1 раз в день в течение от 2-3 недель до 6 месяцев);
- Для нормализации моторной функции – прокинетики (метоклопрамид, домперидон, итоприда гидрохлорид) и регуляторы моторики (тримедат, мебеверин).

## **НПВП-ГАСТРОПАТИЯ**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

НПВП-гастропатия – патология верхних отделов пищеварительного тракта, возникающая в хронологической связи с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и характеризующаяся повреждением слизистой оболочки (развитием эрозий, язв и их осложнений – кровотечения, перфорации).

### **Методы диагностики:**

- клинический (изучение жалоб, сбор анамнеза заболевания, выявление факта и длительности приема НПВП, аспирин, оценка факторов риска развития НПВП-гастропатии);
- общий анализ крови (концентрация гемоглобина, число эритроцитов, гематокрит), биохимический анализ крови (показатели обмена железа), анализ кала на скрытую кровь для выявления кровотечения;

- эндоскопический и/или рентгенологический

## **Медикаментозное лечение НПВП-гастропатии**

Для медикаментозного лечения повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с приемом НПВП, целесообразно отменить прием НПВП и использовать  $H_2$ -блокатор (фамотидин) или ИПП в стандартных дозировках, также возможна комбинация ИПП и висмута трикалия дигидрата продолжительностью 4 недели.

Если прием НПВП нельзя отменить, целесообразно назначение сопутствующей терапии ИПП на весь период приема НПВП.

Если больному с НПВП-гастропатией показано продолжение приема НПВП, целесообразно назначение селективных ингибиторов ЦОГ<sub>2</sub>. Однако такое лечение не исключает развития осложнений НПВП-гастропатии и не отменяет необходимости приема антисекреторных препаратов или гастропротекторов по показаниям.

В качестве альтернативны НПВП в качестве противовоспалительной терапии у больных с остеоартритом возможно назначение препарата на основе экстракта имбиря по 1 капсуле 2 раза в день продолжительностью 30 дней.

Обязательной является диагностика НР, при выявлении которого должна быть проведена эрадикационная терапия с использованием схем, представленных в разделе «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*»

### ***В обсуждении данного документа принимали участие доктора медицинских наук и профессора:***

Н.А. Бредихина (Москва), С.Г. Бурков (Москва), М.А. Бутов (Рязань), Ю.В. Васильев (Москва), В.Б. Гриневич (Санкт-Петербург), В.Н. Дроздов (Москва), Г.С. Джулай (Тверь), Е.Ю. Еремина (Саранск), И.О. Иваников (Москва), В.А. Исаков (Москва), А.В. Калинин (Москва), Л.Б. Лазебник (Москва), М.А. Ливзан (Омск), А.Ф. Логинов (Москва), И.В. Маев (Москва), А.А. Машарова (Москва), Д.А. Миллер (Тверь), О.Н. Минушкин (Москва), А.А. Низов (Рязань), М.Ф. Осипенко (Новосибирск), А.И. Пальцев (Новосибирск), А.А. Панов (Астрахань), В.Д. Пасечников (Ставрополь), В.М. Садоков (Москва), В.И. Симоненков (Санкт-Петербург), Е.И. Ткаченко (Санкт-Петербург), Ю.П. Успенский (Санкт-Петербург), С.Г. Хомерики (Москва), В.В. Цуканов (Красноярск), В.В. Чернин (Тверь), В.Л. Чернышев (Москва), П.Л. Щербаков (Москва), Э.П. Яковенко (Москва), к.м.н., доцент А.В. Яковенко (Москва), к.м.н. Н.М. Хомерики (Москва).

Редакторы: д.м.н., профессор Л.Б. Лазебник, д.м.н., профессор П.Л. Щербаков, д.м.н., профессор Ю.В. Васильев, д.м.н. А.А. Машарова, к.м.н. Д.С. Бордин.

