

как победить болезнь

**П. А. ФАДЕЕВ**

# **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

Москва  
Мир и Образование

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

|  |    |
|--|----|
| Слово к читателю.....  | 7  |
| <b>НЕБОЛЬШАЯ ЗАМЕТКА О «НЕПОНЯТНЫХ» СЛОВАХ,<br/>ИЛИ О НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНАХ</b> .....  | 9  |
| <b>НЕМНОГО СВЕДЕНИЙ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ<br/>НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО<br/>ТРАКТА</b> .....                                      | 9  |
| Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки.....   | 9  |
| Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки.....   | 13 |
| <b>ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ</b> .....  | 15 |
| <b>ПОЧЕМУ И КАК РАЗВИВАЕТСЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ</b> .....   | 18 |
| Причины возникновения язвенной болезни .....   | 18 |
| Что такое бактерия геликобактер пилори<br>( <i>Helicobacter pylori</i> ).....  | 19 |
| Язвенная болезнь, возникающая вследствие<br>приема медикаментов.....   | 24 |
| <i>Что такое нестероидные<br/>        противовоспалительные средства</i> .....   | 25 |
| <i>Механизм и условия возникновения язвенной<br/>        болезни на фоне приема нестероидных<br/>        противовоспалительных средств</i> ..... | 26 |
| <i>Связь бактерии геликобактер пилори и<br/>        нестероидных противовоспалительных средств</i> .....   | 27 |
| <i>Другие медикаменты, способные вызвать<br/>        язвенную болезнь</i> .....  | 28 |
| Язвенная болезнь, возникающая вследствие различных<br>заболеваний и состояний.....   | 28 |
| <b>ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ<br/>ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....  | 29 |
| Немодифицируемые факторы.....  | 29 |
| <i>Возраст</i> .....   | 29 |
| <i>Пол</i> .....   | 29 |
| <i>Наследственность</i> .....  | 30 |
| <i>Группа крови</i> .....  | 30 |

|  |    |
|--|----|
| Модифицируемые факторы риска.....  | 30 |
| <i>Психосоциальные проблемы</i> .....  | 30 |
| <i>Грубые погрешности в питании</i> .....                                    | 32 |
| <i>Курение</i> .....   | 32 |
| <i>Злоупотребление алкоголем</i> .....                                       | 34 |
| <i>Избыточное употребление кофе и кофеинсодержащих продуктов</i> .....       | 34 |
| <i>Атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия</i> .....         | 35 |
| <i>Финансовое благополучие</i> .....   | 36 |
| <i>Другие факторы риска</i> .....  | 36 |
| <b>ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ЦИФРАХ</b> .....                                       | 37 |
| <b>КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....                            | 38 |
| Характеристика болей при язвенной болезни.....                               | 38 |
| <i>Локализация болей</i> .....   | 39 |
| <i>Характер болей, их продолжительность и интенсивность</i> .....            | 40 |
| <i>Механизм возникновения болей</i> .....                                    | 40 |
| <i>Обстоятельства, способствующие возникновению и облегчению болей</i> ..... | 41 |
| Неболевыe признаки, которыми может проявляться язвенная болезнь.....         | 41 |
| <i>Изжога</i> .....  | 42 |
| <i>Тошнота и рвота</i> .....   | 43 |
| <i>Отрыжка</i> .....   | 43 |
| <i>Нарушение аппетита</i> .....  | 43 |
| <i>Запоры и поносы</i> .....   | 43 |
| Когда вызывать «скорую помощь».....  | 43 |
| <b>ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....                                     | 44 |
| Кровотечение.....  | 45 |
| <i>Клиническая картина</i> .....   | 46 |
| <i>Первая помощь</i> .....   | 47 |
| Перфорация.....  | 48 |
| <i>Клиническая картина</i> .....   | 48 |
| <i>Первая помощь</i> .....   | 49 |
| Пенетрация.....  | 49 |
| <i>Клиническая картина</i> .....   | 50 |
| <i>Первая помощь</i> .....   | 50 |

|   |    |
|---|----|
| Стеноз.....   | 50 |
| Малигнизация.....   | 51 |
| Воспалительные процессы окружающих органов.....                         | 52 |
| <i>Клиническая картина</i> .....  | 52 |
| <i>Первая помощь</i> .....  | 52 |
| <b>ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....                               | 52 |
| Методы обнаружения язвенной болезни.....                                | 53 |
| <i>Эндоскопический метод</i><br><i>(фиброгастродуоденоскопия)</i> ..... | 54 |
| <i>Рентгенологический метод</i> .....                                   | 56 |
| Как диагностируют наличие бактерии геликобактер<br>пилори.....          | 57 |
| <i>Уреазный дыхательный тест</i> .....                                  | 58 |
| <i>Иммунологические исследования</i> .....                              | 59 |
| <i>Быстрый уреазный тест</i> .....                                      | 60 |
| <i>Бактериологический метод</i> .....                                   | 60 |
| <i>Когда какой тест применяют</i> .....                                 | 61 |
| <b>ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....                          | 61 |
| <b>ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ<br/>ПРЕПАРАТАХ</b> .....              | 64 |
| О названиях лекарственных препаратов.....                               | 65 |
| Откуда берутся лекарства.....   | 65 |
| Понятие доказательной медицины.....                                     | 69 |
| <b>ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....                                   | 74 |
| Кому показано проведение лечения.....                                   | 75 |
| Принципы и задачи лечения.....  | 76 |
| Кого и как лечить.....  | 77 |
| Схемы лечения.....  | 78 |
| <i>Терапия первой линии</i> .....                                       | 79 |
| <i>Терапия второй линии</i> .....                                       | 80 |
| <i>Длительность лечения</i> .....                                       | 81 |
| <i>Если не помогла терапия первой и второй линии</i> .....              | 81 |
| Что нужно сообщить лечащему врачу перед началом<br>лечения.....         | 82 |
| Что нужно знать при проведении лечения.....                             | 82 |

|  |            |
|--|------------|
| Контроль эффективности лечения.....  | 84         |
| Лечение язвенной болезни, вызванной приемом<br>нестероидных противовоспалительных средств..... | 84         |
| <b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ<br/>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....             | <b>85</b>  |
| Ингибиторы протонной помпы.....  | 86         |
| Антибактериальные препараты.....   | 89         |
| <i>Кларитромицин</i> .....   | 89         |
| <i>Амоксициллин</i> .....  | 90         |
| <i>Метронидазол</i> .....  | 91         |
| <i>Тетрациклин</i> .....   | 92         |
| Препараты висмута.....   | 93         |
| <b>ПИТАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....  | <b>94</b>  |
| <b>ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> .....   | <b>97</b>  |
| Питание.....   | 98         |
| Курение.....   | 101        |
| Алкоголь.....  | 102        |
| Употребление кофе и кофеинсодержащих<br>продуктов.....   | 103        |
| Атеросклероз, сахарный диабет, артериальная<br>гипертензия.....                                | 104        |
| Психосоциальные проблемы.....  | 105        |
| <b>О ЧЕМ НЕ ПИШУТ В МЕДИЦИНСКИХ КНИГАХ</b> .....   | <b>107</b> |
| <b>Приложение</b>  |            |
| Словарь медицинских терминов.....  | 112        |

## Слово к читателю

---

Язвенную болезнь называют «таинственной незнакомкой», хотя трудно найти человека, который бы не слышал об этом заболевании. «Незнакомку» зовут язвой, которая поражает желудок и двенадцатиперстную кишку. Предлагаемая книга посвящена подробному рассмотрению этой патологии. Из нее вы узнаете:

- что такое язвенная болезнь и каковы причины ее возникновения;
- какие признаки характерны для этого заболевания;
- чем опасно это заболевание и какие осложнения оно вызывает;
- в каких случаях необходимо обратиться за консультацией к врачу и когда это необходимо сделать в срочном порядке;
- почему нужно пройти тщательное обследование даже если нет болей, а есть только признаки нарушения пищеварения или просто ощущение, что с желудком «что-то не так»;
- о бактерии, которая провоцирует подавляющее большинство случаев язвенной болезни;
- историю открытия этой бактерии и почему первооткрывателей сначала называли «тихими сумасшедшими», а почти четверть века спустя присудили им Нобелевскую премию;
- сколько человек в мире и в России инфицировано этой бактерией и сколько из них заболевают язвенной болезнью;
- кому в обязательном порядке нужно обследоваться на наличие этой бактерии, а при необходимости провести соответствующее лечение, даже если у него не обнаружена язвенная болезнь;
- прием (особенно бесконтрольный) каких популярных лекарственных препаратов может вызвать язвенную болезнь и серьезные осложнения;
- как избежать проблем при приеме этих лекарственных средств;
- как диагностируют и какие методы обследования применяют, чтобы обнаружить язвенную болезнь;

- какие существуют современные способы профилактики и лечения этого заболевания;
- возможно ли полное излечение от этого недуга;
- может ли язва перерождаться в рак и что нужно делать, чтобы своевременно обнаружить онкологическое заболевание.

Вы узнаете также, о чем не пишут в медицинских книгах, получите подробное разъяснение всех медицинских терминов, сведения об анатомии и физиологии желудка и двенадцатиперстной кишки и о многом другом.

Даже тем, кто считает себя абсолютно здоровым, эта книга может пригодиться: вы узнаете, какие причины могут привести к появлению язвенной болезни, следовательно, вы сможете предвидеть возникновение этого заболевания и своевременно предпринять действия, чтобы его избежать.

Эта книга будет полезна и врачам, которые, не имея достаточного количества времени для того, чтобы объяснить все подробности, связанные с язвенной болезнью, могут порекомендовать ее своим пациентам и их родственникам.

Здесь содержатся достоверные и современные сведения, соответствующие авторитетным рекомендациям зарубежных и отечественных авторов и медицинских ассоциаций и проверенные многолетним опытом автора.

Книгу не обязательно читать от корки до корки — ее можно использовать как справочник.

Если, прочитав предисловие, вы еще не решили, нужна ли вам эта книга, учтите, что, по некоторым данным, в России бактерией, которая провоцирует возникновение язвенной болезни, инфицировано более 90% населения.

Автор будет признателен за любые замечания и пожелания, присланные по электронной почте:

mail@mio-books.ru, p.a.fadeev@mail.ru

---

## **НЕБОЛЬШАЯ ЗАМЕТКА О «НЕПОНЯТНЫХ» СЛОВАХ, ИЛИ О НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНАХ**

---

*Варкалось. Хливкие шорьки  
Пырлялись по наве,  
И хрюкотали зелюки,  
Как мюмзики в мове.*

Л. Кэрролл. «Алиса в Зазеркалье»  
(перевод Д. Орловской)

Прежде чем начать изложение интересующей нас темы, необходимо сделать одно небольшое пояснение. При первом знакомстве с книгой может создаться впечатление, что она чрезмерно перегружена незнакомыми терминами, что затрудняет восприятие. Да, действительно, изобилие латинских и греческих терминов делает чтение медицинских книг понятным не более чем известное стихотворение, процитированное в эпиграфе. Однако без терминов не обойтись, и для того чтобы изложение было доступным и лаконичным, все они разъясняются в тексте один раз. Если же, листая эту книгу, вы встретитесь с незнакомым словом, не спешите откладывать ее, ищите объяснение в словаре, который приводится в Приложении. Там разъясняются практически все термины.

---

## **НЕМНОГО СВЕДЕНИЙ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

---

### **Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки**

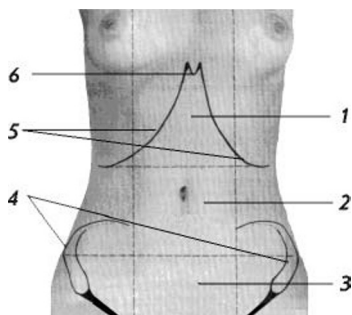
---

Перед тем как перейти к непосредственному рассмотрению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, необходимо вспомнить анатомию и физиологию



начального отдела желудочно-кишечного тракта. Сначала определимся с топографией передней брюшной стенки, которая делится на несколько областей (рис. 1):

- ▶ верхняя треть (1) — *надчревная (подложечная)*, ее еще называют *эпигастральной* областью<sup>1</sup>;
- ▶ средняя треть (2) — *пупочная*;
- ▶ нижняя треть (3) — *подчревная (надлобковая)*.



**Рис. 1. Топография передней брюшной стенки:**

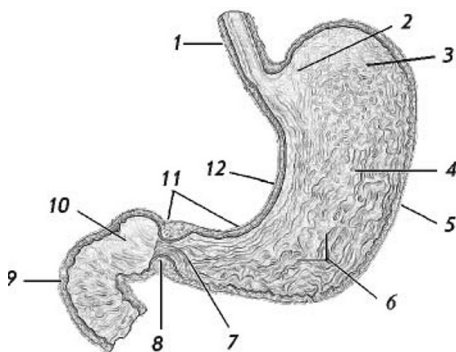
1 — эпигастральная (надчревная, подложечная) область; 2 — пупочная область; 3 — надлобковая (подчревная) область; 4 — тазовые кости; 5 — ребра; 6 — мечевидный отросток

Теперь перейдем к рассмотрению анатомии желудка и прилегающих к нему образований (рис. 2). *Желудок* находится в надчревной (эпигастральной) области и расположен между окончанием *пищевода* и *двенадцатиперстной кишкой*<sup>2</sup> (9). Он образован двумя стенками и соответственно имеет две поверхности: переднюю и заднюю. Края стенок, смыкаясь друг с другом, образуют с одной стороны *большую кривизну желудка* (5), а с другой стороны — *малую кривизну* (12). Верхняя часть желудка, прилегающая к пищеводу, называется *кардией*, или *кардиальной частью* (2). Такое название обусловлено тем, что эта часть близко расположена к сердцу (по-латински — *кардия*). Слева от нее

<sup>1</sup> Т. е. область, находящаяся над желудком.

<sup>2</sup> По-латински она называется *дуоденум*, что в переводе означает «двенадцать».

расположено куполообразное выпячивание — *дно желудка*, или *свод* (3). Средний отдел желудка называется *телом желудка* (4), он продолжается в нижнюю *привратниковую* (или по-латински — *пилорическую*<sup>1</sup>) *часть* (11). Здесь различают более широкую часть — *пещеру* (по-латински — *антральный отдел*<sup>2</sup>) *привратника* (7) и более узкую часть — *канал привратника* (8), продолжающийся в *двенадцатиперстную кишку* (9). Это начальный отдел тонкого кишечника, который получил свое название в связи с тем, что его длина составляет примерно 12 поперечников пальцев (перстов) руки человека — 23—27 см. Двенадцатиперстная кишка, непосредственно прилегающая к конечному отделу желудка (привратнику), имеет шаровидную форму и называется *луковицей*, или по-латински — *бульбарным отделом*<sup>3</sup>, за которым начинается *постбульбарный отдел*, и кишка изгибается в виде подковы, продолжаясь в следующий отдел тонкого кишечника.



**Рис. 2. Схема пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:**

1 — пищевод; 2 — кардиальная часть желудка (кардия); 3 — дно желудка (свод); 4 — тело желудка; 5 — большая кривизна желудка; 6 — складки слизистой оболочки; 7 — антральный отдел привратника (пилорической части); 8 — канал привратника (пилорической части); 9 — двенадцатиперстная кишка; 10 — луковица двенадцатиперстной кишки; 11 — привратник (пилорический отдел); 12 — малая кривизна желудка

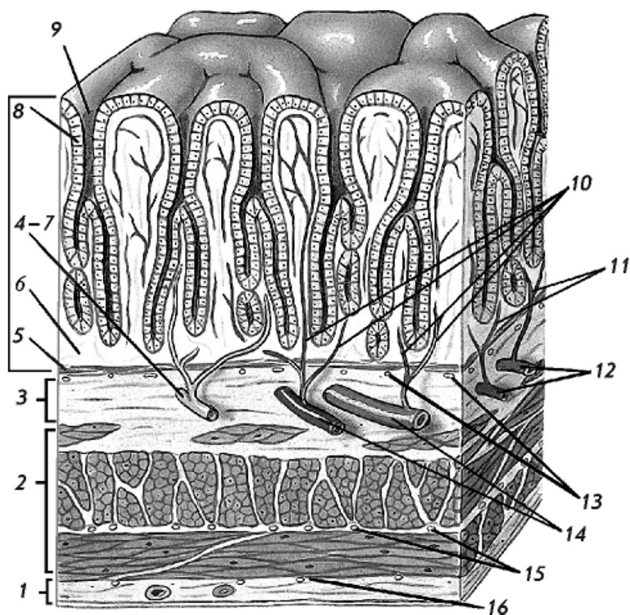
<sup>1</sup> От лат. пилорус — «привратник».

<sup>2</sup> От лат. антрум — «пещера».

<sup>3</sup> От лат. бульбус — «луковица».

В стенках двенадцатиперстной кишки находятся железы, которые вырабатывают большое количество *щелочной слизи*. Эта слизь защищает двенадцатиперстную кишку от воздействия кислого содержимого *пищевого комка*, попадающего в нее из желудка. В двенадцатиперстную кишку поступает желчь из желчного пузыря и сок из поджелудочной железы.

Стенки желудка (рис. 3) состоят из четырех слоев. Первый слой — *слизистая оболочка* (4), которая выстилает желудок изнутри. В этом слое находятся специальные об-



**Рис. 3. Анатомия стенок желудка:**

1 — серозная оболочка; 2 — мышечная оболочка; 3 — подслизистая оболочка (подслизистая основа слизистой оболочки); 4 — слизистая оболочка; 5 — мышечная пластинка слизистой оболочки; 6 — собственная пластинка слизистой оболочки; 7 — лимфатический сосуд; 8 — цилиндрический эпителий слизистой оболочки; 9 — устье железы желудка; 10, 11 — кровеносные сосуды слизистой оболочки; 12 — вена и артерия подслизистой оболочки; 13 — ветви подслизистого нервного сплетения; 14 — вена и артерия; 15 — ветви подсерозного нервного сплетения; 16 — ветви подсерозного нервного сплетения

разования — *железы* (8, 9), вырабатывающие желудочный сок, специальную защитную слизь и другие вещества, необходимые для нормального функционирования пищеварения в желудке. Далее следует *подслизистая оболочка*<sup>1</sup> (3), содержащая кровеносные и лимфатические сосуды (7, 12) и нервы (13). Затем следует *мышечная оболочка* (2), благодаря которой желудок осуществляет перемешивание, перетирание и продвижение пищи от пищевода к двенадцатиперстной кишке. Наружный, четвертый слой называется *серозной оболочкой* (1), которая покрывает желудок снаружи. Внутри стенок желудка находятся *артериальные, венозные и лимфатические сосуды*, а также *нервные сплетения* (13, 15, 16). Кровеносные сосуды, разветвляясь и уменьшаясь в диаметре, проникают до подслизистого (12, 13, 14) и слизистого (10, 11) слоев.

## **Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки**

---

В желудке происходят первичная механическая и химическая переработка пищи и подготовка ее к перевариванию в кишечнике.

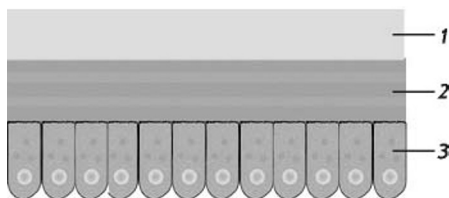
*Механическая переработка* (измельчение, перемешивание с желудочным соком и продвижение пищи в двенадцатиперстной кишке) производится при помощи мышечно-слоя желудка.

*Химическая обработка* производится *желудочным соком* (рис. 4), который содержит специальные ферменты и соляную кислоту. Это весьма агрессивная среда, и ее наличие предполагает также защитные механизмы, чтобы не страдали клетки желудка. В норме агрессивные и защитные факторы уравновешены, и поэтому повреждение клеток желудка не происходит. При патологии нарушается равновесие между факторами агрессии и защиты. В результате развивается повреждение слизистой оболочки желудка в виде эрозий и (или) язв<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Некоторые авторы не выделяют эту оболочку в отдельный слой и называют ее *подслизистой основной слизистой оболочкой*.

<sup>2</sup> Об этом см. раздел «Что такое язвенная болезнь».



**Рис. 4. Слои желудочного содержимого и желудочный эпителий:**

1 — желудочный сок; 2 — слой нерастворимой слизи, слизисто-щелочной барьер; 3 — слизистая оболочка

Самой агрессивной составляющей желудочного сока является *соляная кислота*. Это химическое вещество, имеющее формулу  $\text{HCl}$ , и по-научному называется хлороводородной кислотой. Соляная кислота необходима для создания оптимальной среды для переваривания пищи, способствует расщеплению поступивших с пищей белков, регулирует двигательную активность желудка, а также уничтожает бактерии, попадающие в желудок.

Для характеристики *степени кислотности* используют *водородный показатель pH* (это отрицательный десятичный логарифм концентрации ионов водорода). Чем выше степень кислотности, тем меньше величина pH.

Соляная кислота образуется благодаря переносу ионов водорода (протонов) и хлора в секреторные каналы. Этот перенос осуществляется при помощи специального фермента, который называют *протонным насосом (помпой)*. За сутки в желудке образуется около 2,5 л соляной кислоты.

В зависимости от ритма приема пищи различают *основную (базальную) желудочную секрецию*, которая имеет место между приемами пищи, и *стимулированную*, когда при приеме пищи происходит дополнительное выделение желудочного сока. Между приемами пищи нормальным считается pH, равный 1,6—2,0 (сравните, например, с кислотностью лимонного сока  $\text{pH} \sim 3$ ). Если pH менее 1,5, то считается, что кислотообразующая функция желудка повышена. Стимулированная кислотность в норме составляет pH 1,21—2,0, соответственно, если pH менее 1,2, то считается, что стимулированная кислотность повышена.

Для защиты клеток желудка от самопереваривания желудочным соком (ведь желудок тоже состоит из белков!) существуют следующие механизмы (их называют *факторами защиты*):

■► *Слой нерастворимой слизи*, которая препятствует проникновению желудочного сока к клеткам желудка (рис. 4).

■► Под слоем слизи находится *слизисто-щелочной барьер* (2). Количество образующейся щелочи прямо пропорционально количеству образующейся соляной кислоты.

■► *Секреция специальных защитных веществ*, наиболее активными из которых являются простагландины. Они способствуют снижению продукции соляной кислоты, стимулируют образование слизи и бикарбонатов, способствуют оптимизации кровотока в сосудах желудка и ускоряют обновление клеток желудка.

■► *Быстрое обновление (регенерация) клеток слизистой оболочки желудка*. Клетки слизистой оболочки обновляются каждые 3—5 сут.

■► *Интенсивное кровоснабжение*, необходимое для оптимальной регенерации клеток слизистой оболочки желудка, и, соответственно, для выработки защитной слизи.

■► *Антродуоденальный кислотный тормоз*. При снижении pH ниже определенного уровня в антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке включаются механизмы, угнетающие последующее образование соляной кислоты и препятствующие продвижению пищи в двенадцатиперстную кишку. Этот механизм регулируется специальными биологическими веществами — гормонами и запирательным рефлексом, который возникает при попадании кислого содержимого в двенадцатиперстную кишку. Этот рефлекс блокирует поступление пищи в двенадцатиперстную кишку до нужного уровня повышения pH.

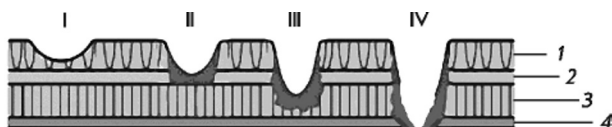
---

## ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

---

*Язвенная болезнь* представляет собой хроническое, рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком

которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой (рис. 5, II) — в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) (рис. 5, I)<sup>1</sup>.



**Рис. 5. Виды поражения желудочной стенки:**

1 — слизистая оболочка; 2 — подслизистая основа слизистой оболочки; 3 — мышечный слой; 4 — серозная оболочка;

I — эрозивное поражение; II — язвенное поражение; III — язва, осложненная кровотечением; IV — язва, осложненная прободением (перфорацией)

Таково определение язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, принятое в России. В странах Европы и США распространен термин «*пептическая язва*»<sup>2</sup>, которым обозначают язвенное поражение, вызванное бактерией геликобактер пилори и нестероидными противовоспалительными средствами. Принципиальных противоречий между этими понятиями нет, поскольку в конечном счете развитие язвенного поражения стенки слизистой связывают с повреждающим действием желудочного сока. Однако необходимо отметить, что понятие язвенной болезни более широкое и емкое, чем пептическая язва.

Основные дискуссии между учеными проходят по поводу того, считать ли язвенную болезнь хроническим заболеванием, поскольку, применяя современные методы лечения, как показывает опыт развитых стран, в подавляющем большинстве случаев можно добиться полного излечения заболевания.

<sup>1</sup> Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей. М., 2002.

<sup>2</sup> Остальные язвенные поражения считают *симптоматическими*, в отличие от России, где симптоматические язвы также могут обозначаться как язвенная болезнь.