

Особенности течения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах

Э.И. Полозова¹, ORCID: 0000-0003-2693-420X, ellanac78@mail.ru

В.В. Скворцов^{2✉}, ORCID: 0000-0002-2164-3537, vskvortsov1@ya.ru

И.Е. Трохина¹, ORCID: 0000-0002-7493-3853, trohina-07@yandex.ru

Н.С. Нефедов¹, ORCID: 0000-0002-6163-3712, nefedov.colia65@mail.ru

¹ Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева; 430005, Россия, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевикская, д. 68

² Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1

Резюме

Введение. Проблема язвенной болезни желудка обладает особой социально-экономической значимостью и оказывает колоссальное влияние на качество жизни людей. Актуальность нашего исследования обусловлена увеличением заболеваемости населения ЯБЖ, вариабельностью клинической картины в зависимости от возрастной категории пациентов и особенностями лечения данной патологии ЖКТ.

Цель. Изучение особенностей течения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах больных, находящихся под диспансерным наблюдением в поликлиническом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» в период с 2017 по 2020 г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 100 пациентов разных возрастных групп с ЯБЖ, находившихся на диспансерном наблюдении в поликлинике ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2017–2020 гг. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение. Установлено, что ЯБЖ чаще наблюдается у пациентов среднего и пожилого возраста и сопровождается стертой клинической картины заболевания в отличие от лиц молодого возраста, у которых наблюдаются яркие клинические проявления данного заболевания. Язвенные дефекты у больных молодого и среднего возраста чаще имеют малые размеры и располагаются преимущественно в области угла желудка, а у лиц пожилого и старческого возраста язвы локализуются преимущественно в кардиальном отделе, могут иметь гигантские размеры и часто приводят к развитию осложнений (прежде всего, желудочно-кишечных кровотечений).

Выводы. Стертость клинической картины, отсутствие патогномичных симптомов у пациентов пожилого возраста обуславливают позднюю диагностику ЯБЖ, что в итоге приводит к высокой частоте развития осложнений, требующих оперативного вмешательства. В клинической практике необходимо учитывать данные особенности течения язвенной болезни у пожилых пациентов и своевременно назначать необходимый комплекс лабораторно-инструментальных исследований и превентивную терапию.

Ключевые слова: язвенная болезнь, *Helicobacter pylori*, желудок, эрадикационная терапия, осложнения, нестероидные противовоспалительные препараты

Для цитирования: Полозова Э.И., Скворцов В.В., Трохина И.Е., Нефедов Н.С. Особенности течения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах. *Медицинский совет.* 2021;(5):38–44. doi: 10.21518/2079-701X-2021-5-38-44.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of the course of gastric ulcer in different age groups

Ella I. Polozova¹, ORCID: 0000-0003-2693-420X, ellanac78@mail.ru

Vsevolod V. Skvortsov^{2✉}, ORCID: 0000-0002-2164-3537, vskvortsov1@ya.ru

Irina E. Trokhina¹, ORCID: 0000-0002-7493-3853, trohina-07@yandex.ru

Nikolay S. Nefedov¹, ORCID: 0000-0002-6163-3712, nefedov.colia65@mail.ru

¹ National Research Ogarev Mordovia State University; 68, Bolshevistskaya St., Saransk, 430005, Republic of Mordovia, Russia

² Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russia

Abstract

Introduction. The problem of gastric ulcer is of particular socio-economic importance and has a tremendous impact on the quality of life of people. The relevance of our study is due to an increase in the incidence of peptic ulcer in the population, the variability of the clinical picture depending on the age category of patients, and the peculiarities of the treatment of this gastrointestinal pathology.

The aim of the study is to study the features of the course of gastric ulcer in different age groups of patients under dispensary

supervision in the outpatient department of the State Budgetary Healthcare Institution of the Republic of Moldova “Republican Clinical Hospital No. 5” in the period from 2017 to 2020.

Materials and methods. A retrospective analysis of outpatient records of 100 patients of different age groups with gastric ulcer who were under dispensary observation at the outpatient clinic of the Republican Clinical Hospital No. 5 in Saransk in 2017–2020 was carried out. Statistical analysis of the data obtained was carried out using the Microsoft Office Excel program.

Results and discussion. It was found that gastric ulcer is more often observed in middle-aged and elderly patients and is accompanied by blurring of the clinical picture of the disease, in contrast to young people, who have vivid clinical manifestations of this disease. Ulcerative defects in young and middle-aged patients are more often small in size and are located mainly in the area of the stomach angle, and in elderly and senile patients, ulcers are localized mainly in the cardiac region, can be gigantic and often lead to the development of complications (primarily gastrointestinal intestinal bleeding).

Conclusions. The blurring of the clinical picture, the absence of pathognomonic symptoms in elderly patients determine the late diagnosis of gastric ulcer, which ultimately leads to a high incidence of complications requiring surgical intervention. In clinical practice, it is necessary to take into account these features of the course of peptic ulcer disease in elderly patients and to prescribe the necessary complex of laboratory and instrumental studies and preventive therapy in a timely manner.

Keywords: peptic ulcer, *Helicobacter pylori*, stomach, eradication therapy, complications, non-steroidal anti-inflammatory drugs

For citation: Polozova E.I., Skvortsov V.V., Trokhina I.E., Nefedov N.S. Features of the course of gastric ulcer in different age groups. *Meditsinskiy sovet = Medical Council.* 2021;(5):38–44. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2021-5-38-44.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое заболевание, которое постоянно протекает с последовательным чередованием стадий обострения и ремиссии, и главным проявлением данного заболевания служит формирование язвенного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки [1–4]. ЯБ является одной из самых наиболее распространенных патологий желудочно-кишечного тракта. По данным статистики, ЯБ регистрируется у 60–65% населения всего мира [5–8]. Наиболее неблагоприятными факторами, ухудшающими прогноз пациента, являются частые обострения ЯБ, стертость клинической симптоматики, довольно длительное течение с частым формированием рецидивирующих и трудно заживляющихся язв, а также развитие осложнений. Большое значение имеет устойчивость *H. pylori* к антибиотикам [9–12].

Решающая роль в этиологии развития ЯБ отводится сегодня микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным австралийским ученым Б. Маршаллом в 1983 г.¹ [13–16]. Бактерия *Helicobacter pylori* определяется у 50–70% пациентов с язвами, локализованными в области двенадцатиперстной кишки, и у 30–50% пациентов с язвой желудка. Она ослабляет защитную функцию слизистой оболочки и делает ее уязвимой для выделяемой кислоты [17; 18, с. 25–26; 19; 20].

ЯБ протекает, как правило, с постоянным чередованием стадий обострения (от 3–4 до 6–8 нед.) и ремиссии (от нескольких недель до многих лет) [21–23]. Влияние различных неблагоприятных факторов, таких как эмоциональное перенапряжение, прием нестероидных противовоспалительных средств, которые снижают свертываемость крови, курение, злоупотребление алкогольными напитками может привести к развитию частых осложнений: стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки (10–40%), язвенное кровоте-

чение (5–10%), перфорация (у 10%), малигнизация язвы (5%), пенетрация язвы (5%) [24–26]. Наличие ЯБ сопровождается значительным ухудшением качества жизни пациентов, особенно при развитии вышеупомянутых осложнений [26–29].

Цель. Изучить особенности течения ЯБ желудка в разных возрастных группах больных, находящихся под диспансерным наблюдением в поликлиническом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» в период с 2017 по 2020 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования проведен анализ амбулаторных карт 100 пациентов разных возрастных групп с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ), находившихся на диспансерном наблюдении в поликлинике ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2017–2020 гг. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом медицинского института ФГБОУ ВО «МГУ имени Н.П. Огарева».

При оценке амбулаторных карт была использована возрастная классификация Всемирной организации здравоохранения:

- 25–44 лет – молодой возраст;
- 44–60 лет – средний возраст;
- 60–75 лет – пожилой возраст;
- 75–90 лет – старческий возраст;
- После 90 лет – долгожители.

Анализировали особенности клинической картины ЯБЖ у пациентов разных возрастных групп, характер жалоб и условия их возникновения, уточняли наличие факторов риска развития ЯБЖ (инфекция *Helicobacter pylori*, нарушение режима и характера питания, нервно-психический фактор (стрессы), курение, злоупотребление алкоголем, отягощенная наследственность), длительность ЯБ, регулярность приема назначенных препаратов, наличие осложнений и других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

¹ Ледина Н.В. Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения язвенной болезни желудка у пациентов пожилого возраста: дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009. 139 с. Режим доступа: <https://www.gastroscan.ru/disser/ledina.pdf>.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группу исследования вошли 100 пациентов с ЯБЖ, среди них 62 человека составляли женщины (62%) и 38 – мужчины (38%). Возраст пациентов варьировал от 25 до 85 лет. Известно, что заболевание в четыре раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин, но мужчины реже обращаются за медицинской помощью, поэтому количество женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, преобладает.

Соответственно, возрастной классификации пациенты распределились следующим образом: 16 человек составили пациенты молодого возраста (16%), 38 пациентов среднего возраста (38%), 40 пациентов пожилого возраста (40%), 6 пациентов старческого возраста (6%). Среди обследуемых пациентов с ЯБЖ большинство – пациенты среднего и старческого возраста, т. к. в молодом возрасте чаще развивается язва двенадцатиперстной кишки, в старшем возрасте – язва желудка (рис. 1).

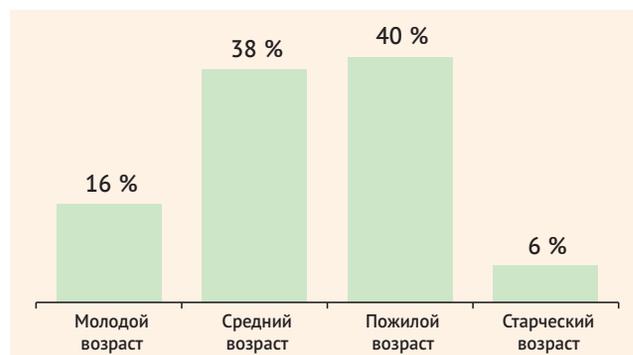
В клинической картине больных ЯБЖ разных возрастных групп наблюдались следующие особенности: в молодом возрасте в клинике преобладали диспептический синдром – у 88% больных и болевой синдром – у 75% больных. Также у 50% больных в данной возрастной категории наблюдались жалобы на изменение аппетита и общего состояния. У лиц среднего возраста в клинике преобладали болевой синдром – у 84% больных, изжога – у 68%, диспептические жалобы – у 79% больных, нередко возникало изменение аппетита – у 53% больных. В пожилом возрасте диспептические жалобы занимали в клинике первое место и наблюдались у 65% больных, в старческом возрасте диспептические жалобы занимали в клинике первое место и наблюдались у 66% больных, у 50% больных отмечалось появление болевого синдро-

ма и изменение общего состояния, у 40% больных наблюдались изжога. В старческом возрасте в клинике преобладали диспептические жалобы, наблюдавшиеся у 66% больных, остальные жалобы проявлялись в равной степени. В ходе исследования было отмечено, что в молодом и среднем возрасте ЯБЖ имеет более яркую и разнообразную клинику по сравнению с клиникой в пожилом и старческом возрасте. Клиническая картина ЯБ у пациентов пожилого и старческого возраста часто может быть стертой или атипичной, поэтому нередко заболевание обнаруживают случайно и оно может манифестировать осложнениями (рис. 2).

При изучении клинической картины ЯБЖ у больных разных возрастных групп были отмечены следующие особенности локализации язвы желудка: у лиц молодого возраста преобладает локализация язвы желудка в области угла желудка – у 10 пациентов (62%), антрального отдела – у 4 пациентов (25%), пилорического отдела – у 2 пациентов (13%). В средней возрастной группе язва

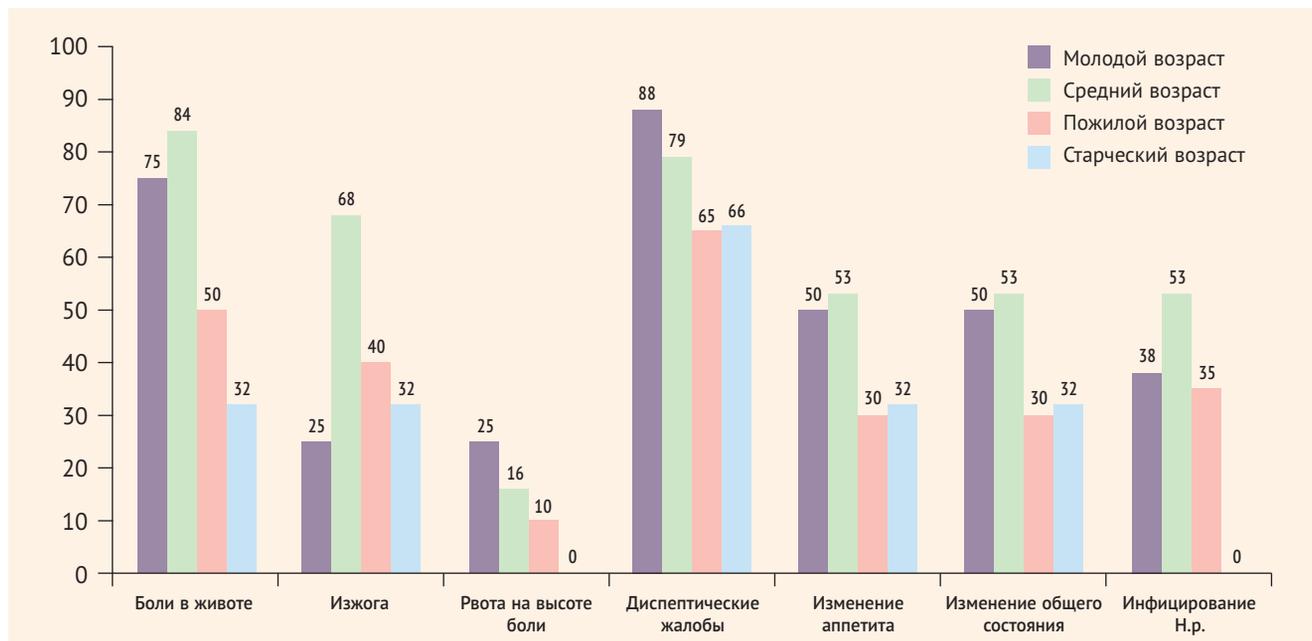
● **Рисунок 1.** Распределение пациентов с язвенной болезнью желудка по возрастным группам

● **Figure 1.** Age distribution of patients with peptic ulcer disease



● **Рисунок 2.** Клинические особенности язвенной болезни желудка больных разных возрастных групп

● **Figure 2.** Clinical characteristics of peptic ulcer disease in patients of different age groups



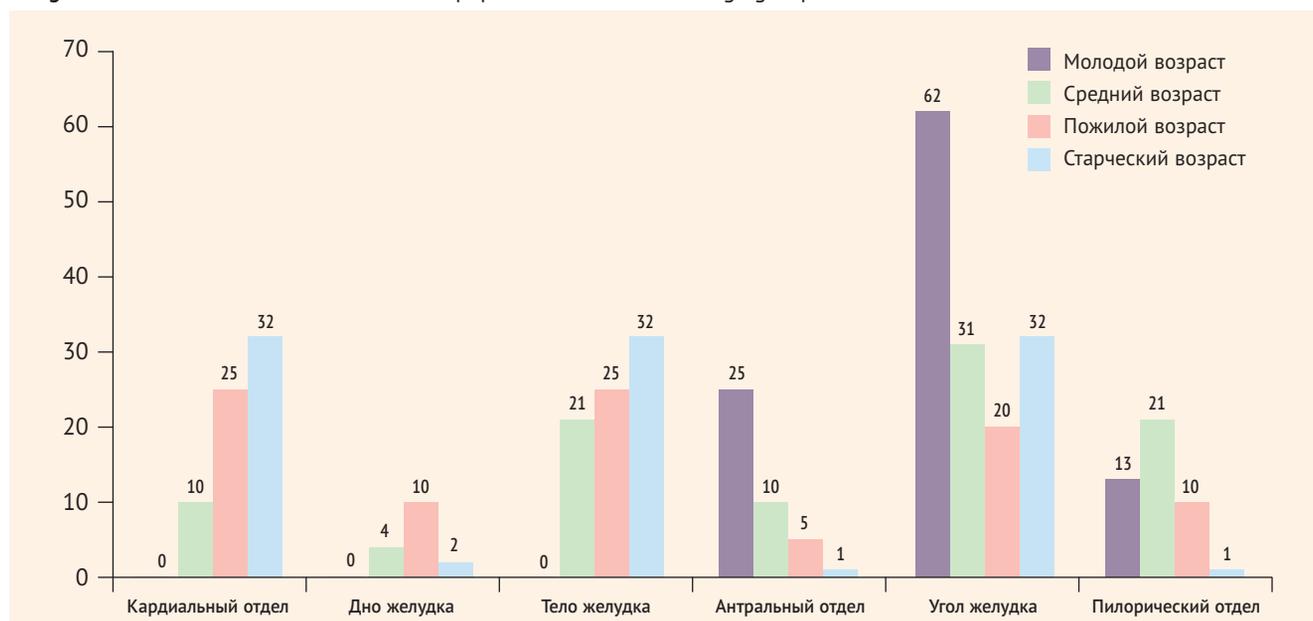
желудка чаще локализуется в области угла желудка – у 12 пациентов (31%), тела желудка – у 8 пациентов (21%), пилорического отдела – у 8 пациентов (21%). У лиц пожилого возраста чаще встречается язва кардиального отдела желудка – у 10 пациентов (25%) и язва тела желудка – у 10 пациентов (25%). В старческом возрасте преобладает локализация язвы желудка в области кардиального отдела – у 4 пациентов (32%), также в области угла желудка – у 32% больных и в области тела желудка – у 32% (рис. 3).

Анализ размеров язвенных дефектов показал следующие различия: в молодом возрасте чаще встречаются малые язвы – у 70% больных и средние язвы желудка –

у 20% больных, реже наблюдаются большие язвы – у 7% пациентов и гигантские язвы – у 3% больных. У лиц среднего возраста также преобладают малые язвы – у 53% больных и средние язвы – у 26% больных, большие язвы встречаются у 16% больных, гигантские – у 15% пациентов. В пожилом возрасте преобладают большие язвы – у 35% больных, реже малые язвы – у 25% больных, средние и гигантские язвы встречаются у 20% больных. У лиц старческого возраста чаще встречаются большие и гигантские язвы – у 35 и 30% больных соответственно. Несколько реже встречаются средние язвы – у 25% больных. Малые язвы встречаются крайне редко – у 10% больных (рис. 4).

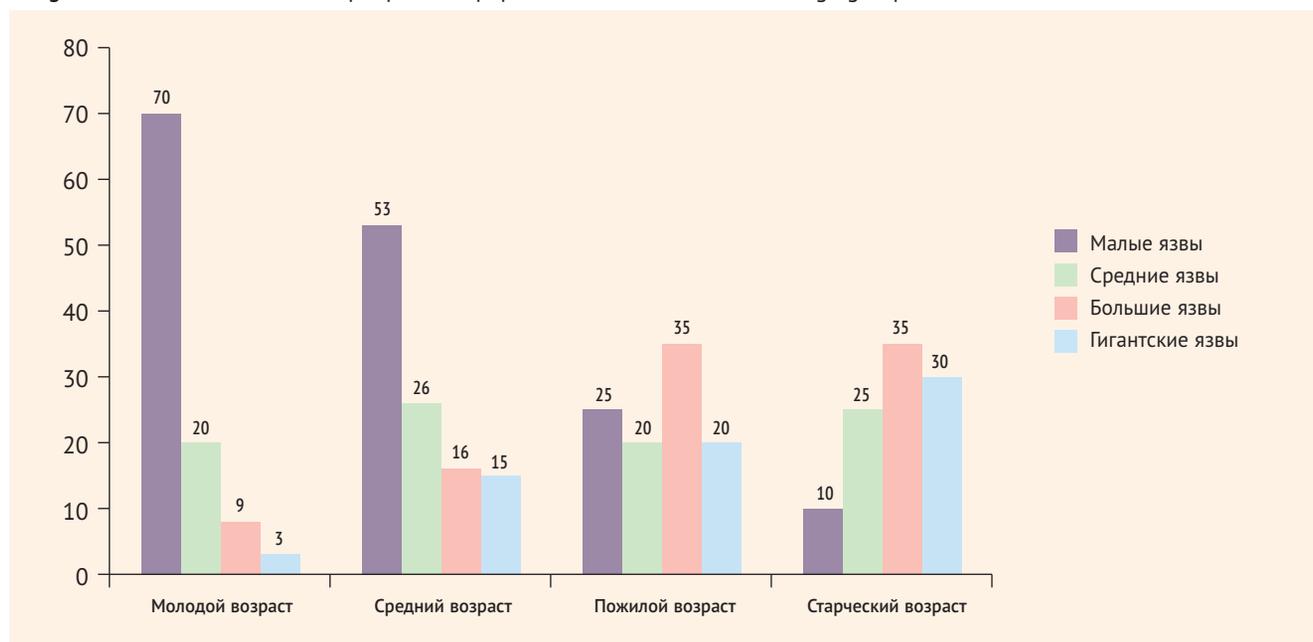
● **Рисунок 3.** Особенности локализации язвы желудка в различных возрастных группах

● **Figure 3.** Characteristics of localization of peptic ulcers in different age groups

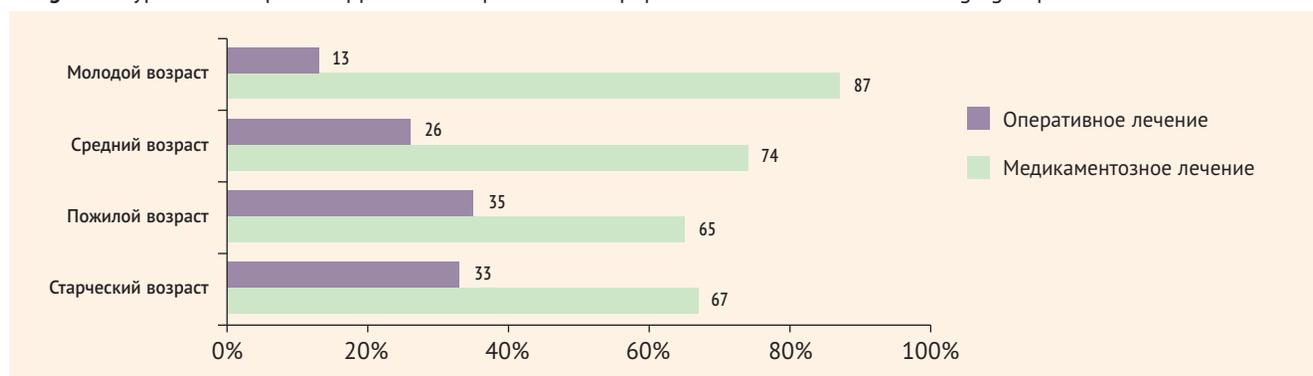


● **Рисунок 4.** Размеры язвенного дефекта у лиц разных возрастных групп с язвенной болезнью желудка

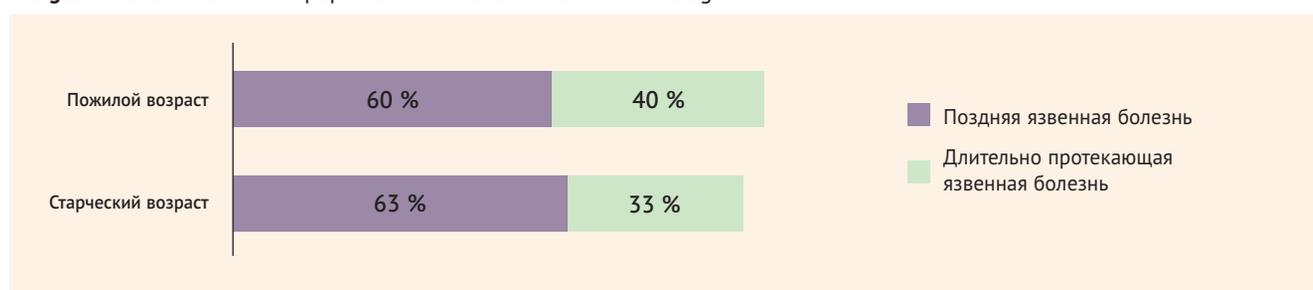
● **Figure 4.** Size of ulcer defect in people with peptic ulcer disease of different age groups



● **Рисунок 5.** Виды тактики лечения у лиц с язвенной болезнью желудка разных возрастных групп
 ● **Figure 5.** Types of therapeutic approaches in persons with peptic ulcer disease of different age groups



● **Рисунок 6.** Особенности ЯБЖ в пожилом и старческом возрасте
 ● **Figure 6.** Characteristics of peptic ulcer disease in old and senile age



При изучении амбулаторных карт было отмечено, что у лиц молодого возраста с ЯБЖ в преобладающем числе случаев проводилось только медикаментозное лечение – у 87% пациентов. Только 13% пациентов потребовалось оперативное лечение в связи с осложнениями ЯБ. В среднем возрасте только медикаментозное лечение было проведено 74% больных, оперативное лечение потребовалось 26% больных. В пожилом и старческом возрасте медикаментозное лечение было проведено 65 и 67% больных соответственно. Из-за более высокого числа осложнений оперативное лечение потребовалось в пожилом возрасте 35% больных, в старческом возрасте – 33% больных (рис. 5).

Изучая клинические особенности ЯБЖ у лиц пожилого и старческого возраста, необходимо выделить два варианта развития заболевания:

Длительно протекающая ЯБЖ. Встречается у 40% пациентов пожилого и 33% старческого возраста.

Поздняя ЯБ. Наблюдается у 60% больных пожилого возраста и 67% – старческого возраста (рис. 6).

С увеличением возраста пациентов, страдающих ЯБ, уменьшается роль инфекции *H. pylori* и увеличивается значимость других факторов, в частности влияние длительного и частого приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Нами отмечено, что длительное и частое использование НПВС в молодом возрасте имело место у 38% больных, в среднем возрасте – у 32% больных, в пожилом возрасте – у 40% больных, а в старческом возрасте – у 66% пациентов.

Таким образом, ЯБЖ чаще наблюдается у пациентов среднего и пожилого возраста и сопровождается малосимптомностью и стертой клинической картиной заболевания в отличие от лиц молодого возраста, у которых

наблюдаются яркие клинические проявления данного заболевания. Язвенные дефекты у больных молодого и среднего возраста наиболее часто имеют малые размеры и располагаются преимущественно в области угла желудка, а у лиц пожилого и старческого возраста язвы локализуются преимущественно в кардиальном отделе желудка, могут иметь гигантские размеры и часто приводят к развитию осложнений (прежде всего, желудочно-кишечных кровотечений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее часто ЯБЖ регистрируется у пациентов среднего (38%) и пожилого (40%) возраста.

2. При изучении клинических симптомов у пациентов с ЯБЖ в молодом и среднем возрасте отмечена яркая клиническая картина и преобладание синдрома абдоминальной боли (88%), а в пожилом и старческом возрасте – малосимптомность и стертость клинической картины и преобладание диспепсического синдрома.

3. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов в молодом и среднем возрасте язвенный дефект имеет малые размеры и располагается преимущественно в области угла желудка, а у лиц пожилого и старческого возраста преобладают большие и гигантские язвы, локализующиеся чаще в кардиальном отделе желудка.

4. Наибольшее число осложнений регистрируется у пациентов пожилого (35%) и старческого возраста (33%), что нередко требует оперативного лечения.

Поступила / Received 25.12.2020
 Поступила после рецензирования / Revised 01.02.2021
 Принята в печать / Accepted 04.02.2021

Список литературы

- Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(6):40–54. doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-6-40-54.
- Барышникова Н.В. Лечение Helicobacter pylori-ассоциированных заболеваний. В: *Инфекция H. pylori в клинической практике*. СПб.: ИнформМед; 2011. С. 531–533.
- Габбасова Л.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как психосоматическое заболевание. В: *Вопросы теоретической и практической медицины: материалы 76-й Республиканской научной конференции студентов и молодых ученых*. Уфа; 2011. С. 93–94.
- Габбасова Л.В., Велевач Л.В., Палтусов А.И., Крюкова А.Я., Хисматуллина Г.Я., Камалова А.А. и др. *Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста*. Тамбов: Консалтинговая компания Юком; 2017. 48 с. Режим доступа: <https://ukonf.com/doc/mon.2017.11.01.pdf>.
- Иванов Л.А., Сысоев К.В., Марданов Д.Н., Соловьева Н.В. Морфофункциональное состояние слизистой желудка у больных при торпидном течении хронических эрозий. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2010;20(5):27. Режим доступа: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/3992>.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C.A., Atherton J, Axon A.T., Bazzoli F. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht IV/Florence Consensus report. *Gut*. 2012;61(5):646–664. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302084.
- Пугачева М.Г., Шапкова М.М., Кондрашов В.А. Современные представления об этиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Science Time*. 2019;8(68):35–37. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41039749&>.
- Шериева А.Ю. Современная диагностика и лечение язвенной болезни. В: *International scientific review of the problems and prospects of modern science and education. Collection of scientific articles LIV International correspondence scientific and practical conference*. 2019. С. 97–103. Режим доступа: <https://scientific-conference.com/h/sborniki/meditsinskie-nauki/89/1633-sovremennaya-diagnostika.html>.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6–30. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312288.
- Масловский Л.В., Минушкин О.Н. Труднорубцующиеся гастродуоденальные язвы. *Лечащий врач*. 2011;(7):25–28. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2011/07/15435232>.
- Бурков С.Г. Стратегия диагностики и медикаментозного лечения заболеваний органов пищеварения у беременных. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2009;(7):72–78. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-diagnostiki-i-medikamentoznogo-lecheniya-zabolevaniy-organov-pishevareniya-u-beremennyh/viewer>.
- Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2010;20(3):55–62. Режим доступа: <http://old-gastro-j.ru/article/218-effektivnost-antisekretornoy-terapii-ingibitorami-protonnoy-pompy-pri-gastroduodenalnyh-yazveny/>.
- Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения. В: *Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии*. М.: МЕДпресс-информ; 2013. С. 85–107. Режим доступа: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/6864>.
- Ширинская Н.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации. Заболеваемость и смертность. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2016;(3):105–109. Режим доступа: <http://eport.fesmu.ru/dmj/20163/2016324.aspx>.
- Осадчук М.А., Осадчук А.М., Сибряев А.А. Н. Piloni-негативная язвенная болезнь: современное состояние проблемы. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2014;24(1):4–9. Режим доступа: <http://old-gastro-j.ru/article/543-i-h-8239-piloni-i-negativnaya-yazvennaya-bolezn-sovremennoe-sostoyanie-problemyi-nbsp-nbsp-nbsp>.
- Ивашкин В.Т. *Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 480 с. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>.
- Laine L, Takeuchi K, Tarnawski A. Gastric mucosal defense and cytoprotection: bench to bedside. *Gastroenterology*. 2008;135(1):41–60. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.030.
- Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Калинин А.В. и др. *Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни*. М.; 2013. 39 с. Режим доступа: <https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Jazvennaja%20bolezn.pdf>.
- Скворцов В.В., Фатеева О.В., Скворцова Е.М. Лансопразол в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Медицинский совет*. 2019;(3):125–129. doi: 10.21518/2079-701X-2019-3-125-129
- Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Рекомендации Маастрихт V/Флорентийского консенсуса по лечению хеликобактерной инфекции. *Consilium Medicum*. 2017;19(8.1. Гастроэнтерология):8–27. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rekomendatsii-maastricht-v-florentiyskogo-konsensusa-po-lecheniyu-helikobakternoy-infektsii/viewer>.
- Ткаченко Е.И., Успенский Ю., Барышникова Н. Оптимизация лечения заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori. *Врач*. 2012;(1):36–38. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17632284>.
- Исаева Г.Ш. Резистентность H. pylori к антибактериальным препаратам и методы ее определения. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2010;12(1):57–66. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezistentnost-h-pylori-k-antibakterialnym-preparatam-i-metody-ee-opredeleniya/viewer>.
- Бугаева Л.И., Дубоделова Н.Г., Гончарова О.М., Солюянова И.П., Круглякова Л.В. Язвенная болезнь. Результаты амбулаторного лечения. *Амурский медицинский журнал*. 2019;(1):10–15. Режим доступа: https://www.amursma.ru/upload/iblock/04b/2_Bugaeva_L.I.,_Dubodelova_N.G.,_Goncharova_O.M.,_Soluyanova_I.P.,_Kruglyakova_L.V._Yazvennaya_bolezn._Rezultaty_ambulatornogo_lecheniya.pdf.
- Осипова А.С., Сaitова Ю.К., Стяжкина С.Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения. *Вопросы науки и образования*. 2017;(9):66–69. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30468075>.
- Привалова И.Б. *Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*. Иркутск; 2015. 26 с. Режим доступа: https://www.irgups.ru/sites/default/files/mkzht/uchebnoe_posobie_yab.pdf.
- Скворцов В.В., Емельянов Д.Н., Луньков М.В., Кузнецова Е.В., Бессонов А.А. Современные схемы антибиотикотерапии и ингибиторы протонной помпы в лечении язвенной болезни 12-перстной кишки. *Лекарственный вестник*. 2019;13(2):44–52. Режим доступа: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1567509385-drugs-bulletin-2019-2-3403.pdf>.
- Минушкин О.Н. Опыт проведения эрадикационного лечения (последовательная схема) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Медицинский алфавит*. 2016;(34):50–52.
- Васильев Ю.В. Современная терапия язвенной болезни, ассоциируемой с Helicobacter pylori. *Трудный пациент*. 2007;(6–7):5–8. Режим доступа: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1586>.
- Zhang Z, Liu Z.Q, Zheng P.Y, Tang F.A., Yang P.C. Influence of pump inhibitors on the multidrug resistance of Helicobacter pylori. *World J Gastroenterol*. 2010;16(10):1279–1284. doi: 10.3748/wjg.v16.i10.1279.

References

- Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Mayev I.V., Baranskaya Y.K., Trukhmanov A.S., Lapina T.L. et al. Diagnostics and treatment of peptic ulcer: clinical guidelines of the Russian gastroenterological Association. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(6):40–54. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-6-40-54.
- Baryshnikova N.V. Treatment of Helicobacter pylori-associated diseases. In: *H. pylori infection in clinical practice*. St Petersburg: InformMed; 2011, pp. 531–533. (In Russ.).
- Gabbasova L.B. Gastroduodenal ulcer as a psychosomatic disease. In: *Issues of theoretical and practical medicine: proceedings of the 76th Republican Student and Postdoctoral Academic Conference*. Ufa; 2011, pp. 93–94. (In Russ.).
- Gabbasova L.V., Volevach L.V., Paltusov A.I., Kryukova A.Ya., Khismatullina G.Ya., Kamalova A.A. *Duodenal ulcer in adolescents*. Tambov: Ucom Consulting Company; 2017. 48 p. (In Russ.) Available at: <https://ukonf.com/doc/mon.2017.11.01.pdf>.
- Ivanov L.A., Sysoev K.V., Mardanov D.N., Solov'eva N.V. Morphofunctional state of the gastric mucosa in torpid course of chronic erosions. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2010;20(5):27. (In Russ.) Available at: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/3992>.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C.A., Atherton J, Axon A.T., Bazzoli F. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht IV/Florence Consensus report. *Gut*. 2012;61(5):646–664. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302084.

7. Pugacheva M.G., Shchapkova M.M., Kondrashov V.A. A contemporary view of etiology of gastroduodenal ulcer. *Science Time*. 2019;8(68):35–37. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41039749&>.
8. Sherieva A.Yu. Modern diagnosis and treatment of peptic ulcer. In: *International scientific review of the problems and prospects of modern science and education. Collection of scientific articles LIV International correspondence scientific and practical conference*. 2019, pp. 97–103. (In Russ.) Available at: <https://scientific-conference.com/h/sborniki/meditsinskie-nauki89/1633-sovremennaya-diagnostika.html>.
9. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6–30. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312288.
10. Maslovskiy L.V., Minushkin O.N. Challenges in gastroduodenal ulcer cicatrization. *Lechashchii vrach = Attending Doctor*. 2011;(7):25–28. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2011/07/15435232>.
11. Burkov S.G. Diagnostic and drug treatment strategy for diseases of the digestive system in pregnancy. *Ehksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2009;(7):72–78. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-diagnostiki-i-medikamentoznogo-lecheniya-zabolevaniy-organov-pischevareniya-u-beremennyh/viewer>.
12. Evseyev M.A., Klislin I.M. Antisecretory treatment efficacy by proton pump inhibitors at gastroduodenal ulcer bleedings. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2010;20(3):55–62. (In Russ.) Available at: <http://old-gastro-j.ru/article/218-effektivnost-antisekretornoy-terapii-ingibitorami-protonnoy-pompyi-pri-gastroduodenalnyih-yazven/>.
13. Tsimmerman Ya.S. Ulcer disease: challenging problems of etiology, pathogenesis, differential treatment. In: *Unresolved and Debatable Issues of Modern Gastroenterology*. Moscow: MEDpress-inform; 2013, pp. 85–107. (In Russ.) Available at: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/6864>.
14. Shirinskaya N.V. Stomach and duodenum peptic ulcer of Russian Federation. Mortality and incidence. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal = Far East Medical Journal*. 2016;(3):105–109. (In Russ.) Available at: <http://eport.fesmu.ru/dmj/20163/2016324.aspx>.
15. Osadchuk M.A., Osadchuk A.M., Sibrya A.A. H. pylori-negative peptic ulcer: state-of-the-art. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2014;24(1):4–9. (In Russ.) Available at: <http://old-gastro-j.ru/article/543-i-h-8239-pylori-i-negativnaya-yazvennaya-bolezn-sovremennoe-sostoyaniye-problemyi-nbsp-nbsp-nbsp/>.
16. Ivashkin V.T. *Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание*. Moscow; 2015. 480 p. (In Russ.) Available at: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>.
17. Laine L., Takeuchi K., Tarnawski A. Gastric mucosal defense and cytoprotection: bench to bedside. *Gastroenterology*. 2008;135(1):41–60. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.030.
18. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Baranskaya E.K., Trukhmanov A.S., Lapina T.L., Kalinin A.V. et al. *Clinical guidelines for diagnosis and treatment of peptic ulcer disease*. Moscow; 2013. 39 p. (In Russ.) Available at: <https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Jazvennaja%20bolezn.pdf>.
19. Skvortsov V.V., Fateeva O.V., Skvortsova E.M. Lansoprazole in treatment of duodenal ulcer disease. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(3):125–129. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2019-3-125-129
20. Pimanov S.I., Makarenko E.V. Recommendations of the Maastricht V/Florence consensus for the Helicobacter pylori infection treatment. *Consilium Medicum*. 2017;19(18.1 Gastroenerology):8–27. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rekomendatsii-maastricht-v-florentiyskogo-konsensusa-po-lecheniyu-helikobakternoy-infektsii/viewer>.
21. Tkachenko E., Uspenskiy Yu., Baryshnikova N. Optimization of treatment for helicobacter pylori-associated diseases. *Vrach = The Doctor*. 2012;(1):36–38. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17632284>.
22. Isaeva G.Sh. Antimicrobial resistance of H. pylori and susceptibility determination methods. *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya = Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*. 2010;12(1):57–66. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezistentnost-h-pylori-k-antibakterialnym-preparatam-i-metody-ee-opredeleniya/viewer>.
23. Bugaeva L.I., Dubodelova N.G., Goncharova O.M., Soluyanova I.P., Kruglyakova L.V. Peptic ulcer. Results of the out-patient treatment. *Amurskiy meditsinskiy zhurnal = Amur Medical Journal*. 2019;(1):10–15. (In Russ.) Available at: https://www.amurmsa.ru/upload/iblock/04b/2_Bugaeva_L.I.,_Dubodelova_N.G.,_Goncharova_O.M.,_Soluyanova_I.P.,_Kruglyakova_L.V._Yazvennaya_bolezn._Rezultaty_ambulatornogo_lecheniya.pdf.
24. Osipova A.S. Gastroduodenal ulcers and their complications. *Voprosy nauki i obrazovaniya = Challenges in Science and Education*. 2017;(9):66–69. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30468075>.
25. Privalova I.B. *Complications of gastroduodenal ulcer*. Irkutsk; 2015. 26 p. (In Russ.) Available at: https://www.irgups.ru/sites/default/files/mkzht/uchebnoe_posobie_yab.pdf.
26. Skvortsov V.V., Emel'yanov D.N., Lun'kov M.V., Kuznetsova E.V., Bessonov A.A. Modern antibiotic regimens and proton pump inhibitors in the treatment of duodenal ulcer. *Lekarstvennyy vestnik = Drug Information*. 2019;13(2):44–52. (In Russ.) Available at: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1567509385-drugs-bulletin-2019-2-3403.pdf>.
27. Minushkin O.N. Experience with eradication regimen (sequential therapy) of duodenal ulcer. *Meditsinskiy alfavit = Medical Alphabet*. 2016;(34):50–52. (In Russ.)
28. Vasilev Yu.V. Modern therapy of Helicobacter pylori-associated peptic ulcer disease. *Trudnyy patsient = Difficult Patient*. 2007;(6–7):5–8. (In Russ.) Available at: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1586>.
29. Zhang Z., Liu Z.Q., Zheng P.Y., Tang F.A., Yang P.C. Influence of pump inhibitors on the multidrug resistance of Helicobacter pylori. *World J Gastroenterol*. 2010;16(10):1279–1284. doi: 10.3748/wjg.v16.i10.1279.

Информация об авторах:

Полозова Элла Ивановна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева; 430005, Россия, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевикская, д. 68; ellanac78@mail.ru

Скворцов Всеволод Владимирович, д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1; vskvortsov1@ya.ru

Трохина Ирина Евгеньевна, ассистент кафедры госпитальной терапии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева; 430005, Россия, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевикская, д. 68; trohina-07@yandex.ru

Нефедов Николай Сергеевич, клинический ординатор кафедры госпитальной терапии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева; 430005, Россия, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевикская, д. 68; nefedov.colia65@mail.ru

Information about the authors:

Ella I. Polozova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Hospital Therapy, National Research Ogarev Mordovia State University; 68, Bolshevistskaya St., Saransk, 430005, Republic of Mordovia, Russia; ellanac78@mail.ru

Vsevolod V. Skvortsov, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Internal Diseases, Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russia; vskvortsov1@ya.ru

Irina E. Trokhina, Assistant of the Department of Hospital Therapy, National Research Ogarev Mordovia State University; 68, Bolshevistskaya St., Saransk, 430005, Republic of Mordovia, Russia; trohina-07@yandex.ru

Nikolay S. Nefedov, Clinical Resident of the Department of Hospital Therapy, National Research Ogarev Mordovia State University; 68, Bolshevistskaya St., Saransk, 430005, Republic of Mordovia, Russia; nefedov.colia65@mail.ru