

УДК 616.33-022.7:579

DOI 10.34014/2227-1848-2021-4-89-99

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ H. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Е.М. Шульгина, Ж.Г. Симонова

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Киров, Россия

Цель исследования – изучить клинико-морфологические особенности H. pylori-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. В процессе проспективного клинического исследования были сформированы три группы пациентов разного возраста, имеющих H. pylori-ассоциированные заболевания гастродуоденальной зоны. Изучали клиническую картину, морфологические особенности гастродуоденальной зоны до и после эрадикационной терапии. Период наблюдения больных составил в среднем 172 дня. Всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией.

Результаты. У 100 % пациентов молодого возраста (I группа) установлены выраженные диспепсические расстройства. Диспепсический индекс соответствовал высокой степени тяжести. Для пациентов II и III групп при менее выраженной клинической картине морфологические изменения слизистой оболочки желудка оказались более существенны. В старшей группе (III группа) атрофические преобразования тела желудка выявлены у 30,5 % пациентов, привратника желудка – у 11 %, кишечная метаплазия – у 2,8 %. В отличие от пациентов молодого и среднего возраста, имеющих выраженный диспепсический синдром, для пациентов пожилого возраста характерна малосимптомная клиническая картина, которая сопровождалась морфологическими преобразованиями гастродуоденальной зоны с возможностью прогрессирования.

Выводы. Эффективная эрадикационная терапия способствует достижению клинико-эндоскопической и морфологической ремиссии состояния гастродуоденальной зоны и создает условия для предотвращения прогрессирования воспалительного каскада.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori, заболевания гастродуоденальной зоны, эрадикационная терапия, возрастные особенности.*

Введение. Изучение инфекции *Helicobacter pylori* и ассоциированных с ней заболеваний не теряет актуальности на современном этапе [1–3]. *H. pylori* занимает лидирующие позиции как возбудитель хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Доказана роль бактерии в патогенезе рака желудка и предшествующего атрофического гастрита [4–6]. При распространении процесса атрофии частота рака желудка и атрофического гастрита увеличивается с возрастом. Риск развития рака желудка при этом нарастает экспоненциально [7]. Канцеропреентивный эффект эрадикации инфекции *H. pylori* оказывается особо востребованным на стадии до развития атрофических преобразований в слизистой оболочке желудка [8].

Изучение механизмов прогрессирования морфологических изменений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, исследование проблемы инфицирования и реинфицирования *H. pylori* представляют перспективное направление медицинской науки, определяя формирование персонализированного подхода к терапии пациентов разных возрастных групп.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические особенности *H. pylori*-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. Открытое проспективное клиническое исследование проводилось в условиях амбулаторного приема на базе ЛПУ Кировской области. Критерии включения пациентов в исследование: 1) наличие за-

болеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с *Helicobacter pylori*; 2) возраст от 18 до 74 лет; 3) информированное согласие пациента. Критерии исключения: 1) анемический синдром; 2) печеночная недостаточность, ХБП ≥ 3 ст.; 3) нестабильная стенокардия, стенокардия напряжения; 4) ОИМ, ОНМК давностью менее 1 года; 5) сахарный диабет в стадии декомпенсации; 6) ХСН; 7) онкологические заболевания.

Для верификации заболеваний гастродуоденальной зоны выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Для гистологической оценки применялась классификация OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) [9]. Для диагностики *H. pylori* использовался биопсийный метод (быстрый уреазный тест), серологический метод (определение антител IgG к *H. pylori* в сыворотке крови), ПЦР; для контроля эффективности эрадикации – серологический метод определения антигена *H. pylori* в фекальных образцах. Оценка выраженности диспепсического синдрома осуществлялась при помощи предложенного нами диспепсического индекса (ДИ) [10, 11].

Обследование больных проводилось на основе информированного добровольного согласия согласно требованиям биомедицинской этики, предъявляемым Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (2000), и Приказу № 3909н Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г.

Анализ результатов исследования проводился с помощью прикладных программ Excel 2013 и Статистика 10 (StatSoft, США). Количественные данные, имеющие распределение, близкое к нормальному, представляли с помощью средней арифметической и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$); количественные данные, имеющие распределение, отличное от нормального, – в виде медианы (Me) и межквартильного размаха между 25-м и 75-м перцентилями (Q_1 ; Q_3). Для сравнения количественных признаков в трех группах применялся критерий Краскела – Уоллиса. Полученный фактический материал обрабатывался путем сравнения средних величин (M) по t -кри-

терию Стьюдента и сравнения долей с помощью Z -критерия. Распределение в совокупности представлено 95 % доверительным интервалом (CI 95 %).

Результаты. В процессе исследования были сформированы три группы пациентов: I группа – в возрасте до 40 лет ($n=33$, средний возраст – 27,5 [19,4; 35] года); II группа – от 40 до 60 лет ($n=58$, средний возраст – 56 [52; 59,8] лет); III группа – от 60 до 74 лет ($n=36$, средний возраст – 66 [61,2; 70,6] лет) (табл. 1).

В I группе картину диспепсии представили следующие симптомы: боли в эпигастрии – у 33 (100 %) пациентов; тяжесть, дискомфорт в эпигастрии после еды – у 25 (75,6 %); тяжесть, дискомфорт в эпигастрии, не связанные с приемом пищи, – у 12 (36,4 %); жжение в эпигастрии – у 21 (63,6 %); изжога – у 33 (100 %); ночная изжога, отрыжка кислым – у 2 (6,1 %) пациентов. Диспепсический индекс у пациентов I группы составил 12,3 [11,1; 13,5] балла, что свидетельствует о высокой степени выраженности диспепсического синдрома. Среди пациентов II и III групп диспепсический синдром уже не имел такой выраженности.

Во II группе детализация клинической симптоматики выявила снижение аппетита, нарушение сна – у 48 (39,7 %), снижение работоспособности – у 39 (67,2 %) пациентов. Боли в эпигастрии имелись у 18 (31 %) пациентов; тяжесть, дискомфорт в эпигастрии после еды – у 32 (55,1 %); тяжесть, дискомфорт в эпигастрии, не связанные с приемом пищи, – у 28 (48,3 %); жжение в эпигастрии, изжога, отрыжка кислым – у 32 (55,1 %); ночная изжога – у 2 (3,4 %) пациентов. Диспепсический индекс оказался в рамках среднего уровня (10,9 [8,7; 13,1] балла).

В III группе отмечалось превалирование астенизации: снижение аппетита, нарушение сна – у 25 (69,4 %), снижение качества жизни – у 25 (69,4 %), снижение работоспособности, слабость и утомляемость – у 36 (100 %) пациентов. Присутствие синдрома диспепсии отметили лишь 11 (30,5 %) чел., при этом боли в эпигастриальной области – лишь 5 (13,8 %) пациентов. ДИ соответствовал легкой степени тяжести диспепсического синдрома (5,1 [3,9; 6,3] балла).

Таблица 1
Table 1

**Клиническая характеристика пациентов
с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями гастродуоденальной зоны
Clinical characteristic of patients with *H. pylori*-associated gastroduodenal zone diseases**

Показатель Parameter	I группа Group 1 (n=33)	II группа Group 2 (n=58)	III группа Group 3 (n=36)	p
Мужчины, абс. (%) Men, abs. (%)	15 (45,4)	35 (60,3)	24 (66,5)	
Женщины, абс. (%) Women, abs. (%)	18 (54,6)	23 (39,7)	12 (33,5)	
Возраст, лет Age, years old (Me [Q ₁ ; Q ₃])	27,5 [19,4; 35]	56 [52; 59,8]	66 [61,2; 70,6]	
ИМТ, кг/м ² BMI, kg/m ² (Me [Q ₁ ; Q ₃])	20 [17; 22]	29 [21; 38]	30 [25; 36]	I-II: 0,00001 II-III: 0,1525 I-III: 0,00001
Избыточная масса тела, абс. (%) Excess body weight, abs. (%)	0 (0)	21 (36,2)	14 (38,9)	I-II: 0,00001 II-III: 0,3962 I-III: 0,00001
Ожирение 1 ст., абс. (%) Obesity, class 1, abs. (%)	0 (0)	8 (13,8)	7 (19,4)	I-II: 0,0127 II-III: 0,2335 I-III: 0,0038
Ожирение 2 ст., абс. (%) Obesity, class 2, abs. (%)	0 (0)	1 (1,7)	2 (5,6)	I-II: 0,2241 II-III: 0,1521 I-III: 0,0847
Артериальная гипертензия, абс. (%) Hypertension, abs. (%)	0 (0)	21 (36,2)	19 (52,8)	I-II: 0,00001 II-III: 0,0571 I-III: 0,00001
Курение, абс. (%) Smoking, abs. (%)	25 (75,7)	33 (56,9)	23 (63,9)	I-II: 0,0360 II-III: 0,2509 I-III: 0,1422
Гиперлипидемия, абс. (%) Hyperlipidemia, abs. (%)	0 (0)	31 (53,4)	26 (72,2)	I-II: 0,00001 II-III: 0,0351 I-III: 0,00001
Хронический гастрит, абс. (%) Chronic gastritis, abs. (%)	16 (48,5)	26 (41,3)	18 (44,5)	I-II: 0,3367 II-III: 0,4630 I-III: 0,3826
Язвенная болезнь желудка и (или) ДПК, абс. (%) Gastric ulcer and/or peptic ulcer, abs. (%)	17 (51,6)	29 (50)	18 (50)	I-II: 0,4447 II-III: 0,5000 I-III: 0,4500

Примечание. p – уровень статистической значимости различий.

Note. p – the level of statistical significance of differences.

Эндоскопическая картина гастродуоденальной зоны у пациентов I группы была представлена выраженными воспалительными изменениями слизистой оболочки (СО) тела и антрального отдела желудка, ДПК (2,75 [2,58; 2,92]; 2,81 [2,66; 2,96]; 22,85 [2,74; 2,96] балла соответственно). При этом эрозии антрального отдела желудка были обнаружены у 1 (3 %) пациента, язвенный дефект желудка – у 2 (6,1 %), язвенный дефект ДПК – у 15 (45,5 %). У всех 33 (100 %) чел. было выявлено воспаление СО луковицы ДПК, что свидетельствует о возможном негативном инфекционном воздействии *H. pylori*. Морфологические изменения СО желудка и ДПК имели как острый (лейкоцитарная инфильтрация), так и хронический (лимфогистиоцитарная инфильтрация) характер. Атрофических изменений СО желудка не выявлено ни у одного пациента.

Для эндоскопической картины больных II группы оказались характерны воспалительные изменения СО тела и антрального отдела желудка, ДПК, но менее выраженные, чем у пациентов I группы (соответственно 2,27 [2,16; 2,38] vs 2,75 [2,58; 2,92]; 2,50 [2,39; 2,61] vs 2,81 [2,66; 2,96]; 2,55 [2,45; 2,65] vs 2,85 [2,74; 2,96] балла, $p=0,0001$). Эрозии антрального отдела желудка были обнаружены у 13 (22,4 %), язвенный дефект желудка –

у 5 (8,6 %), язвенный дефект ДПК – у 9 (17,2 %) пациентов.

В III группе эндоскопическая картина была представлена выраженным воспалением как тела, так и антрального отдела желудка. Повреждение СО желудка в виде эрозий антрального отдела было обнаружено у 17 (47,2 %) чел., язвенный дефект желудка – у 8 (22,2 %), язвенный дефект ДПК – у 5 (13,8 %) пациентов. Атрофические преобразования тела желудка установлены у 11 (30,5 %), привратника – у 6 (11 %) пациентов, кишечная метаплазия – у 1 (2,8 %) пациента.

Степень обсемененности *H. pylori* у больных рассматриваемых групп не зависела от поражения слизистой оболочки рассматриваемой зоны.

Период наблюдения за пациентами составил 172 [160; 182] дня. Всем больным была проведена эрадикационная терапия *H. pylori* по схеме первой линии (Клинические рекомендации РГА, 2018) длительностью 14 дней (дважды в день: ИПП 20 мг, кларитромицин 500 мг, амоксициллин 1000 мг). Эффективность эрадикационной терапии оценивалась методом определения антигена *H. pylori* в кале и ПЦР-диагностикой. Мониторинг клинической картины продемонстрировало наиболее значимые изменения у пациентов молодого возраста (I группа) (табл. 2).

Таблица 2
Table 2

Динамика клинического статуса пациентов с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями гастродуоденальной зоны (до и после лечения), абс. (%)

Dynamics of clinical status of patients with *H. pylori*-associated gastroduodenal zone diseases (before and after treatment), abs. (%)

Показатель Parameter	I группа Group 1 (n=33)		II группа Group 2 (n=58)		III группа Group 3 (n=36)	
	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment
Боли в эпигастрии Epigastric pain	33 (100)	1 (3)	18 (31)	3 (5,2)	5 (13,8)	1 (2,8)
	p=0,0001		p=0,01		p=0,04	

Показатель Parameter	I группа Group 1 (n=33)		II группа Group 2 (n=58)		III группа Group 3 (n=36)	
	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment
Тяжесть, дискомфорт в эпигастрии после еды Heaviness, discomfort in epigastria after eating	25 (75,6)	7 (21,2)	32 (55,1)	10 (17,2)	11 (30,5)	2 (5,6)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,04	
Тяжесть, дискомфорт в эпигастрии без связи с едой Heaviness, discomfort in epigastria regardless to food intake	12 (36,4)	3 (9,1)	28 (48,3)	3 (5,2)	16 (16,7)	1 (2,8)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,001	
Жжение в эпигастрии Epigastric burning	21 (63,6)	7 (21,2)	32 (55,1)	10 (17,2)	11 (30,5)	2 (5,6)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,04	
Изжога Pyrosis	33 (100)	2 (6,1)	32 (55,1)	3 (5,2)	11 (30,5)	1 (2,8)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,01	
Нарушение сна Insomnia	4 (12,1)	0	48 (39,7)	5 (8,6)	25 (69,4)	9 (25)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,09	
Нарушение работоспособности Performance impairment	2 (6,1)	0	34 (58,6)	5 (8,6)	36 (100)	9 (25)
	p=0,0001		p=0,0001		p=0,001	

Примечание. p – уровень статистической значимости различий в группах до и после лечения.

Note. p – the level of statistical significance of differences in groups before and after treatment.

Так, в I группе произошло снижение частоты эпигастральных болей (100 vs 3 %, p=0,0001), тяжести и дискомфорта после еды (75,6 vs 21,2 %, p=0,0001), тяжести, дискомфорта в эпигастрии, не связанных с приемом пищи (36,4 vs 9,1 %, p=0,0001), жжения в эпигастрии (63,6 vs 21,2 %, p=0,0001), изжоги (100 vs 6,1 %, p=0,0001) (табл. 2). Таким образом, эрадикационная терапия способствовала

улучшению эндоскопических и морфологических характеристик гастродуоденальной зоны, а также самочувствия пациентов.

Во II и III группах динамика клинической характеристики была менее выраженной. Во II группе снизилась частота болей в эпигастрии (31 vs 5,2 %, p=0,01), тяжести и дискомфорта после еды (55,1 vs 17,2 %, p=0,0001), жжения в эпигастрии, изжоги (55,1 vs 17,2 %, p=0,0001).

$p=0,0001$). С учетом изначально малосимптомной и стертой клиники у пациентов старшей возрастной группы динамика клинической картины оказалась малоубедительной. При этом па-

циенты указывали на улучшение работоспособности (100 vs 25 %, $p=0,001$) (табл. 2). Наибольшая динамика диспепсического индекса была отмечена у больных I и II групп (рис. 1).

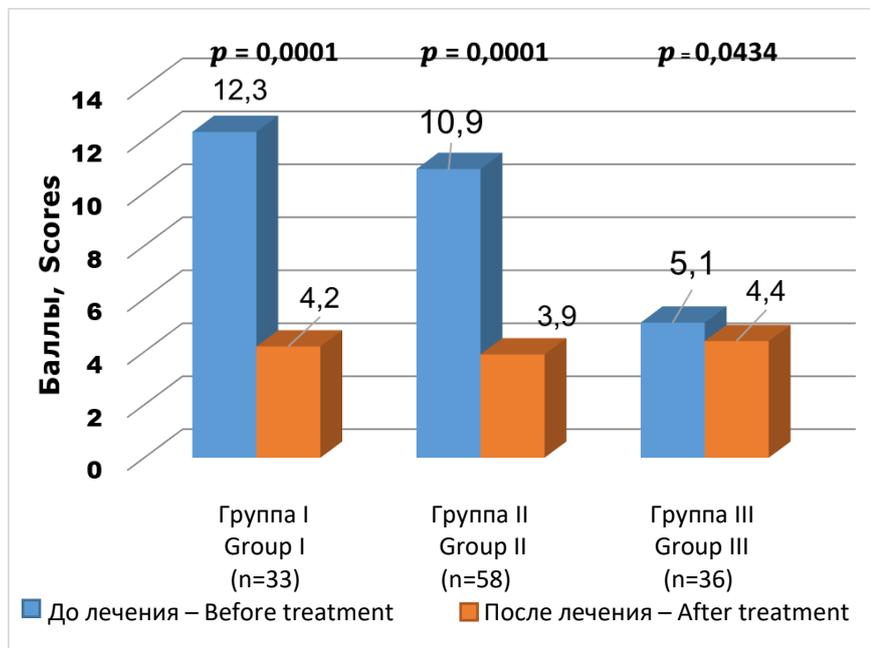


Рис. 1. Динамика диспепсического индекса у пациентов I, II и III групп в процессе исследования (до и после лечения)

Fig 1. Dyspeptic index monitoring in patients (Groups 1, 2 and 3) in the course of study (before and after treatment)

В I группе пациентов после проведенной эрадикационной терапии отмечены отсутствие эрозий и язвенных дефектов гастродуоденальной зоны и положительная динамика морфологических изменений. В теле и антральном отделе желудка выявлено снижение степени воспалительных изменений острого характера (лейкоцитарная инфильтрация) (2,8 [2,63; 2,97] vs 0,8 [0,64; 0,96] балла, $p=0,00041$; 2,84 [2,74; 2,94] vs 0,90 [0,75; 1,05] балла, $p=0,0005$ соответственно) и хронических воспалительных изменений (лимфоцитарная инфильтрация) (2,33 [2,20; 2,46] vs 0,5 [0,39; 0,61] балла, $p=0,00074$; 2,90 [2,85; 2,95] vs 0,56 [0,45; 0,67] балла, $p=0,0008$) (табл. 3).

По результатам эндоскопического исследования во II группе после лечения не выявлено эрозивных и язвенных дефектов гастродуоденальной зоны. Положительный характер изменений отмечен и в отношении морфологической характеристики. В теле и антральном отделе желудка установлена меньшая выра-

женность воспалительных изменений острого характера (2,57 [2,37; 2,77] vs 0,77 [0,37; 1,17] балла, $p=0,0003$; 2,79 [2,62; 2,96] vs 0,75 [0,59; 0,91] балла, $p=0,0007$) и хронических воспалительных изменений (2,88 [2,81; 2,95] vs 0,9 [0,55; 1,25] балла, $p=0,0001$; 2,75 [2,62; 2,88] vs 0,8 [0,65; 0,95] балла, $p=0,0001$) (табл. 3).

В III группе также отмечена позитивная динамика эндоскопической картины: отсутствие язвенных дефектов и снижение частоты эрозий (47,2 vs 2,8 %, $p=0,00001$). Морфологические изменения в теле и антральном отделе желудка проявились в снижении степени воспалительных изменений острого (2,64 [2,52; 2,76] vs 0,95 [0,84; 1,06] балла, $p=0,0002$; 2,76 [2,61; 2,91] vs 0,95 [0,81; 1,09] балла, $p=0,0005$) и хронического характера (2,79 [2,69; 2,89] vs 0,7 [0,55; 0,85] балла, $p=0,0001$; 2,85 [2,74; 2,96] vs 0,5 [0,34; 0,66] балла, $p=0,0001$). За наблюдаемый период прогрессирования атрофических и метапластических изменений СО желудка не установлено (табл. 3).

Таблица 3
Table 3

Динамика морфологического статуса гастродуоденальной зоны у пациентов с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями (до и после лечения) (Me [Q1; Q3]), баллов

Dynamics of gastroduodenal zone morphological status in patients with *H. pylori*-associated diseases (before and after treatment) (Me [Q1; Q3]), scores

Показатель Parameter	I группа Group 1 (n=33)		II группа Group 2 (n=58)		III группа Group 3 (n=36)	
	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment
Тело желудка, лейкоцитарная инфильтрация Gastric corpus, leukocytic infiltration	2,8 [2,63; 2,97]	0,8 [0,64; 0,96]	2,57 [2,37; 2,77]	0,77 [0,37; 1,17]	2,64 [2,52; 2,76]	0,95 [0,84; 1,06]
	p=0,00041		p=0,0003		p=0,0002	
Тело желудка, лимфогистиоцитарная инфильтрация Gastric corpus, lymphohysteocytic infiltration	2,33 [2,20; 2,46]	0,5 [0,39; 0,61]	2,88 [2,81; 2,95]	0,9 [0,55; 1,25]	2,79 [2,69; 2,89]	0,7 [0,55; 0,85]
	p=0,00074		p=0,0001		p=0,0001	
Антральный отдел желудка, лейкоцитарная инфильтрация Antrum, leukocytic infiltration	2,84 [2,74; 2,94]	0,9 [0,75; 1,05]	2,79 [2,62; 2,96]	0,75 [0,59; 0,91]	2,76 [2,61; 2,91]	0,95 [0,81; 1,09]
	p=0,0005		p=0,0007		p=0,0005	
Антральный отдел желудка, лимфогистиоцитарная инфильтрация Antrum, lymphohysteocytic infiltration	2,9 [2,85; 2,95]	0,56 [0,45; 0,67]	2,75 [2,62; 0,88]	0,8 [0,65; 0,95]	2,85 [2,74; 2,96]	0,5 [0,34; 0,66]
	p=0,0008		p=0,0001		p=0,0001	
ДПК, лимфогистиоцитарная инфильтрация Duodenum, lymphohysteocytic infiltration	2,86 [2,75; 2,97]	0,7 [0,55; 0,85]	2,7 [2,56; 2,84]	0,9 [0,65; 1,15]	2,77 [2,69; 2,85]	0,85 [0,72; 0,98]
	p=0,00001		p=0,00001		p=0,00001	

Примечание. p – уровень статистической значимости различий между показателями в группах до и после лечения.

Note. p – the level of statistical significance between groups before and after treatment.

Эффективность проведенной эрадикации составила 89,3 %. При этом уровень комплаентности пациентов оказался равным 97,6 %.

Обсуждение. Инфекция *H. pylori* расценивается как медленно текущая, что прежде всего обусловлено высокой степенью адаптации и длительным персистированием бактерии в организме человека. Известная роль бактерии как предиктора системного воспаления и канцерогенеза диктует необходимость более глубокого изучения клинкоморфологических особенностей *H. pylori*-ассоциированных заболеваний в ракурсе возрастных аспектов.

В нашем исследовании диспепсические расстройства были выражены лишь у 30,5 % пациентов старшей возрастной группы (III группа). При этом величина диспепсического индекса у них была наименьшей. Малосимптомная, стертая клиническая картина подчеркивает важность своевременной диагностики поражения гастродуоденальной зоны, в т.ч. атрофической пролиферации СО желудка. Полученные нами результаты морфологического исследования продемонстрировали наличие атрофических изменений СО желудка у 41,5 %, кишечной метаплазии – у 2,8 % пациентов старше 60 лет.

Необходимо указать, что атрофический гастрит, являясь бессимптомно протекающим заболеванием, зачастую остается своевременно не распознанным. В крупномасштабном исследовании по доказательству наличия связи между атрофическим гастритом и раком желудка приняли участие 4655 здоровых лиц, период наблюдения за которыми составил 16 лет. Пациентам определяли пепсиногены и

антитела к *H. pylori* в сыворотке крови. Авторами установлена последовательность в развитии рака желудка: гастрит – атрофия – метаплазия – рак [12]. Сохраняя свои позиции как канцероген I типа, инфекция *H. pylori* актуализирует онконастороженность по отношению к пациентам, особенно пожилого возраста, с заболеваниями гастродуоденальной зоны [13, 14]. При достижении высокой комплаентности пациентов нам удалось добиться 89,3 % эффективности эрадикационной терапии, что важно в плане дальнейшей профилактической работы. Опубликованные данные исследования пациентов с эндоскопической резекцией рака желудка ранней стадии, которым выполняли эрадикацию бактерии с последующим мониторингом в разные промежутки времени, показали неоспоримую значимость эрадикационной терапии [15].

Выводы:

1. В отличие от пациентов молодого и среднего возраста с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями гастродуоденальной зоны, имеющих выраженный диспепсический синдром, для пациентов пожилого возраста характерна малосимптомная клиническая картина, которая сопровождается морфологическими преобразованиями гастродуоденальной зоны с возможностью прогрессирования.

2. Эрадикационная терапия у пациентов всех возрастных групп способствует достижению клинко-эндоскопической и морфологической ремиссии состояния гастродуоденальной зоны. Эффективность эрадикации *H. pylori* при 14-дневной схеме в 89,3 % случаев создает условия для предотвращения прогрессирования воспалительного каскада.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Маев И.В., Андреев Д.Н., Самсонов А.А., Дичева Д.Т., Парцвания-Виноградова Е.В. Эволюция представлений о дефиниции, классификации, диагностике и лечении гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori* (по материалам Киотского консенсуса, 2015). Фарматека. 2016; 6: 24–33.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шентулин А.А., Трухманов А.С., Абдулхаков Р.А. Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации (обзор литературы и резолюция Экспертного совета Российской гастроэнтерологической ассоциации 19 мая 2017 г.). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27 (4): 4–21. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-4-4-21.

3. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р. VI Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017; 2: 3–21.
4. Correa P. Helicobacter pylori and gastric carcinogenesis. Am. J. Surg. Pathol. 1995; 19: 37–43.
5. Маев И.В., Казюлин А.Н. Новые возможности профилактики рака желудка. Терапевтический архив. 2017; 4: 101–109. DOI: 10.17116/terarkh2017894101-109.
6. Bray F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J. Clin. 2018; 6: 394–424.
7. Morgan D.R., Crowe S.E. Helicobacter pylori infection. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. Philadelphia; 2015: 856–884.
8. Chen H.N., Wang Z., Li X., Zhou Z.G. Helicobacter pylori eradication cannot reduce the risk of gastric cancer in patients with intestinal metaplasia and dysplasia: evidence from a meta-analysis. Gastric. Cancer. 2016; 19 (1): 166–175.
9. Rugge M., Fassan M., Pizzi M., Farinati F., Stumolo G.C., Plebani M., Gracham D.Y. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. World J. Gastroenterol. 2011; 17 (41): 4596–4601.
10. Симонова Ж.Г., Приходько М.Н., Шульгина Е.М. Хронический гастрит и пожилой возраст: есть ли проблема? Ульяновский медико-биологический журнал. 2020; 4: 30–39. DOI: 10.34014/2227-18482020-4-30-39.
11. Филатов М.А., Симонова Ж.Г. Синдром диспепсии у больных стабильной стенокардией. Вятский медицинский вестник. 2020; 3 (67): 45–50.
12. Yoshida T. Cancer development based on chronic active gastritis and resulting gastric atrophy as assessed by serum levels of pepsinogen and Helicobacter pylori antibody titer. Int. J. Cancer. 2014; 134 (6): 1445–1457.
13. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Инфекция Helicobacter pylori. Москва: ГЭОТАР – Медиа; 2016.
14. Correa P. Gastric cancer: overview. Gastroenterol. Clin. North Am. 2013; 42 (2): 211–217.
15. Fukase K., Kato M., Kikuchi S., Inoue R., Uemura N., Okamoto S.H. Japan Gast Study Group Effect of eradication of Helicobacter pylori on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomized controlled trial. Lancet. 2008; 372: 392–397.

Поступила в редакцию 06.09.2021; принята 26.10.2021.

Авторский коллектив

Шульгина Екатерина Михайловна – аспирант кафедры госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. 610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, 112; e-mail: alice@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2059-390X>.

Симонова Жанна Георгиевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. 610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, 112; e-mail: simonova-kirov@rambler.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9772-3867>.

Образец цитирования

Шульгина Е.М., Симонова Ж.Г. Клинико-морфологические особенности *H. pylori*-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны: возрастные аспекты. Ульяновский медико-биологический журнал. 2021; 4: 89–99. DOI: 10.34014/2227-1848-2021-4-89-99.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF H. PYLORI-ASSOCIATED GASTRODUODENAL ZONE DISEASES: AGE-RELATED ASPECTS

E.M. Shul'gina, Zh.G. Simonova

Kirov State Medical University, Kirov, Russia

The aim of the paper is to study the clinical and morphological characteristics of H. pylori-associated gastroduodenal zone diseases, depending on patients' age.

Materials and Methods. Three groups of patients of various ages with H. pylori-associated gastroduodenal zone diseases were formed in the course of a prospective clinical study. We studied the clinical picture, and morphological characteristics of the gastroduodenal zone before and after eradication therapy. Average length of the observation period was 172 days. All patients underwent esophagogastroduodenoscopy with biopsy.

Results. Severe dyspeptic disorders were diagnosed in all young patients belonging to group 1 (100 %). The dyspeptic index corresponded to a high degree of severity. Morphological changes in the gastric mucosa were more significant in patients with a less pronounced clinical picture (Groups 2 and 3). In group 3, atrophic transformations of the gastric corpus were found in 30.5 %, atrophic transformations of the pylorus – in 11 %, and intestinal metaplasia – in 2.8 % of patients. Unlike young and middle-aged patients with pronounced dyspeptic syndrome, elderly patients were characterized by a low-symptom clinical picture, which was accompanied by morphological gastroduodenal zone transformations with the possible progression.

Conclusions. Effective eradication therapy contributes to clinical, endoscopic and morphological remission of the gastroduodenal zone and prevents the progression of the inflammatory cascade.

Key words: *Helicobacter pylori, gastroduodenal diseases, eradication therapy, age characteristics.*

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

References

1. Maev I.V., Andreev D.N., Samsonov A.A., Dicheva D.T., Partsvania-Vinogradova E.V. Evolyutsiya predstavleniy o definitsii, klassifikatsii, diagnostike i lechenii gastrita, assotsirovannogo s infektsiey *Helicobacter pylori* (po materialam Kiotskogo konsensusa, 2015) [Evolution of ideas on the definition, classification, diagnosis and treatment of gastritis associated with *Helicobacter pylori* infection (based on the Kyoto Consensus, 2015)]. *Farmateka*. 2016; 6: 24–33 (in Russian).
2. Ivashkin V.T., Maev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A., Trukhmanov A.S., Abdulkhakov R.A. Lechenie infektsii *Helicobacter pylori*: meynstrim i novatsii (obzor literatury i rezolyutsiya Ekspertnogo soveta Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii 19 maya 2017 g.) [Treatment of *Helicobacter pylori* infection: Mainstream and innovations (literature review and resolution of the Expert Council of the Russian Gastroenterological Association, May 19, 2017)]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2017; 27 (4): 4–21. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-4-4-21 (in Russian).
3. Lazebnik L.B., Tkachenko E.I., Abdulganieva D.I., Abdulkhakov R.A., Abdulkhakov S.R. VI Natsional'nye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu kislotozavisimykh i assotsirovannykh s *Helicobacter pylori* zabollevaniy (VI Moskovskie soglasheniya) [National guidelines for the diagnosis and treatment of acid-dependent and *Helicobacter pylori*-associated diseases (6th Moscow agreements)]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2017; 2: 3–21 (in Russian).
4. Correa P. *Helicobacter pylori* and gastric carcinogenesis. *Am. J. Surg. Pathol.* 1995; 19: 37–43.
5. Maev I.V., Kazyulin A.N. Novye vozmozhnosti profilaktiki raka zheludka [New possibilities for stomach cancer prevention]. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2017; 4: 101–109. DOI: 10.17116/terarkh2017894101-109 (in Russian).
6. Bray F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018; 6: 394–424.
7. Morgan D.R., Crowe S.E. *Helicobacter pylori* infection. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*. Philadelphia; 2015: 856–884.

8. Chen H.N., Wang Z., Li X., Zhou Z.G. Helicobacter pylori eradication cannot reduce the risk of gastric cancer in patients with intestinal metaplasia and dysplasia: evidence from a meta-analysis. *Gastric. Cancer*. 2016; 19 (1): 166–175.
9. Rugge M., Fassan M., Pizzi M., Farinati F., Stumiolo G.C., Plebani M., Gracham D.Y. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. *World J. Gastroenterol*. 2011; 17 (41): 4596–4601.
10. Simonova Zh.G., Prikhod'ko M.N., Shul'gina E.M. Khronicheskiy gastrit i pozhiloy vozzrast: est' li problema? [Chronic gastritis and old age: a problem or not?]. *Ul'yanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2020; 4: 3–39. DOI: 10.34014/2227-18482020-4-30-39 (in Russian).
11. Filatov M.A., Simonova Zh.G. Sindrom dispepsii u bol'nykh stabil'noy stenokardiey [Dyspepsia syndrome in patients with stable angina pectoris]. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2020; 3 (67): 45–50.
12. Yoshida T. Cancer development based on chronic active gastritis and resulting gastric atrophy as assessed by serum levels of pepsinogen and Helicobacter pylori antibody titer. *Int. J. Cancer*. 2014; 134 (6): 1445–1457.
13. Maev I.V., Samsonov A.A., Andreev D.N. *Infektsiya Helicobacter pylori* [Helicobacter pylori infection]. Moscow: GEOTAR – Media; 2016 (in Russian).
14. Correa P. Gastric cancer: overview. *Gastroenterol. Clin. North Am*. 2013; 42 (2): 211–217.
15. Fukase K., Kato M., Kikuchi S., Inoue R., Uemura N., Okamoto S.H. Japan Gast Study Group Effect of eradication of Helicobacter pylori on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomized controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 392–397.

Received September 06, 2021; accepted October 26, 2021.

Information about the authors

Shul'gina Ekaterina Mikhaylovna, Post-Graduate Student, Chair of Hospital Therapy, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. 610998, Russia, Kirov, K. Marks St, 112; e-mail: alice@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2059-390X>.

Simonova Zhanna Georgievna, Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Chair of Hospital Therapy, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. 610998, Russia, Kirov, K. Marks St., 112; e-mail: simonova-kirov@rambler.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9772-3867>.

For citation

Shul'gina E.M., Simonova Zh.G. Kliniko-morfologicheskie osobennosti H. pylori-assotsiirovannykh zabolevaniy gastroduodenal'noy zony: vozzrastnye aspekty [Clinical and morphological characteristics of H. pylori-associated gastroduodenal zone diseases: Age-related aspects]. *Ul'yanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2021; 4: 89–99. DOI: 10.34014/2227-1848-2021-4-89-99 (in Russian).