

Язвенная болезнь: изменила ли она свое «лицо»?

Е.А. Пятенко, А.А. Шептулин

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Peptic ulcer: does it changed identity?

Ye.A. Pyatenko, A.A. Sheptulin

Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Оценить возможные изменения эпидемиологических показателей язвенной болезни (ЯБ): пол и возраст больных, возраст больных к моменту начала заболевания, соотношение язв желудка (ЯЖ) и язв двенадцатиперстной кишки (ЯДПК), особенности клинической картины обострений ЯБ, частоту сопутствующих изменений органов пищеварения.

Материал и методы. Методом сплошной выборки были обработаны и проанализированы 79 историй болезни пациентов с ЯБ желудка (ЯБЖ) (16 мужчин и 33 женщины), ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) (15 мужчин и 9 женщин) и ЯБ сочетанной локализации (1 мужчина и 5 женщин). Раздельно в группах мужчин и женщин оценивали частоту выявления клинических симптомов обострения ЯБ и сопутствующих изменений.

Результаты. В настоящее время отмечаются сдвиг соотношения ЯЖ и ЯДПК в сторону язв желудочной локализации, увеличение доли женщин среди больных с ЯБ, а также среднего возраста пациентов к моменту начала заболевания. Боли в подложечной области, возникающие натощак или после приема пищи, остаются ведущим симптомом обо-

Aim of investigation. To estimate possible changes of peptic ulcer (PU) epidemiology: gender and age of patients, age at disease onset, ratio of the stomach ulcers (SU) to duodenal ulcers (DU), clinical features at relapse of PU, frequency of concomitant digestive diseases.

Material and methods. Overall 79 case records of patients with PUD of the stomach (PUS) (16 men, 33 women), PUD of duodenum (PUD) (15 men, 9 women) and PUD of combined localization (1 man and 5 women) were included in the study by continuous sampling method. Symptom frequency at PUD relapse and accompanying changes was estimated independently for male and female groups.

Results. At the present time there is a shift of PUS to PUD ratio towards more common stomach ulcer location, increase in female proportion of PU patients and mean patient age at the onset of disease. Epigastric pain that develop in fasting state or after food intake remains to be the leading symptom of PU relapse and is observed at 87.5% of male and 95.7% of female patients. Significant number of patients present with heartburn and belching, that is explained by high frequency of PU to gastroesophageal reflux disease (GERD) combination (in

Пятенко Елена Александровна — студентка V курса факультета «Медицина будущего» ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет). Контактная информация: piatenkoe@gmail.com

Pyatenko Yelena A. — undergraduate student of the V year of study, faculty medicine of the future Sechenov University. Contact information: piatenkoe@gmail.com

Шептулин Аркадий Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).

Контактная информация: arkalshep@gmail.com; 119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1

Sheptulin Arkady A. — MD, PhD, professor, chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, Sechenov University. Contact information: arkalshep@gmail.com; 119991, Moscow, Pogodinskaya St., 1, bld. 1

Поступила: 06.06.2017 / Received: 06.06.2017

стрения ЯБ, который наблюдается у 87,5% мужчин и 95,7% женщин. Значительный процент пациентов, у которых возникают изжога и отрыжка, объясняется высокой частотой сочетания ЯБ с *гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью* (ГЭРБ) (у 93,8% мужчин и 83,0% женщин). Положительные результаты теста на наличие инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) были получены у 94,9% больных. Идиопатические *H. pylori*-отрицательные язвы были выявлены лишь у 5,1% пациентов.

Выводы. Современное течение ЯБ характеризуется изменением привычного соотношения мужчин и женщин среди больных, а также ЯЖ и ЯДПК, высокой частотой сочетания ЯБ с ГЭРБ. У большинства больных с ЯБ в период обострения выявляют инфекцию *H. pylori*.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, *Helicobacter pylori*.

93.8% of men and 83.0% of women). Positive test for *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection were received in 94.9% of patients. Idiopathic *H. pylori*-negative ulcers were detected only in 5.1% of patients.

Conclusions. The modern trend in the PU clinical course is characterized by shift of typical male to female ratio, as well as PUD to PUS ratio, the high frequency of PU to GERD combination. Most patients were admitted for relapse of PU were positive for *H. pylori* infection.

Key words: stomach peptic ulcer, duodenal peptic ulcer, *Helicobacter pylori*.

Для цитирования: Пятенко Е.А., Шептулин А.А. Язвенная болезнь: изменила ли она свое «лицо»? Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(6):14-19
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-14-19

For citation: Pyatenko Ye.A., Sheptulin A.A. Peptic ulcer: does it change its identity? Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017; 27(6):14-19
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-14-19

Введение

Установление роли инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в развитии *язвенной болезни* (ЯБ) и ее рецидивов, а также успехи эрадикационной терапии привели к снижению частоты возникновения и распространенности ЯБ во многих странах мира, в том числе в России [1–4]. В то же время ответы на вопросы о том, изменились ли при этом половые и возрастные особенности, соотношение *язв желудка* (ЯЖ) и *язв двенадцатиперстной кишки* (ЯДПК), клиническая картина обострений заболевания, круг сопутствующих заболеваний, пока не получены. **Целью** представленной работы послужил поиск ответа на поставленные вопросы на основании результатов обработки историй болезни пациентов, находившихся в гастроэнтерологическом отделении многопрофильной клиники в связи с обострением ЯБ.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки были обработаны и проанализированы 79 историй болезни пациентов с *ЯБ желудка* (ЯБЖ) (16 мужчин и 33 женщины) и *ЯБ двенадцатиперстной кишки* (ЯБДПК) (15 мужчин и 9 женщин). У 6 пациентов (1 мужчина и 5 женщин) отмечалось сочетание ЯЖ и ЯДПК. Оценивали достоверность различий между группами мужчин (32) и женщин (47), касавшихся локализации язв и возраста больных, возраста пациентов к моменту начала

заболевания, *индекса массы тела* (ИМТ), частоты выявления вредных привычек и наследственной предрасположенности, частоты клинических симптомов обострения ЯБ и сопутствующих заболеваний, в частности *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ).

Результаты исследования

Принято считать, что по распространенности ЯБЖ значительно уступает ЯБДПК, что выражается общей пропорцией 1:4 [5–7]. Полученные в работе данные свидетельствуют о том, что в настоящее время ЯБЖ встречается даже чаще, чем ЯБДПК (соотношение 2:1), причем в группе мужчин это соотношение составляло 1,1:1, а в группе женщин – 3,7:1 (различия достоверны; $p < 0,05$).

Прежде всего отмечено, что распространенность ЯБ среди женщин значительно уступает таковой среди мужчин. Это соотношение колебалось, по разным данным, от 1:2 до 1:7 [5–7]. Как показали полученные результаты, соотношение мужчин и женщин значительно различалось в группах больных с ЯБЖ и ЯБДПК: в группе больных с ЯБДПК по-прежнему доминировали мужчины (1,7:1), а в группе пациентов с ЯБЖ наблюдалось выраженное преобладание женщин (2:1) ($p < 0,05$).

Традиционно пациентов с ЯБ, особенно с локализацией язв в ДПК, было принято относить к лицам молодого возраста. Кроме того, всегда

Таблица 1

Частота жалоб больных при обострении ЯБ, абс. число (%)

Жалобы	Мужчины (n=32)	Женщины (n=47)	Достоверность различий, p
Боли в подложечной области	28 (87,5)	45 (95,7)	>0,15
«Голодные» боли	11 (34,4)	16 (34,0)	>0,8
Боли, возникающие после еды	13 (40,6)	19 (40,4)	>0,8
Изжога	12 (37,5)	25 (53,2)	>0,1
Отрыжка	15 (46,9)	30 (63,8)	>0,1
Тошнота	3 (9,4)	7 (14,9)	>0,3
Запор	2 (6,2)	8 (17,0)	>0,1

подчеркивалось, что средний возраст больных с ЯБДПК существенно меньше, чем пациентов с ЯБЖ [5, 8]. Из 24 больных с дуоденальной локализацией язвы только 4 (16,7%) были моложе 30 лет. Что касается среднего возраста больных с ЯБДПК и ЯБЖ, он несколько различался в группах мужчин и женщин: в группе мужчин средний возраст больных с ЯБЖ, действительно, существенно превышал таковой пациентов с ЯБДПК (соответственно 55,4±3,2 и 42,4±4,9 года; $p<0,05$), а в группе женщин средний возраст больных с ЯБДПК, наоборот, был выше (правда, недостоверно), чем у пациенток с ЯБЖ (соответственно 55,8±4,4 и 50,8±2,7 года; $p>0,1$).

Для современного течения ЯБ также характерно ее позднее начало. Так, средний возраст больных к моменту выявления ЯБДПК составил в группе мужчин 40,1±4,5 года, в группе женщин 52,2±4,9 года ($p>0,05$). Средний возраст пациентов к моменту обнаружения ЯБЖ существенно не различался в зависимости от пола и составил в группе мужчин 45,2±4,3 года, в группе женщин 47,5±2,7 года ($p>0,3$). В группе мужчин средний возраст к моменту начала ЯБЖ достоверно не отличался от такового к моменту начала ЯБДПК ($p>0,2$), а в группе женщин он был даже выше (правда, недостоверно), чем к моменту начала ЯБЖ ($p>0,1$).

Согласно данным литературы, наследственную предрасположенность к ЯБ выявляют в среднем у 30% пациентов [5]. Собственные наблюдения продемонстрировали, что обнаруженная в исследовании частота наследственной предрасположенности к ЯБ (30,4%) в целом соответствует указанным цифрам. Однако она была неодинаковой в группах мужчин и женщин: в первой группе частота наследственной предрасположенности к ЯБ составила 15,7%, во второй — 40,4% ($p<0,05$).

В качестве важного фактора, способствующего возникновению ЯБ, как известно, рассматривается курение. По некоторым данным, распространенность этой вредной привычки среди больных с ЯБ достигает 90% [5]. В настоящее время роль этого этиологического фактора значительно умень-

шилась: в группе мужчин с ЯБ курили 28,1% пациентов, в группе женщин — 6,4% ($p<0,05$).

Также изменился привычный облик больных с ЯБ, которые, как было принято считать раньше, характеризуются сниженной МТ. По нашим данным, ИМТ < 20 кг/м² был выявлен лишь у 3,1% мужчин и 18,6% женщин, при этом избыточная МТ (ИМТ 25–30 кг/м²) и морбидное ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) наблюдались у 53,1 и 12,5% мужчин и 23,4 и 17,0% женщин.

В табл. 1 представлены результаты сравнительной оценки частоты жалоб, которые предъявляли больные при обострении ЯБ.

Анализ жалоб больных показал, что боли в подложечной области по-прежнему остаются ведущим симптомом обострения ЯБ: они отмечались у 87,5% мужчин и 95,7% женщин. Однако при этом такой характерный признак язвенных болей, как «голодные» боли, наблюдался у 34,2% больных, причем практически одинаково часто у мужчин (34,4%) и женщин (34,0%). В то же время у больных с изолированными ЯЖ «голодные» боли отмечались реже (правда, недостоверно), чем у пациентов с ЯДПК и сочетанными гастродуоденальными язвами (соответственно у 26,5 и 46,7%; $p>0,05$).

После приема пищи боли возникали практически одинаково часто в группах мужчин и женщин (соответственно у 40,6 и 40,4%). При этом у больных с ЯЖ они наблюдались недостоверно чаще (у 44,9%), чем при ЯДПК и сочетанных гастродуоденальных язвах (у 30%; $p>0,1$).

И в группе мужчин, и в группе женщин с ЯБ отмечалась высокая частота возникновения изжоги (соответственно у 37,5 и 53,2%) и отрыжки (у 46,9 и 63,8%), которые, как известно, являются симптомами ГЭРБ.

Традиционно классическими симптомами ЯБ считают тошноту и рвоту кислым содержимым желудка на высоте болей. Как свидетельствуют данные, полученные в проведенном нами исследовании, в настоящее время рвота у больных при неосложненном обострении ЯБ практически не наблюдается, а тошнота возникает сравнительно редко (у 9,4% мужчин и 14,9% женщин).

Таблица 2

Частота выявления сопутствующих заболеваний органов пищеварения при эзофагогастродуоденоскопии и ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, абс. число (%)

Заболевания	Мужчины (n=32)	Женщины (n=47)	Достоверность различий, p
ГЭРБ	30 (93,8)	39 (83,0)	>0,1
В том числе:			
катаральный эзофагит	21 (65,7)	33 (70,2)	>0,5
эрозивный эзофагит	9 (28,1)	6 (12,8)	>0,05
Недостаточность кардии	19 (59,4)	29 (61,7)	>0,8
Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	9 (28,1)	13 (27,7)	>0,8
Эрозии желудка	10 (31,2)	9 (19,1)	>0,2
Эрозии луковицы ДПК	5 (15,6)	6 (12,8)	>0,6
Дуоденогастральный рефлюкс	11 (34,4)	16 (34,0)	>0,9
Билиарный сладж	12 (37,5)	27 (57,4)	>0,05

Запор раньше рассматривали как часто возникающее нарушение функции кишечника у больных с ЯБ (у 50%). В проведенном нами исследовании он был отмечен лишь у 6,2% мужчин и 17,0% женщин.

В табл. 2 представлены результаты сравнительной оценки частоты выявления сопутствующих заболеваний органов пищеварения при эзофагогастродуоденоскопии и ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у больных с ЯБ.

Отмеченная ранее высокая частота возникновения изжоги и отрыжки у больных с ЯБ нашла подтверждение в частом обнаружении сопутствующих заболеваний пищевода: ГЭРБ, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточности кардии. Также нередко у больных выявляли сопутствующие эрозивные поражения желудка и ДПК, дуоденогастральный рефлюкс, билиарный сладж.

При анализе результатов исследования на наличие инфекции *H. pylori* большинство (94,9%) больных оказались *H. pylori*-положительными. Идиопатические *H. pylori*-отрицательные язвы были выявлены лишь у 4 (5,1%) пациентов.

Обсуждение результатов исследования

Изменение соотношения ЯЖ и ЯДПК в общей структуре ЯБ в сторону уменьшения удельного веса дуоденальных язв и увеличения удельного веса ЯЖ, наблюдающееся в последние десятилетия, отмечали и другие авторы [9–11], причем, как подчеркивали J.M. Groenen и соавт. [9], «вполне возможно, что такая тенденция приведет к возвращению эпидемиологической ситуации, существовавшей 100 лет назад, когда язвы желудка выявлялись чаще, чем язвы двенадцатиперстной кишки». Причины такого изменения

пока не выяснены, но правомерно предположить, что оно может быть связано с обнаруженным нами значительным увеличением возраста больных к моменту начала заболевания (5-е десятилетие жизни), в котором чаще возникает ЯБЖ. Увеличение среднего возраста больных к моменту начала ЯБ было отмечено и в других работах [9]. Возможно, оно обусловлено уменьшением частоты инфицированности *H. pylori* лиц молодого возраста [12].

Инфекция *H. pylori* в большинстве случаев является облигатным, но отнюдь не единственным этиологическим фактором ЯБ. Установлено, что отягощенная наследственность играет существенную роль в возникновении ЯБ у женщин, а курение — у мужчин. Случаев приема лекарственных препаратов, способствующих развитию язвенных поражений желудка и ДПК (ацетилсалициловая кислота, *нестероидные противовоспалительные препараты* — НПВП), в данном исследовании не отмечено.

Что касается клинической картины обострений ЯБ, то она во многом сохранила свои прежние черты. Не подтвердилась точка зрения о нередко наблюдающемся бессимптомном течении обострений ЯБ [6, 13]. Как показали результаты работы, у большинства пациентов с ЯБ обострения протекали с болями в подложечной области, которые были связаны с приемом пищи, а при ЯБДПК наблюдались «голодные» боли, как это было и в далекие 20-е годы прошлого столетия, когда «врач, входивший в комнату больного, видел у него на ночном столике стакан молока и кусочек белого хлеба» [14]. Что касается того факта, что при неосложненном течении обострений ЯБ редко отмечаются такие считавшиеся прежде классические симптомы, как тошнота, рвота и запор, на это обращали внимание уже в начале 90-х годов [15].

Установленная в исследовании частота сочетания ЯБ с эндоскопически подтвержденной ГЭРБ и ее характерными симптомами (изжога, отрыжка) оказалась значительно выше той, которую обычно приводят в литературе (15–60%) [6, 16]. Столь высокая частота сочетания ЯБ и ГЭРБ объясняется, по нашему мнению, двумя факторами. Во-первых, ЯБ и ГЭРБ относятся к группе кислотозависимых заболеваний, кроме того, в патогенезе обоих заболеваний существенную роль играют нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта [17]. Во-вторых, в тех медицинских учреждениях, в которых изучают заболевания пищевода, чаще выявляют сочетание ЯБ и ГЭРБ, поскольку работающие в них врачи-эндоскописты привыкли тщательно оценивать состояние слизистой оболочки пищевода. Нередко, к сожалению, встречаются протоколы эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в которых описание пищевода ограничивается одной фразой: «пищевод свободно проходит».

Большой интерес, по нашему мнению, представляет оценка выявленной при анализе историй болезни частоты инфицирования больных с ЯБ *H. pylori*. В последние годы в литературе оживленно дискутируется вопрос о *H. pylori*-отрицательных гастродуоденальных язвах, не связанных также с приемом НПВП, которые получили название «идиопатические» [18]. По этому вопросу четко обозначились две точки зрения. В соответствии с первой частота образования таких гастродуоденальных язв высока (21,6–35%) и продолжает расти [19, 20]. Согласно второй, частота

возникновения идиопатических гастродуоденальных язв в действительности очень низкая (1,6–4%) и большая часть *H. pylori*-отрицательных язв на самом деле являются ложноотрицательными [21, 22]. Собственные данные подтверждают вторую точку зрения и показывают, что при правильном тестировании на наличие инфекции *H. pylori* (применение нескольких методов в случае отрицательного результата, получение большего числа биоптатов, учет недавнего приема больными антибиотиков и ингибиторов протонной помпы) частота выявления *H. pylori*-отрицательных идиопатических гастродуоденальных язв невысока.

Выводы

Современное течение ЯБ характеризуется изменениями эпидемиологических показателей, заключающимися в сдвиге соотношения ЯЖ и ЯДПК в сторону язв желудочной локализации, увеличении удельного веса женщин среди больных с ЯБ, а также среднего возраста пациентов к моменту начала заболевания.

Боли в подложечной области, возникающие натощак или после приема пищи, остаются ведущим симптомом обострения ЯБ, который наблюдается у большинства пациентов. Значительный процент пациентов, у которых возникают изжога и отрыжка, объясняется высокой частотой сочетания ЯБ и ГЭРБ.

При соблюдении правил тестирования на наличие инфекции *H. pylori* идиопатические *H. pylori*-отрицательные язвы выявляют редко (у 5,1% больных).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Список литературы/References

1. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В.* и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016; 26(6):40-54 [*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Maev I.V.* et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2016; 26(6):40-54.].
2. *Alakkari A., Zullo A., O'Connor H.J.* Helicobacter pylori and nonmalignant diseases. Helicobacter 2011;16(Suppl 1):33-7.
3. *Nervi G., Liatopoulou S., Cavallaro L.G.* et al. Does Helicobacter pylori infection eradication modify peptic ulcer prevalence? A 10 years endoscopic survey. World J Gastroenterol 2006; 12:2398-401.
4. *Bartholomeeusen S., Vandebroucke J., Truyers C., Buntinx F.* Time trends in the incidence of peptic ulcers and oesophagitis between 1994 and 2003. Br J Gen Pract 2007; 57:497-9.
5. *Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А.* Язвенная болезнь. М.: Медицина; 1987. 288 с. [*Vasilenko V.Kh., Grebenev A.L., Sheptulin A.A.* Peptic ulcer. M.: Meditsina; 1987. 288 p.].
6. *Hotz J.* Peptische Läsionen an Magen und Zwölffingerdarm. In: Gastroenterologie (Hrsg. *Goebell H.*). München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1992. P. 434-53.
7. *Gossner L., Hahn E.G.* Peptisches Ulkus und Erosionen im Duodenum. In: Klinische Gastroenterologie (Hrsg. *Hahn E.G., Reimann J.*). Stuttgart-New York: Thieme. Bd 1. S.741-55.
8. *Ernst H., Hahn E.G.* Ulkus und Erosionen im Magen. In: Klinische Gastroenterologie (Hrsg. *Hahn E.G., Reimann J.*). Stuttgart- New York: Thieme. Bd 1. S.730-40.
9. *Groenen J.M., Kuipers E.J., Hansen B.E.* Incidence of duodenal ulcers and gastric ulcers in a Western population: Back to where it started. Can J Gastroenterol 2009; 23:604-8.
10. *Jang H.J., Choi M.H., Shin W.G.* et al. Has peptic ulcer disease changed during the past ten years in Korea?

- A prospective multi-center study. *Dig Dis Sci* 2008; 53:1527-31.
11. *Carli D.M., Pires R.C., Rohde S.L.* Peptic ulcer frequency differences related to *H.pylori* or aines. *Arq Gastroenterol* 2015; 52:46-9.
 12. *Eusebi L., Zagari M., Bazzoli F.* Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2014; 19 (Suppl 1):1-5.
 13. *Spechler S.J.* Peptic ulcer disease and its complications. *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease* (Ed. *Feldman M., Friedman L.S., Sleisenger M.H.*). 7th ed. Saunders; 2001. Vol.1. P. 747-81.
 14. *Bergmann G.* *Ulcus pepticum* (ventrikuli, duodeni, jejuni). In: *Erkrankungen der Verdauungsorgane. Teil 1.* Berlin; 1926.
 15. *Шептулин А.А., Санкина Е.А.* Некоторые классические представления о больных язвенной болезнью — реальны ли они? *Клин мед* 1993; 4:64-6 [*Sheptulin A.A., Sankina Ye.A.* Classical concepts on peptic ulcer patients - how real are they? *Klin med* 1993; 4:64-6].
 16. *Хромов В.Л.* Особенности клинического течения, диагностики и лечения сочетания язвенной болезни и рефлюкс-эзофагита: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.; 1997 [*Khromov V.L.* Features of clinical course, diagnosis and treatment of peptic ulcer combined to reflux esophageal: Author's abstract. MD degree thesis. М.; 1997].
 17. *Циммерман Я.С.* Гастроэнтерология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012 [*Tsimmerman Ya.S.* Gastroenterology. М.: GEOTAR-Media; 2012].
 18. *Chung C.-S., Chiang T.-H., Lee Y.-C.* A systematic approach for the diagnosis and treatment of idiopathic peptic ulcers. *Korean J Intern Med* 2015; 30:559-70.
 19. *Jyothereswaran S., Shah A.N., Jin H.O.* et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer patients in greater Rochester, NY: is empirical triple therapy justified? *Am J Gastroenterol* 1998; 93:574-8.
 20. *Charpignon C., Lesgourgues B., Pariente A.* Peptic ulcer disease: one in five is related to neither *Helicobacter pylori* non aspirin/NSAID intake. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38:946-54.
 21. *Gispert L.P., Calvet X.* *Helicobacter pylori*-negative duodenal ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 30:791-815.
 22. *Sbrozzi-Vanni A., Zullo A. Di Giulio E.* et al. Low prevalence of idiopathic peptic ulcer disease: an Italian endoscopic survey. *Dig Liver Dis* 2010; 42:773-6.

Редакционный комментарий

Анализ публикуемых работ, а также докладов на представительных международных конгрессах и конференциях, посвященных проблеме язвенной болезни, показывает, что в настоящее время основное внимание уделяется таким вопросам, как повышение эффективности эрадикации инфекции *H. pylori*, профилактика и лечение гастродуоденальных язв и эрозий, вызванных приемом НПВП (НПВП-гастропатия), частота и причины возникновения идиопатических гастродуоденальных язв, не связанных с инфекцией *H. pylori* и приемом НПВП. Что касается эпидемиологии язвенной болезни, то ее изучение обычно ограничивается констатацией снижения частоты и распространенности ее неосложненных форм. Вопросы о том, изменился ли «портрет» больного язвенной болезнью, остались ли прежними

его жалобы при ее обострении, каким стал круг заболеваний, сочетающихся с язвенной болезнью, перестали почему-то входить в сферу интересов специалистов, занимающихся изучением данного заболевания. Актуальность представленной статьи состоит в том, что она возвращает нас в лоно клиники, без тщательного анализа которой невозможно в полной мере ответить на вопрос, что изменилось в последние десятилетия в течении язвенной болезни. Другая особенность этой публикации заключается в том, что основная часть работы (изучение и анализ архивных историй болезни) выполнена студенткой 4-го (сейчас уже 5-го) курса, только начинающей свой путь в науке. Как видно из этой статьи, не всегда первый блин бывает комом. Поздравляя автора с творческой удачей, желаем ей дальнейших успехов в учебе и научной деятельности!