



Факторы, влияющие на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни

О.В. Штыгашева¹, Е.С. Агеева^{2*}, Е.В. Матвеева¹

¹ ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова», Абакан, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Российская Федерация

Цель исследования: оценить потенциальные факторы, влияющие на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни у госпитализированных пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ карт стационарного наблюдения 253 пациентов с язвенной болезнью в стадии обострения (134 женщины и 119 мужчин, возраст — от 18 до 89 лет), отобранных сплошным методом. Пациенты стратифицированы по полу и возрасту, а язвенная болезнь — по факторам этиологии, риска и эндоскопическим характеристикам язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Мужской пол и средний возраст ($52,1 \pm 8,2$ года) являются факторами риска развития язвенной болезни. Удельный вес осложненных форм язвенной болезни меняется в зависимости от пола, возраста и локализации язвы. Частота осложнений в когорте пациентов составила 38,3 % случаев, среди мужчин — 47,9 %. В структуре осложнений лидируют кровотечения: при дуоденальных язвах — 52,6 %, язвах двойной локализации — 42,9 %, желудочных язвах — 41,2 %. Максимальная частота рубцово-язвенной деформации ассоциирована с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке двойной локализации, такое расположение язвенных дефектов и, как следствие, осложнение в 2 раза чаще фиксируется у мужчин. С мужским полом в 3 раза чаще связаны перфорации при язвенной болезни желудка. Стеноз — редкое осложнение, отмечается преимущественно у женщин с дуоденальной язвой. Наиболее значимые факторы риска язвенной болезни у мужчин — курение и *H. pylori*, у женщин — *H. pylori*, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или их сочетание. Факторами риска осложненных форм язвенной болезни служат мужской пол и курение.

Выводы. Установлены факторы, влияющие на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни в госпитальной когорте пациентов: мужской пол, увеличение возраста с пиком заболеваемости в 36–59 лет, инфекция *H. pylori*, курение табака, прием НПВП и одновременное воздействие нескольких факторов у одного пациента.

Ключевые слова: язвенная болезнь, факторы риска, пол, возраст, *H. pylori*, нестероидные противовоспалительные препараты

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Штыгашева О.В., Агеева Е.С., Матвеева Е.В. Факторы, влияющие на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2025;35(3):33–39. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2025-35-3-33-39>

Factors Affecting the Incidence of Recurrences and Complications of Peptic Ulcer Disease

Olga V. Shtygasheva¹, Elizaveta S. Ageeva^{2*}, Elizaveta V. Matveeva¹

¹ N.F. Katanov Khakass State University, Abakan, Russian Federation

² V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Aim: to analyze risk factors for relapses and complications of peptic ulcer disease in a cohort of patients.

Materials and methods. Retrospective analysis of hospital records of 253 patients (average age — 52.1 ± 8.2 years) with peptic ulcer disease in the acute stage. Patients were stratified by gender, age and anamnestic risk factors, the phenotype of peptic ulcer disease being stratified by etiology, endoscopic characteristics of ulcerative defects of the gastric mucosa and duodenum.

Results. The proportion of complicated forms of peptic ulcer disease varies depending on gender, age and ulcer localization. The total number of complications in the cohort is 38.3 %, men developing complications in every second case (47.9 %). Among complications, bleeding is the most common one and accounts for 52.6 %, 42.9 % and 41.2 % of all complications in duodenal, simultaneous and gastric ulcers correspondingly. Cicatricial and ulcerative deformations are associated with localization in the duodenum and combined location of ulcerative defects,

the complication being recorded in men 2 times more often than in women. Perforations of gastric ulcer are associated with the male gender (3 times more often). Stenosis is a rare complication, predominantly in women with duodenal ulcer. Significant predictors of complications of peptic ulcer disease are male gender and smoking. Factors associated with the manifestation of peptic ulcer disease include *H. pylori* and smoking in men, and *H. pylori*, nonsteroidal anti-inflammatory drugs or combination of these factors in women.

Conclusions. The factors influencing the incidence of complications and recurrences of peptic ulcer disease in the hospital cohort have been established: male gender, age of 36–59 years, *H. pylori* infection, tobacco smoking, NSAID use and simultaneous exposure to several factors in one individual.

Keywords: peptic ulcer, risk factors, gender, age, *H. pylori*, non-steroidal anti-inflammatory drug

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

For citation: Shtygasheva O.V., Ageeva E.S., Matveeva E.V. Factors Affecting the Incidence of Recurrences and Complications of Peptic Ulcer Disease. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2025;35(3):33–39. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2025-35-3-33-39>

Введение

Популяционный скрининг пациентов с диспепсией демонстрирует снижение распространенности язвенной болезни (ЯБ), связанной с инфекцией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [1]. Оценка других этиологических факторов и факторов риска рецидивирования и осложнений язвенной болезни становится все более актуальной. ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у современных пациентов часто манифестирует именно осложнениями, в 10–15 % случаев возникают кровотечения, из них 10–14 % пациентов умирают при первом эпизоде кровотечения, а при рецидиве кровотечений летальность составляет до 30–40 % [1, 2]. Перспективным направлением улучшения результатов исходов является профилактика рецидива кровотечения [3]. Для пациентов с острыми кровотечениями из желудка и ДПК предложено разделение степени риска [4], но проблема до конца не решена, так как прогностические системы демонстрируют невысокие показатели чувствительности, специфичности и не играют существенной роли в реальной практике [5].

Цель исследования: оценить потенциальные факторы, влияющие на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни у госпитализированных пациентов.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ карт стационарного наблюдения (ф-003у) 253 пациентов с язвенной болезнью в стадии обострения (134 женщины и 119 мужчин, возраст — от 18 до 89 лет), отобранных сплошным методом. Пациенты когорты стратифицированы по полу и возрасту. Выделены возрастные группы: 18–35 лет (молодой), 36–59 лет (средний), 60–74 года (пожилой); 75–89 лет (старческий).

Фенотип болезни различали по эндоскопическим характеристикам язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и ДПК на основании протоколов исследования. В желудке выделяли

проксимальную (кардиальный отдел и дно желудка); мезогастральную (большая и малая кривизна тела желудка) и дистальную (антральный и пилорический отделы) локализацию, в ДПК — луковицу и ретробульбарный отдел. Сочетанные язвенные дефекты слизистой оболочки желудка и ДПК относили к язвенной болезни двойной локализации. По числу язвенных поражений — одиночные язвы и множественные (более одного дефекта одновременно). В зависимости от размеров язвенного дефекта в диаметре — язвы малых (до 0,5 см) и средних (0,6–1,9 см) размеров, большие (2,0–3,0 см) и гигантские (свыше 3,0 см). Оценивали наличие осложнений: рубцово-язвенная деформация желудка или ДПК, рубцово-язвенный стеноз привратника, кровотечения, прободения.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 8.1 с применением непараметрических методов. Качественные переменные описаны абсолютными и относительными частотами — n (%). Для оценки статистической значимости различий между группами пациентов использовался критерий Пирсона (χ^2). Критический уровень значимости — при $p < 0,05$. Показатель отношения шансов (ОШ) использовали в качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных величин. Различия показателей считали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результат

Установлены особенности локализации язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и ДПК в зависимости от возраста и пола пациента. Каждый второй случай ЯБ в госпитальной когорте пациентов связан с локализацией в желудке (47,8 %). Соотношение между ЯБ желудка, ЯБ ДПК и язвами двойной локализации (комбинированными) составило 3,7:3,0:1,0. Пропорция мужчин и женщин при ЯБ в желудке складывалась как 1,0:1,4, а в ДПК — 1,2:1,0.

Манифестация ЯБ желудка в большинстве случаев приходилась на возраст 36–59 лет (52,0 %) и 60–74 года (42,0 %). У женщин среднего возраста чаще фиксировались мезогастральные язвы (55,6 %), а у мужчин — дистальные (68,0 %). В пожилом возрасте отмечалась диаметрально противоположная тенденция для локализации: у женщин чаще выявлялись дистальные язвы (48,0 %), а мужчин — мезогастральные (56,3 %). Возраст проявления ЯБ ДПК был аналогичен: 36–59 лет (40,4 %) и 60–74 года (35,4 %). Вне зависимости от пола пациентов самой частой локализацией в ДПК была ее луковица. Комбинированные язвы в 1,56 раза чаще встречались у мужчин (61,1 %), чем у женщин (38,9 %), средний возраст пациентов также доминировал (54,5 %) (табл. 1).

Множественные язвы фиксировались в госпитальной когорте пациентов чаще, чем одиночные (52,6 % vs. 47,4 %), доминировали в луковице ДПК (19,8 %) и дистальном отделе желудка (13,1 %). Преобладали средний (49,8 %) и малый (40,7 %) размеры язвенных дефектов. Язвы атипичного размера, большие (6,3 %) и гигантские (3,2 %), встречались и в желудке, и в ДПК, с более выраженной дистальной ориентацией.

Осложнения ЯБ документированы у 38,3 % пациентов, среди мужчин — у каждого второго (47,9 %). Кровотечения лидировали в структуре осложнений ЯБ. Частота кровотечений имела зависимость от локализации язвенных дефектов: 52,6 % случаев — в ДПК, 42,9 % — при симультанных язвах, 41,2 % — в желудке. Перфорация осложняла ЯБ желудка в 11,8 % случаев, у мужчин в 3 раза чаще. Рубцово-язвенная деформация фиксировалась в 10,3 % случаев, преимущественно при дуоденальном (73,7 %) и симультанном (100,0 %) расположении язвы, осложнение в 2 раза чаще было у мужчин, чем у женщин. Доля рубцово-язвенного стеноза составила 1,2 % случаев осложнений при локализации язвы в ДПК, преимущественно у женщин.

Выявлен половой диморфизм в ассоциации с осложнениями ЯБ. Анализ отношения шансов показал, что мужской пол является фактором риска осложненной ЯБ (ОШ = 1,6; 95% ДИ: 1,1–2,3) и риска перфорации язвы в брюшную полость (ОШ = 3,2; 95% ДИ: 1,1–9,6) (табл. 2).

В когорте подтверждено значение ведущих факторов этиологии ЯБ и риска осложнений: инфекция *H. pylori* (83,8 %), прием нестероидных

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту, полу и локализации язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, *n* (%)

Table 1. Distribution of patients by age, gender and localization of ulcerative defect in the mucous membrane of the stomach and duodenum, *n* (%)

	Всего 253 пациента Total 253 patients							
Пол / Gender	женщины / females (n = 134)				мужчины / males (n = 119)			
Возраст, лет Age, years	18–35	36–59	60–74	75–89	18–35	36–59	60–74	75–89
Локализация язвенного дефекта Localization of ulcer defect								
Желудок / Stomach (n = 121)	10 (4,0 %)	27 (10,7 %)	25 (9,9 %)	13 (5,1 %)	2 (0,8 %)	25 (9,9 %)	16 (6,3 %)	3 (1,2 %)
проксимальная proximal (n = 11)	0 (0 %)	2 (0,8 %)	0 (0 %)	2 (0,8 %)	1 (0,4 %)	1 (0,4 %)	3 (1,2 %)	2 (0,8 %)
мезогастральная mesogastric (n = 48)	1 (0,4 %)	6 (2,4 %)	9 (3,6 %)	1 (0,4 %)	3 (1,2 %)	15 (5,9 %)	10 (4,0 %)	3 (1,2 %)
дистальная distal (n = 62)	1 (0,4 %)	17 (6,7 %)	7 (2,8 %)	0 (0 %)	6 (2,4 %)	11 (4,4 %)	12 (4,8 %)	8 (3,2 %)
ДПК / Duodenum (n = 99)	6 (2,4 %)	25 (9,9 %)	19 (7,5 %)	4 (1,6 %)	8 (3,2 %)	15 (5,9 %)	16 (6,3 %)	6 (2,4 %)
луковица bulb (n = 90)	6 (2,4 %)	24 (9,5 %)	17 (6,7 %)	4 (1,6 %)	7 (2,8 %)	13 (5,1 %)	13 (5,1 %)	6 (2,4 %)
постбульбарная postbulbar (n = 9)	0 (0 %)	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)	0 (0 %)	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)	3 (1,2 %)	0 (0 %)
двойной локализации (комбинированные) dual localization (combined) (n = 33)	1 (0,4 %)	11 (4,4 %)	5 (2,0 %)	2 (0,8 %)	1 (0,4 %)	7 (2,8 %)	5 (2,0 %)	1 (0,4 %)

Таблица 2. Частота осложнений язвенной болезни в зависимости от пола пациентов**Table 2.** Frequency of complications of peptic ulcer disease depending on the gender of patients

Осложнения язвенной болезни <i>Complications of ulcer disease</i>	Количество пациентов / <i>Number of patients</i> <i>n (%)</i>			ОШ (95 % ДИ) OR (95 % CI)
	Все <i>Total</i> (<i>n</i> = 253)	Мужчины <i>Males</i> (<i>n</i> = 119)	Женщины <i>Females</i> (<i>n</i> = 134)	
Суммарное бремя осложнений <i>Total burden of complications</i>	97 (38,3 %)	57 (47,9 %)	40 (29,9 %)*	1,6 (1,1–2,3)
Рубцово-язвенная деформация выходного отдела желудка и/или ДПК <i>Cicatricial and ulcerative deformation</i> <i>of the pylorus and/or duodenum</i>	26 (10,3 %)	16 (13,4 %)	10 (7,5 %)	
Стеноз привратника и/или ДПК <i>Pyloric and/or duodenal stenosis</i>	3 (1,2 %)	0	3 (2,2 %)	
Желудочно-кишечное кровотечение <i>Gastrointestinal bleeding</i>	4 (18,2 %)	25 (21,0 %)	21 (15,7 %)	
Перфорация язвы в брюшную полость <i>Perforation of the ulcer into the</i> <i>abdominal cavity</i>	22 (8,7 %)	16 (13,4 %)	6 (4,5 %)*	3,2 (1,1–9,6)

Примечание: * – статистическая значимость ($p < 0,05$) при сравнении мужчин и женщин; ОШ – отношение шансов; 95 % ДИ – 95%-ный доверительный интервал.

Note: * – statistical significance ($p < 0.05$) when comparing men and women; OR – odds ratio; 95 % CI – 95 % confidence interval.

противовоспалительных препаратов (НПВП) (16,2 %), сочетание НПВП с инфекцией *H. pylori* (18,2 %). У женщин негативное воздействие НПВП фиксировалось в 1,7 раза чаще, чем у мужчин. Высокий индекс курения (ИК ≥ 10) сигарет установлен в 15,4 % случаев, у мужчин этот фактор риска встречался в 3,3 раза чаще. Роль семейного характера заболевания подтверждена у 5,5 % пациентов с ЯБ, но данный раздел анамнеза жизни в историях болезни urgentных пациентов отсутствовал (табл. 3).

При оценке факторов, влияющих на риск возникновения ЯБ, показано доминирующее влияние *H. pylori* (табл. 4). Прием НПВП почти в 3 раза увеличивает риск развития ЯБ желудка по сравнению с риском ЯБ ДПК и симультанными язвами. Сопутствующая инфекция *H. pylori* в сочетании с НПВП увеличивает риск ЯБ ДПК в 2 раза и в 5 раз – риск сочетанных по локализации язв.

Нами было показано, что у мужчин ЯБ ДПК встречается в 3 раза чаще по сравнению с другими локализациями. Женский пол являлся фактором риска развития ЯБ с локализацией в желудке. К факторам риска относится и средний возраст (36–59 лет), особенно этот период характерен для развития симультанных язв.

Обсуждение

Манифестация язвенной болезни детерминирована эндогенными и экзогенными причинами, а развитие угрожающих жизни осложнений часто связано с воздействием/экспрессией факторов риска. Понимание причин роста заболеваемости ЯБ

и угрожающих жизни осложнений требует дальнейшего изучения [6].

Язвы с локализацией в ДПК встречаются чаще, чем в желудке. Доминирование дуоденальной локализации в структуре ЯБ соответствует мировой тенденции (60,1 % язв в Пакистане [7, 8]), за исключением Японии, Гренландии и высокогорных Анд, где структура ЯБ имеет обратное соотношение. Доля больных мужского пола с язвой ДПК значительно выше, особенно в молодом и среднем возрасте [7]. Аналогичный тренд прослеживался и в нашем наблюдении.

Рецидивирующие кровотечения характеризуются высокой послеоперационной летальностью (26,8 %). Установлены факторы, увеличивающие риск рецидива: локализация язвы на малой кривизне желудка и задней стенке ДПК, эндоскопический тип 2А по классификации Forrest, низкий уровень эритроцитов, общего белка и высокий уровень мочевины крови при поступлении пациента [9].

По данным ретроспективного исследования в Индии, смертность пациентов, оперированных по поводу перитонита на фоне перфорации пептической язвы, составила 11,1 % случаев, а гиповолемический шок оказался ведущей причиной летального исхода осложнений ЯБ [10].

Несмотря на популяционное снижение частоты инфекции *H. pylori* в некоторых регионах мира, ее роль в развитии ЯБ значительна. Активный антральный гастрит, развивающийся в ответ на персистенцию *H. pylori* в желудке, приводит к попаданию избытка соляной кислоты в ДПК, прогрессированию дуоденита с появлением участков желудочной метаплазии и манифестации ЯБ.

Таблица 3. Частота потенциальных факторов влияния на возникновение рецидивов и осложнений язвенной болезни

Table 3. Frequency of potential factors influencing the occurrence of relapses and complications of peptic ulcer disease

Потенциальные факторы влияния <i>Potential influencing factors</i>	Количество пациентов <i>Number of patients</i> <i>n (%)</i>			ОШ (95 % ДИ) <i>OR (95 % CI)</i>
	Все <i>Total</i> <i>(n = 253)</i>	Мужчины <i>Males</i> <i>(n = 119)</i>	Женщины <i>Females</i> <i>(n = 134)</i>	
Семейный анамнез ЯБ у родственников 1–2-й степени родства <i>Family history of peptic ulcer in 1st–2nd degree relatives</i>	14 (5,5 %)	6 (5,1 %)	8 (5,9 %)	
Прием НПВП, предшествующий манифестации ЯБ <i>NSAIDs use preceding the manifestation of peptic ulcer</i>	41 (16,2 %)	14 (11,8 %)	27 (20,1 %)	
Индекс курения ≥ 10 <i>Smoking index ≥ 10</i>	39 (15,4 %)	29 (24,4 %)	10 (7,5 %)*	4,2 (1,7–10,2)
Позитивный статус <i>H. pylori</i> при ЯБЖ <i>Positive status of H. pylori in stomach ulcer</i>	113 (44,7 %)	54 (45,4 %)	59 (44,0 %)	
Позитивный статус <i>H. pylori</i> при ЯБ ДПК <i>Positive status of H. pylori in duodenal ulcer</i>	99 (39,1 %)	54 (45,4 %)	45 (33,6 %)	
Сочетание <i>H. pylori</i> и приема НПВП <i>Combination of H. pylori and NSAIDs use</i>	46 (18,2 %)	16 (13,4 %)	30 (22,4 %)	

Примечание: ЯБ — язвенная болезнь; ЯБЖ — язвенная болезнь желудка; ЯБ ДПК — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты; * — статистическая значимость ($p < 0,05$) при сравнении мужчин и женщин; ОШ — отношение шансов; 95 % ДИ — 95%-ный доверительный интервал.
Note: NSAIDs — non-steroidal anti-inflammatory drugs; * — statistical significance ($p < 0.05$) when comparing men and women; OR — odds ratio; 95 % CI — 95 % confidence interval.

Таблица 4. Отношение шансов по факторам риска возникновения рецидивов и осложнений язвенной болезни у пациентов когорты

Table 4. Odds ratio for risk factors for recurrence and complications of peptic ulcer disease in patients of the cohort

Факторы риска <i>Risk factors</i>	ОШ (95 % ДИ) <i>OR (95 % CI)</i>
Позитивный статус по инфекции <i>H. pylori</i> <i>Positive status for H. pylori infection</i>	1,1 (1,03–1,20)
Прием нестероидных противовоспалительных препаратов <i>Taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs</i>	2,7 (1,2–5,8)
Сочетание инфекции <i>H. pylori</i> и приема нестероидных противовоспалительных препаратов <i>Combination of H. pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drug use</i>	2,7 (1,67–4,38)
Осложнения язвенной болезни <i>Complications of peptic ulcer disease</i>	1,6 (1,1–2,3)
Мужской пол / <i>Male gender</i>	2,8 (1,7–4,6)
Женский пол / <i>Female gender</i>	3,4 (1,7–6,5)
Возраст 36–59 лет / <i>Age 36–59 years</i>	1,37 (1,02–1,85)

В исследовании эпидемиологических, социальных и демографических характеристик в генезе ЯБ с участием 204 стран в период с 1990 по 2019 г. (исследование GBD — Global Burden of Disease) показано, что инфекция *H. pylori* увеличивала риск пептических язв в 4 раза [6].

Показатель заболеваемости ЯБ, стандартизированный по возрасту, продемонстрировал тренд ежегодного увеличения заболеваемости с возрастом на всем протяжении. Но сопоставление уровня роста заболеваемости ЯБ в популяции и динамики изменения контаминации населения *H. pylori* выявило различия. Положительный тест на антитела класса IgG к *H. pylori* в сыворотке крови ассоциирован с тенденцией увеличения в периоды 30–39 и 60–69 лет, а затем со снижением у пациентов старше 70 лет [11].

Среди причин, объясняющих рост заболеваемости ЯБ, может быть использование НПВП у пожилых людей для лечения хронических заболеваний. Основным механизмом развития ЯБ при приеме НПВП является снижение синтеза простагландинов PGE2 и PGE1. Прием НПВП увеличивает риск образования язв в 3 раза, а риск язв, локализованных в желудке и ДПК, — в 6 раз по сравнению с другими отделами желудочно-кишечного тракта [12].

Эскалация риска развития пептических язв в 17 раз обусловлена одновременным воздействием НПВП и инфекции *H. pylori*. Вероятность кровотечения повышается на фоне приема НПВП в 5 раз, на фоне инфекции *H. pylori* — в 2 раза, а их симультанное воздействие детерминирует увеличение риска кровотечения в 6–20 раз. Поскольку аспирин, НПВП и инфекция *H. pylori* представляют собой независимые факторы риска, при планировании приема аспирина и НПВП рекомендуется тестирование на инфекцию *H. pylori* [13, 14].

Мужской пол признан конвенционным фактором риска в развитии пептических язв и их осложнений. Возможно, данный феномен обусловлен половыми различиями в базальной кислотности и селективной секреции бикарбоната слизистой ДПК, стимулируемой рецептором эстрогена у женщин по сравнению с мужчинами [2]. Эстроген, ингибируя синтез и высвобождение гастрина, снижает секрецию соляной кислоты и проявляет защитный

эффект против кислотно-пептического повреждения ДПК у женщин. Снижение у них уровня этого гормона ассоциировано с повышенным риском дуоденального ulcerогенеза. Установлено, что ЯБ ДПК протекает более тяжело у женщин в постменопаузе, чем у женщин в пременопаузе.

Предполагаемые ежегодные процентные изменения (estimated annual percentage changes) зафиксировали тенденцию к увеличению стандартизированной по возрасту распространенности и тренд роста заболеваемости ЯБ с 1990 по 2019 г., главным образом, за счет увеличения заболевших женщин. Постоянное увеличение доли женщин с ЯБ может быть связан с такими факторами, как инфекция *H. pylori* и прием лекарственных препаратов по поводу лечения других заболеваний.

Ограничения нашей работы заключались в отсутствии динамического наблюдения пациентов когорты, подтверждающего повторные осложнения и рецидивы.

Выводы

1. Установлено, что мужской пол и возраст 36–59 лет являются факторами риска развития ЯБ. В зависимости от пола, возраста и локализации язвы меняется удельный вес осложненных форм ЯБ. Частота осложнений в когорте пациентов с ЯБ составила 38,3 % случаев, а среди мужчин они наблюдались у каждого второго (47,9 %).

2. В структуре осложнений лидируют кровотечения: при ЯБ ДПК — 52,6 %, комбинированных язвах — 42,9 % и ЯБЖ — 41,2 %. Максимальная частота рубцово-язвенных деформаций ассоциирована с локализацией в двенадцатиперстной кишке и комбинированным поражением. Такое расположение язвенных дефектов и, как следствие, осложнение в 2 раза чаще фиксируется у мужчин. С мужским полом в 3 раза чаще связаны перфорации при язвенной болезни желудка. Стеноз является редким осложнением, встречающимся преимущественно у женщин с ЯБ в ДПК.

3. Наиболее значимые предикторы ЯБ у мужчин — курение и *H. pylori*, у женщин — *H. pylori*, НПВП или их сочетание, а предикторами осложненных форм ЯБ были мужской пол и курение.

Литература / References

1. Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л., Перетятко О.В. Распространенность и факторы риска язвенной болезни. *Врач*. 2018;29(12):63–5. [Tsukanov V.V., Vasyutin A.V., Tonkikh Yu.L., Perevyatko O.V. The prevalence and risk factors of peptic ulcer disease. *Vrach*. 2018;29(12):63–5. (In Russ.)]. DOI: 10.29296/25877305-2018-12-15
2. Alhalabi M.M. Mortality and risk factors associated with peptic ulcer bleeding among adult inpatients of Damascus hospital, Syria: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(17):e33699. DOI: 10.1097/MD.00000000000033699
3. Колесников Д.Л., Ногтева В.Е., Лобанова А.В., Кукош М.В. Оценка риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2019;12(1):17–22. [Kolesnikov D.L., Nogteva V.E., Lobanova A.V., Kukosh M.V. Risk assessment of ulcerative gastroduodenal bleeding recurrence. *Journal of Experimental and Clinical Surgery*. 2019;12(1):17–22. (In Russ.)]. DOI: 10.18499/2070-478X-2019-12-1-17-22
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К. и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов, Российского эндоскопического общества и Научного сообщества по содействию клиническому

- изучению микробиома человека). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2024;34(2):101–31. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Tsarkov P.V., Korolev M.P., Andreev D.N., Baranskaya E.K., et al. Diagnostics and treatment of peptic ulcer in adults (Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association, the Russian Society of Colorectal Surgeons, the Russian Endoscopic Society and the Scientific Society for the Clinical Study of Human Microbiome). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2024;34(2):101–31. (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2024-34-2-101-131
5. Brullet E., Garcia-Iglesias P., Calvet X., Papo M., Planella M., Pardo A., et al. Endoscopist's judgment is as useful as risk scores for predicting outcome in peptic ulcer bleeding: A multicenter study. *J Clin Med*. 2020;9(2):408. DOI: 10.3390/jcm9020408
 6. Xie X., Ren K., Zhou Z., Dang C., Zhang H. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: A population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):58. DOI: 10.1186/s12876-022-02130-2
 7. Zahir S., Tariq A., Latif A., Ali M., Din J.U., Jahan S., et al. Exploring the associations of age, gender, and blood group with peptic ulcer disease: A comprehensive study of frequency, clinical manifestations, risk factors, and ulcer types. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2023;30(19):899–906. DOI: 10.53555/jptcp.v30i19.3769
 8. Malik T.F., Gnanapandithan K., Singh K. Peptic ulcer disease. 2023 StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
 9. Валеев М.В., Тимербулатов Ш.В. Факторы риска рецидива язвенного кровотечения. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(3):435–40. [Valeev M.V., Timerbulatov Sh.V. Risk factors for rebleeding in patients with peptic ulcer bleeding. *Kazan Medical Journal*. 2020;101(3):435–40. (In Russ.)]. DOI: 10.17816/KMJ2020-435
 10. Rohit D.K., Verma R.S., Pandey G. Clinical study and management of peritonitis secondary to perforated peptic ulcer. *Int Surg J*. 2017;4(8):2721–6. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20173209
 11. Lim S., Kim N., Kwon J., Kim S., Baik G., Lee J., et al. Trends in the seroprevalence of *Helicobacter pylori* infection and its putative eradication rate over 18 years in Korea: A cross-sectional nationwide multicenter study. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204762 DOI: 10.1371/journal.pone.0204762
 12. Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K., Suen M.M.Y., Underwood F.E., Tanyingoh D., et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection: Systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420–9. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.04.022
 13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T., et al.; European *Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel*. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6–30. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312288
 14. Chey W.D., Leontiadis G.I., Howden C.W., Moss S.F. ACG clinical guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(2):212–39. DOI: 10.1038/ajg.2016.563

Сведения об авторах

Штыгашева Ольга Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, ФГАОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова». Контактная информация: olgashtygasheva@rambler.ru; 655000, г. Абакан, просп. Ленина, 92. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5522-1148>

Агеева Елизавета Сергеевна* — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой биологии медицинской, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: ageevaeliz@rambler.ru; 295051, г. Симферополь, б-р Ленина, 5/2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4590-3580>

Матвеева Елизавета Викторовна — ординатор кафедры внутренних болезней, ФГАОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова». Контактная информация: olgashtygasheva@rambler.ru; 655000, г. Абакан, просп. Ленина, 92. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0767-0501>

Вклад авторов

Концепция и дизайн исследования: Штыгашева О.В.
Сбор и обработка материалов: Штыгашева О.В., Матвеева Е.В.
Статистическая обработка: Агеева Е.С.
Написание текста: Штыгашева О.В., Агеева Е.С.
Редактирование: Штыгашева О.В., Агеева Е.С.
Проверка верстки и ее согласование с авторским коллективом: Агеева Е.С.

Information about the authors

Olga V. Shtygasheva — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Internal Diseases, N.F. Katanov Khakass State University. Contact information: olgashtygasheva@rambler.ru; 655000, Abakan, Lenina ave., 92. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5522-1148>

Elizaveta S. Ageeva* — Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Medical Biology, V.I. Vernadsky Crimean Federal University. Contact information: ageevaeliz@rambler.ru; 295051, Simferopol, Lenina blvd. 5/7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4590-3580>

Elizaveta V. Matveeva — Resident of the Department of Internal Disease, N.F. Katanov Khakass State University. Contact information: olgashtygasheva@rambler.ru; 655000, Abakan, Lenin ave., 92. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0767-0501>

Authors' contributions

Concept and design of the study: Shtygasheva O.V.
Collection and processing of the material: Shtygasheva O.V., Matveeva E.V.
Statistical processing: Ageeva E.S.
Writing of the text: Shtygasheva O.V., Ageeva E.S.
Editing: Shtygasheva O.V., Ageeva E.S.
Proof checking and approval with authors: Ageeva E.S.

Поступила: 10.05.2024 Принята: 15.08.2024 Опубликовано: 30.06.2025
 Submitted: 10.05.2024 Accepted: 15.08.2024 Published: 30.06.2025

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author