

УДК [616.33+616.342](063)(470.311-25)

## Важные практические результаты и современные тенденции в изучении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки

(Обзор материалов Семнадцатой Российской гастроэнтерологической недели, 10 – 12 октября 2011 г., Москва)

И.В. Маев, А.А. Самсонов, Н.Г. Андреев, Д.Н. Андреев

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии  
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития РФ»*

### The important practical results and modern lines in studying diseases of the stomach and duodenum

(Review of the Seventeenth Russian Gastroenterological Week proceedings,  
October, 10–12, 2011, Moscow)

I.V. Mayev, A.A. Samsonov, N.G. Andreyev, D.N. Andreyev

*Chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology, State educational government-financed  
institution of higher professional education «Moscow State University of Medicine and Dentistry  
named after A.I. Evdokimov Ministry of Health and Social Development of Russia»*

**Цель обзора.** Проанализировать и кратко представить содержание основных материалов Семнадцатой Российской гастроэнтерологической недели (10–12 октября 2011 г., Москва), опубликованных в разделе «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» (Рос. журн. гастроэнте-

**The aim of review.** To analyze and present in brief contents of original materials, The Seventeenth Russian Gastroenterological Week (October, 10–12, 2011, Moscow,) published in the section «Diseases of the stomach and duodenum» (Ros. zhurn..gastroenterol. gepatol. koloproctol. – 2011. – Vol. 21, N 5. – Suppl. 38).

**Маев Игорь Вениаминович** – член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития РФ».

**Самсонов Алексей Андреевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития РФ.

**Андреев Николай Германович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития РФ

**Андреев Дмитрий Николаевич** – клинический ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Контактная информация: dna-mit8@mail.ru

**Andreyev Dmitry N.** – resident of chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology State educational government-financed institution of higher professional education «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov Ministry of Health and Social Development of Russia». Contact information: dna-mit8@mail.ru

рол. гепатол. колопротол. – 2011. – Т. 21, № 5. – Прил. 38).

**Основные положения.** Продолжаются дальнейшее накопление и анализ данных об этиологии, патогенезе и клинических особенностях заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), основанных на самых современных методах обследования. Модернизируются элементы диагностических концепций и терапевтических подходов к этой группе заболеваний *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ). Наиболее актуальными проблемами остаются геликобактер-ассоциированная патология, НПВП-гастропатии и их осложнения, а также вопросы ранней диагностики пренеопластических изменений и рака желудка.

**Заключение.** Заболевания желудка и ДПК остаются значимой проблемой гастроэнтерологии, несмотря на значительные достижения в последние десятилетия в области диагностики и лечения данной группы заболеваний ЖКТ.

**Ключевые слова:** *H. pylori*-ассоциированная язвенная болезнь, НПВП-гастропатия, атрофический гастрит, кровотечение, стеноз, полипы желудка, ДПК, рак желудка, диагностика, лечение.

Современная гастроэнтерология, как и вся медицинская наука, находится в постоянном развитии, динамически изменяясь в соответствии с требованиями сегодняшнего дня, когда уже недостаточно только выявлять и грамотно сопоставлять известные симптомы и синдромы с диагностическими критериями болезней. Будущее за тонкой, подчас молекулярной, диагностикой патологических процессов, будь то антигенные комплексы *H. pylori* или поверхностный (мембранный) комплекс антигенов пренеопластической клетки, и именно они в перспективе будут являться как предикторами течения заболеваний, так и индикаторами успешности терапии.

Семнадцатая Российская гастроэнтерологическая неделя показала основной вектор эволюции современной отечественной гастроэнтерологии как науки. Материалы форума позволяют не только актуализировать статистические показатели, но и интегрировать предложенные инновации в диагностические протоколы, унифицировать и оптимизировать терапевтические подходы к заболеваниям органов пищеварения.

Традиционно ведущей патологией *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ) являются болезни гастродуоденальной зоны, которые по-прежнему не теряют своей актуальности, несмотря на значительные, подчас революционные изменения в области диагностики и лечения данных заболеваний, произошедшие в последние десятилетия.

Открытие и изучение важной роли инфекции *H. pylori* в этиопатогенезе многих распространенных болезней верхнего отдела ЖКТ ознаменовало своего рода переворот в гастроэнтерологии и

**Original positions.** The further accumulation and analysis of data on etiology, pathogenesis and clinical features of diseases of the stomach and duodenum based on the advanced methods of investigation. Elements of diagnostic concepts and therapeutic approaches for this group of diseases of *gastro-intestinal tract* (GIT) are modified. The most actual issues are: Helicobacter-associated pathology of the stomach, NSAID-related gastropathy and their complications and issues of early diagnostics of premalignant changes and stomach cancer.

**Conclusion.** Diseases of the stomach and duodenum remain significant problem of gastroenterology, despite of significant advances in last decades in diagnostics and treatment of these diseases of GIT.

**Key words:** *H. pylori*-peptic ulcer, NSAID-related gastropathy, atrophic gastritis, bleeding, stenosis, polyp of the stomach, duodenum, stomach cancer, diagnostics, treatment.

определило фундаментальное направление дальнейших исследований в этой области на десятилетия вперед. Появилась возможность перевести такие распространенные и хронически текущие заболевания, как *язвенная болезнь* (ЯБ) желудка и *двенадцатиперстной кишки* (ДПК), активный хронический антральный гастрит типа В, атрофический гастрит в ряд потенциально излечимых состояний. Намечены реальные пути профилактики некардиального рака желудка.

Одновременно открытие возбудителя хронического гастрита и гастродуоденальной язвы побудило исследователей начать поиски микроорганизмов, возможно вызывающих патологические процессы как в органах пищеварения, так и в других органах и системах. Открыто, например, что только геликобактера существует около 24 видов, причем *H. heilmannii*, также как *H. pylori*, может вызывать явления гастрита с соответствующей симптоматикой. В этой связи определенный интерес представляет исследование, проведенное Е.А. Жуковой и соавт. [8] у детей с хроническим гастродуоденитом. Авторами методом ПЦР-диагностики биоптатов слизистой оболочки желудка и желудочного сока, наряду с компонентами ДНК *H. pylori*, были выявлены вирусы папилломы человека, простого герпеса, цитомегаловирус, грибы рода *Candida*.

Косвенно на возможную роль прочей инфекции в генезе заболеваний гастродуоденальной зоны, не ассоциированных с пилорическим геликобактером, указывают результаты исследования, проведенного Н.В. Бычковой и соавт. [4], которые методом проточной цитометрии изучали соотно-

шение субпопуляций лимфоцитов в биопсийном материале слизистой оболочки желудка у пациентов с хроническим *H. pylori*-неассоциированным гастритом. Обнаружено, что среди Т-лимфоцитов Т-цитотоксические клетки преобладали над Т-хелперами ( $CD3^+CD8^+$  –  $69,6 \pm 2,3\%$ ,  $CD3^+CD4^+$  –  $23,6 \pm 1,5\%$ , иммунорегуляторный индекс 0,34), что указывало на наличие клеточного иммунного ответа в отсутствие *H. pylori*.

Тема геликобактерной инфекции на прошедшем гастроэнтерологическом форуме была ведущей. Особый интерес представляла работа Н.В. Барышниковой и соавт. [2], посвященная оценке распространенности и генетической гетерогенности штаммов *H. pylori* у геликобактеринфицированных пациентов в популяции жителей Санкт-Петербурга. Было проведено скрининговое обследование 200 человек, не предъявлявших жалоб со стороны ЖКТ, и 63 больных ЯБ ДПК. Анализ результатов показал, что среди лиц, не предъявлявших жалоб, число инфицированных *H. pylori* было достаточно высоким (74%). Однако у пациентов с ЯБ ДПК выявлялись более патогенные штаммы по сравнению со здоровыми добровольцами, что верифицировалось посредством детекции генов методом ПЦР.

*Хронический атрофический гастрит* (ХАГ) всегда привлекал и продолжает привлекать к себе большое внимание исследователей, прежде всего как пренеопластическое состояние, ассоциированное с пилорическим геликобактером. Учитывая, что ХАГ, являясь чисто морфологическим понятием, течет в большинстве случаев бессимптомно, весьма актуальной остается необходимость скрининга данной патологии, в частности с помощью неинвазивного серологического тестового комплекса, известного как «GastroPanel», диагностическая эффективность которого доказана многочисленными исследованиями. Работы по указанной тематике сохраняют важное научно-практическое значение. Так, С.В. Герман и соавт. [7] подтвердили эффективность оценки уровней сывороточного пепсиногена-I (PG-I) и базального гастрин-17 (G17) как достоверных показателей атрофии слизистой оболочки, а уровня пепсиногена II и концентрации IgG – как маркеров геликобактерной инфекции. Авторами во время профилактического осмотра 500 человек сниженный уровень сывороточного PG-I был выявлен у 49 (10%). Из них повышенная концентрация G17, подтверждающая атрофию тяжелой степени, наиболее опасную в плане развития неопластического процесса, отмечена у 29 обследованных.

Особый интерес представляет исследование А.И. Олейника и соавт. [18], которыми также проводилась скрининговая серологическая диагностика с использованием тестового комплекса «GastroPanel», но обследовались 158 пациентов с клиническими проявлениями желудочной дис-

пепсии. У 77 (63%) больных были обнаружены атрофические изменения, при этом результаты неинвазивной диагностики подтверждались гистологическими исследованиями биоптатов слизистой оболочки желудка. Проведенное исследование указывает не только на возможность сочетания функциональной диспепсии и хронического атрофического гастрита. Делается также акцент на том, что при данном сочетании процент выявления атрофии слизистой желудка заметно выше, чем у людей с бессимптомным течением гастрита.

На сегодняшний день поражения ЖКТ, связанные с приемом *нестероидных противовоспалительных препаратов* (НПВП), – гастропатии стали значимыми в структуре заболеваний желудка и ДПК, по праву конкурируя с патологией, ассоциированной с *H. pylori*. Гастропатии на фоне приема НПВП, как правило, сочетаются с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и/или сердечно-сосудистой системы. Основная проблема в том, что НПВП-гастропатии чаще, чем другая патология, манифестируют серьезными осложнениями, среди которых на первом месте остается желудочное кровотечение. Это подтверждают исследования И.И. Беловой и Е.И. Деминой [3], показавших, что ведущими причинами осложненного течения *гастродуоденальных язв* (ГДЯ) являлись симптоматические язвы, ассоциированные с приемом НПВП и антикоагулянтов. В работе был проведен анализ 375 историй болезни пациентов с ГДЯ, пролеченных в городском гастроэнтерологическом отделении. Обнаружено, что из общего числа симптоматических изъязвлений язвы, ассоциированные с приемом НПВП и антикоагулянтов, имелись у 87,7% больных, у 95,9% из них зарегистрировано желудочное кровотечение.

В другой работе, проведенной А.В. Лебедевой и соавт. [13], оценено соответствие основных клинических проявлений поражения ЖКТ морфологической картине слизистой оболочки желудка при длительном (около 4 с половиной лет) приеме НПВП. Было установлено, что у большинства пациентов поражение ЖКТ протекало бессимптомно, особенно в случае сочетанного использования НПВП и глюкокортикостероидов. При этом степень выраженности клинических проявлений мало соответствовала изменениям эндоскопической картины, а наиболее тяжелые изменения слизистой наблюдались при длительном применении неселективных НПВП и одновременном приеме нескольких препаратов.

Что касается геликобактериоза и его участия в патогенезе гастро- и дуоденальных, вызванных приемом НПВП, то здесь однозначных данных нет, как нет и сведений, исключающих указанный агент из причин, способствующих их развитию. Есть мнение, что в поражении ДПК решающим фактором агрессии является именно *H. pylori*, а

влияние НПВП, если и имеет место, то ему отводится попутная роль; в поражении желудка эти два агента взаимопотенцируют друг друга. Вместе с тем существуют сведения, по которым *H. pylori*, при его наличии, в 1,5–1,8 раза повышает риск поражения НПВП слизистой желудка и ДПК.

Важность учета инфицированности пилорическим геликобактером у пациентов, принимающих НПВП, подтверждается исследованиями О.И. Подсвировой и А.А. Яковлева [20], recommending в обязательном порядке включать эндоскопическое исследование желудка и ДПК в комплексе с  $^{13}\text{C}$  дыхательным тестом на *H. pylori* в стандартизированный протокол обследования ревматологических больных.

О  $^{13}\text{C}$  дыхательном тесте как тесте выбора для скрининга и определения эффективности эрадикации указывается и в исследовании С.И. Рапорта и соавт. [21]. В настоящее время данный тест рекомендован международными консенсусами по геликобактериозу как основной для диагностики *H. pylori* и определения эффективности проведенной эрадикационной терапии (ЭТ).

Возвращаясь к работе О.И. Подсвировой и А.А. Яковлева [20], следует сказать, что в рамках исследования был проведен ретроспективный анализ 844 историй болезней пациентов, страдавших ревматологической патологией и получавших более 8 нед неселективных НПВП. Оценивались протоколы ЭГДС, результаты дыхательного теста с мочевиной и протоколы гистологического исследования, согласно которым эрозивные и язвенные повреждения слизистой оболочки желудка и ДПК имелись у 86,3% пациентов. Примечательно, что ассоциированный с *H. pylori* эрозивный гастрит обнаружен в 26,2% случаев, а эрозивная дуоденпатия – в 55,7%, т. е. значительно преобладала.

Другими словами, наличие геликобактериоза не может не учитываться при той или иной патологии желудка и ДПК и при его выявлении должна проводиться эрадикация, что и закреплено в соответствующих Маастрихтских консенсусах.

Несмотря на уже многолетнюю активную борьбу с основной причиной язвообразования в гастро-дуоденальной зоне – инфекцией *H. pylori*, распространенность ЯБ как в нашей стране, так и в большинстве стран мира не снижается. Это подтверждает анализ динамики распространенности ЯБ и ее клинических проявлений в Российской Федерации и мире за последние 40 лет, проведенный О.В. Третьяковой и В.В. Цукановым [25] на основе как собственных исследований, так и материалов, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе (PubMed) с 1970 по 2011 г. При этом в указанный период во многих российских регионах стабильно высокой, на уровне 10%, остается и частота осложнений ЯБ.

Определенный интерес представляют данные Е.Л. Лазуткиной и соавт. [12], получен-

ные в результате анализа 626 историй болезни пациентов с гастродуоденальными язвами, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Областной клинической больницы г. Благовещенска. Своей целью исследователи поставили современную оценку структуры рассматриваемой патологии, ее осложнений, эндоскопических и прочих признаков заболевания. Обнаружена практически полная тождественность традиционно описываемых особенностей желудочной и дуоденальной локализаций язвенных дефектов. Так, неизблемым остается то, что язвы желудка возникают чаще у лиц 50–60-летнего возраста, а язвы ДПК – преимущественно у молодых мужчин. В целом для обеих локализаций мужской пол оказался преобладающим над женским (68,0 и 32,0% соответственно), при этом отягощенная наследственность имела место в 59,9% случаев. *H. pylori* выявлялся у 74,8% больных с язвой желудка и у 97,8% с язвой ДПК. Частота встречаемости гигантских язв была выше у лиц старших возрастных групп. В структуре осложнений перфорация составила 2,1%, пенетрация – 1,6%, малигнизация – 3,3%, кровотечение – 13,7%.

Все это согласуется с большинством многолетних исследований и свидетельствует о достаточном консерватизме данной патологии. Причем половая и возрастная детерминированность, «излюбленная» локализация язв, типичность симптоматики и структура осложнений указывают не только на определенное несходство механизмов язвообразования в желудке и ДПК, но и на наличие общих черт, объединяющих язвенные поражения по-прежнему в единую категорию – язвенную болезнь.

В последнее время все чаще встает вопрос об оценке качества жизни пациентов с различной патологией, и ЯБ здесь не исключение. Примером служит сравнительная оценка психологических показателей и качества жизни у лиц разных возрастных групп, проведенная Л.Е. Смирновой и соавт. [22]. В исследование были включены 420 больных ЯБ желудка или ДПК, сочетающейся с артериальной гипертонией. Психодиагностические методики включали: шкалу Л. Ридера, тест СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности), шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина, шкалу депрессии Гамильтона, а также методику исследования качества жизни Кардиологического научного центра РАМН. Выяснилось, что у пациентов старшей возрастной группы по сравнению с пациентами меньшей возрастной категории наблюдались не только более выраженные психопатологические изменения, но и менее благоприятное течение заболевания: чаще диагностировались крупные язвы, среднетяжелое и тяжелое течение, осложнения (кровотечение, анемия), сопутствующие эрозивные поражения слизистой оболочки,

атипичные клинические проявления. Все это, в свою очередь, свидетельствует о том, что ЯБ — патология не только желудка или ДПК, а всего организма в целом, требующая обязательного учета определенных возрастных особенностей.

Проведенные исследования подтверждают, что в настоящее время язвенную болезнь рано сбрасывать со счетов, она продолжает сохранять актуальность несмотря на раскрытие ведущей роли пилорического геликобактера в происхождении ее основной формы и достигнутые успехи в лечении.

На текущий момент совершенно очевидны роль эрадикации *H. pylori* в течении ЯБ, ассоциированной с данным микроорганизмом и важность разработки оптимальных способов антигеликобактерной терапии, что продемонстрировано многочисленными клиническими исследованиями, выполненными в нашей стране и за рубежом. В большинстве случаев после успешной эрадикации прекращается хроническое рецидивирующее течение заболевания, значительно снижается риск таких осложнений, как язвенные кровотечения. Однако результаты современной ЭТ нельзя признать удовлетворительными, прежде всего из-за роста резистентности *H. pylori* к кларитромицину как основному ее компоненту.

Предлагаются различные способы преодоления резистентности: увеличение продолжительности курса лечения, введение препаратов висмута в терапию первой линии, изменение схемы лечения (последовательная терапия) и др. В частности, при назначении последней схемы курс терапии делится на два равных этапа. В первые пять дней пациент получает *ингибитор протонной помпы* (ИПП) в стандартной дозе 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки, а следующие пять дней тройную терапию в составе ИПП, кларитромицина (500 мг 2 раза) и тинидазола (500 мг 2 раза). Серия клинических исследований с участием не менее 100 пациентов в каждом из них, проведенных в Италии и Испании, показала очень многообещающие результаты данной схемы как у взрослых, так и у детей. Уровень эрадикации при хорошей переносимости лечения составил 91–95% [31–37].

В этой связи интересно исследование, проведенное Б.Д. Старостиным и Г.А. Старостиной [24], изучавших эффективность не только последовательной ЭТ, включенной в рекомендации консенсуса Маастрихт-IV (Флоренция, 2010), но и дополнительного введения в схему лечения препарата на основе висмута трикалия дицитрата. Всего было обследовано 67 пациентов, которым провели 10-дневный курс такой терапии. Показатель эрадикации *H. pylori* по данным контроля (иммуноферментный анализ антигена *H. pylori* в кале, экспресс-тест на уреазную активность *H. pylori* и гистологическое исследование биоптатов из тела и антрального отдела желудка) составил 88%, что является вполне допустимым на сегодня уров-

нем, тем более для региона (Санкт-Петербург), где резистентность к кларитромицину достаточно высока.

Обсуждая результаты, полученные авторами с помощью данной схемы ЭТ, нельзя не подчеркнуть, что здесь, по-видимому, решающую роль сыграло не только изменение последовательности назначения антибиотиков амоксициллина и кларитромицина, но и особые свойства висмута трикалия дицитрата, антигеликобактерный эффект которого обусловлен подавлением подвижности и адгезии бактерии к эпителиоцитам, а также преципитацией на мембране бактериальной клетки с последующим нарушением ее проницаемости и гибелью микроорганизма. Кроме того, известно, что применение препаратов висмута эффективно как за счет собственных антибактериальных свойств, так и вследствие способности успешно преодолевать резистентность *H. pylori* к кларитромицину и метронидазолу.

Другими отечественными исследователями (Осадчук А.М. и соавт.) [19] для повышения эффективности лечения в традиционную 7-дневную схему ЭТ первой линии вводилась 2-аминоэтансульфоновая кислота — таурин — по 500 мг 2 раза в день. При этом обнаружено: данный вид лечения достоверно увеличивал процент элиминации *H. pylori* и существенно улучшал характеристики клеточного гомеостаза, что подтверждалось большим снижением индекса апоптоза ( $I_{\text{АПТ}}$ ) и экспрессии Ki-67, Vcl-2 спустя 6 нед от начала лечения по сравнению с обычной тройной терапией (контроль). По-видимому, полученный эффект от применения таурина можно связать с его комплексным (иммуномодулирующим, противовоспалительным) действием, но это, безусловно, требует дальнейшего углубленного изучения.

Немаловажное значение имеет и переносимость ЭТ. Позиция рациональности ее назначения играет немалую роль, особенно в рамках возможного негативного действия на микробиоценоз кишечника. Ситуацию усугубляет как увеличение количества антибиотиков, так и пролонгация курса терапии. В исследовании Л.М. Мосиной и соавт. [16] ставилась задача изучения бактериологическим методом микрофлоры кишечника у больных ЯБ желудка и ДПК до и после проведения ЭТ. На большом материале (134 пациента) показано, что нарушения качественного и количественного состава микрофлоры имело место у всех пациентов еще до начала ЭТ, а на ее фоне ситуация ухудшалась, что свидетельствует о необходимости учитывать данный фактор при разработке оптимальных протоколов ЭТ.

Известно, что нерациональная антибиотикотерапия, неблагоприятная экологическая обстановка, возрастание стрессовых воздействий создают условия для повсеместного распространения дисбиоза желудочно-кишечного тракта, активации

хронических бактериальных инфекций, аллергии организма взрослых и детей. Являясь вторичной патологией, дисбиоз увеличивает тяжесть и ухудшает прогноз течения основного процесса, а успешное устранение дисбиотических нарушений улучшает результаты лечения первичного заболевания. Коррекция дисбиотических расстройств должна предусматривать включение в состав комплексной терапии препаратов, способствующих восстановлению микроэкологии и нормализации системы местного иммунитета. Применение микробных биопрепаратов, в качестве действующего начала в которых используется нормальная микрофлора с высокими антагонистическими и ферментативными свойствами, является перспективным направлением в лечении геликобактер-ассоциированных заболеваний.

Несмотря на значительный прогресс клинической медицины, частота осложнений эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК остается значительной и не имеет заметной тенденции к снижению. Выше отмечалось, что ведущим осложнением ЯБ является кровотечение. Летальность при рецидиве кровотечения также остается высокой (в среднем до 40%).

В настоящее время основным методом лечения при кровоточащих язвах гастродуоденальной зоны считается консервативный способ гемостаза. Его эффективность, по данным анализа 798 наблюдений, проведенного В.И. Шапошниковым и С.Н. Ралко [28], при применении различных методов (орошение смесью 70% спирта и 5% раствора аминокaproновой кислоты, подслизистые инъекции 70% спирта, коагуляция капрофером) составила 26,3% для первичной остановки кровотечения, 21,9% при вторичном рецидиве и 14,4% при третьем рецидиве, т. е. в общей сложности 62,8%. У 11,6% пациентов первичная консервативная остановка кровотечения не удалась, и они были прооперированы в экстренном порядке, 25,6% больных с угрозой рецидива кровотечения были подвергнуты хирургическому лечению в отсроченном порядке. В целом же эффективность инъекционных методов гемостаза, особенно комбинированных, может достигать 90% [23].

Несомненный интерес заслуживает исследование П.Д. Фомина и соавт. [26], целью которого явилось улучшение результатов хирургического лечения острых кровоточащих гастродуоденальных язв. В рамки работы было включено 1696 пациентов. Исследователями разработана и применена активно-индивидуализированная тактика, в основе которой использован алгоритм, учитывающий возможность применения неотложных (превентивных) операций в первые 6–12 ч после поступления пациента в стационар. Данная тактика позволила уменьшить количество операций на высоте кровотечения с 62 до 9,5%, значительно снизив общую летальность.

К тяжелым осложнениям ЯБ относится перфорация язвенного дефекта, развивающаяся по разным статистическим данным в 3–20% случаев. Основным способом лечения больных при этом является экстренное хирургическое вмешательство, однако его вариантов много и исходы, в том числе отдаленные результаты, могут быть различные. Какие вмешательства можно назвать операцией выбора?

Ретроспективный анализ итогов лечения 724 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы ДПК, включая отдаленные результаты, проведенный Е.Н. Шепетько и Д.А. Струменским [29], позволил сделать вывод о целесообразности и обоснованности применения у пациентов с грубыми морфологическими изменениями в области язвенного дефекта и язвенным анамнезом радикальных операций иссечения язвы в сочетании с рациональными видами ваготомий.

Что касается больных с развившимся пилородуоденальным стенозом, являющимся следствием рубцевания язвенного дефекта или плотного инфильтрата в области активной язвы, чаще расположенного в зоне привратника или луковицы ДПК, то морфофункциональные исследования Д.М. Кадырова и соавт. [10] показали, что у 96,7% больных с данным осложнением обнаруживается высокая или средняя степень инвазии *H. pylori* в слизистой антрума и тела желудка, а повышение кислотно-пептической агрессии и депрессия кислотно-нейтрализации в желудке коррелируют со степенью стеноза. При этом развивающаяся декомпенсация моторно-эвакуаторной функции желудка, являясь динамическим процессом, имеет 4 уровня: функциональная декомпенсация грааций А, Б, В и дегенерация миоструктуры желудка Г. При уровнях декомпенсации А и Б сохраняется гипертрофия миоструктуры, при уровне В отмечается начальная дистрофия в миоструктуре тела желудка при сохранности миоструктуры антрального отдела, при уровне Г обнаруживаются истончение и дистрофические изменения в миоструктуре как тела, так и антрального отдела желудка. Перечисленные данные могут являться базисом для оптимизации лечебной тактики, в том числе для назначения прокинетики.

Говоря о стенозе привратника, нельзя обойти вопрос о его верификации с помощью современных инструментальных методов исследования. В частности, с традиционным рентгеновским и эндоскопическим методами в таких ситуациях может успешно конкурировать ультразвуковая диагностика (трансабдоминальное УЗИ), что и было убедительно показано в работе З.А. Лемешко и З.М. Османовой [14].

Несомненно, своевременная эрадикация пилорического геликобактера в комбинации с эффективной кислотосупрессивной терапией ИПП последних поколений является единственно воз-

возможной профилактики возникновения указанных грозных осложнений.

Проблема рака желудка в популяции Российской Федерации по-прежнему занимает первое место среди всех злокачественных опухолей по уровню заболеваемости и смертности. Это характерно для всех регионов без исключения. Большое внимание привлекают материалы комплексного анализа по данной проблеме, основанного на сведениях, представленных в отечественной и зарубежной литературе (PubMed), и эпидемиологических исследованиях динамики предраковых заболеваний и факторов риска развития рака желудка, выполненных в Тыве, Хакасии, Эвенкии, Якутии и Красноярске в период с 1970 по 2011 г. (В.В. Цуканов, О.С. Амелчугова) [27]. Результаты анализа показали, что заболеваемость раком желудка в Российской Федерации колеблется в пределах около 30 случаев на 100 000 населения, аномально высокая она у коренного населения севера европейской части страны, Бурятии и Тывы.

Инфицированность *H. pylori* (взаимосвязь развития некардиального рака желудка с пилорическим геликобактером доказана) у взрослого городского и сельского населения составляет 80–90%. Весьма значительными в этом плане являются также цифры распространения курения табака и потребления соленых продуктов. Ситуацию усугубляет отсутствие в России на сегодняшний момент национальных программ по ранней диагностике и профилактике рака желудка.

Важным моментом в проблеме как геликобактериоза, так и рака желудка, отраженным в рекомендациях международных консенсусов (Маастрихт III и IV), является вопрос о необходимости эрадикации у больных, перенесших оперативное вмешательство (резекцию желудка), особенно по поводу онкопатологии. В этой связи большое практическое значение имеет работа Е.К. Баранской и соавт. [1] о диагностике геликобактериоза у данных пациентов, выявившая сохранение высокой степени обсемененности слизистой оболочки культи желудка *H. pylori*. Авторами предложено с целью предупреждения дегенеративно-дистрофических процессов в этой области и постгастрорезекционных расстройств, а также для создания алгоритма и выбора мероприятий по реабилитации лиц, перенесших гастрэктомию, проводить комплексную диагностику геликобактериоза.

В последнее время достаточное распространение получило исследование онкомаркёров в качестве скрининг-факторов для раннего распознавания онкопатологии, в том числе рака желудка. Однако диагностическая ценность различных маркёров неоднозначна. Считается, что онкомаркёр СА 72-4 специфичен для рака желудка, яичников и легких. Его особенно высокий уровень наблюдается именно у больных со злокачественными опухолями желудка, в связи с чем данный показатель

широко применяется для контроля за течением этого заболевания и эффективностью проводимой терапии. Вместе с тем результаты исследования, выполненного у 50 больных раком желудка (аденокарцинома, перстневидно-клеточный рак), показали, что уровень СА 72-4 в крови этих пациентов в большинстве случаев не коррелировал с эндоскопическими находками и не зависел от гистологической структуры новообразования. По мнению авторов, это может быть связано с различными биологическими свойствами опухолей, возможными даже при их сходном гистологическом строении (Е.Ю. Златник и соавт.) [9].

Известно, что разные по строению опухоли отличаются своей пролиферативной активностью, от которой зависят течение процесса, результаты терапии и в целом прогноз болезни. В исследовании Л.Е. Гаганова и соавт. [5] изучался индекс пролиферации Ki-67 после 55 гастрэктомий по поводу карцином желудка, имеющих «желудочный», «кишечный» и «смешанный» иммунофенотипы. В исследованных группах карцином индекс пролиферации варьировал от 9 до 85%, составляя в среднем  $43 \pm 18\%$ . Опухоли, имеющие индекс пролиферации выше 43%, относили к карциномам с «высокой», ниже — с «низкой» пролиферативной активностью. Карциномы с «желудочным» иммунофенотипом имели «высокую» пролиферативную активность в 64% наблюдений, «низкую» — в 36%, со «смешанным» иммунофенотипом — соответственно в 32 и 68%. Новообразования с «кишечным» иммунофенотипом во всех случаях имели «низкую» величину изучавшегося показателя. Такая большая разница пролиферативной активности опухолей с «желудочным» и «смешанным» иммунофенотипом свидетельствовала о прогностической ценности рассматриваемого параметра.

Немаловажное значение как для ранней диагностики, определения стадии болезни, так и выработки тактики лечения имеет выбор современных методов инструментальных исследований опухолевого процесса. Диагностические возможности динамической *мультиспиральной компьютерной томографии* (МСКТ) в период предоперационного стадирования рака желудка изучали Н.В. Гагарина и соавт. [6]. У 40 пациентов с гистологически верифицированным раком желудка МСКТ проводили на 320-срезовом томографе с оценкой толщины стенки органа, наличия перигастральной лимфоаденопатии и отдаленных метастазов. В процессе анализа полученных изображений отмечена четкая корреляция толщины измененной стенки с глубиной инвазии. Результаты исследования показали высокую информативность данного метода, который с большой точностью при подозрении на раковую опухоль позволял устанавливать как глубину ее проникновения в стенку желудка, так и поражение соседних структур и органов, а также регионарных лимфоузлов,

что может быть использовано для предоперационного определения стадии рака.

Трудно переоценить значение своевременного обнаружения и лечения предраковых состояний в самые ранние сроки их развития. Речь идет о выявлении и ведении больных с доброкачественными эпителиальными образованиями, именуемыми полипами желудка. В этом плане очередной убедительный материал представлен в ходе анализа ближайших и отдаленных результатов эндоскопической полипэктомии, выполненного П.А. Никифоровым и соавт. [17]. Полученные данные подтверждают связь полипов желудка с раковым поражением этого органа и свидетельствуют о необходимости морфологической верификации новообразований и динамического наблюдения до и после их удаления.

Проблеме своевременной эрадикации *H. pylori* в комплексном лечении полипов желудка с целью предотвращения прогрессирования диспластических изменений слизистой оболочки и сокращения частоты рецидивов посвящен также анализ 1821 оперативного эндоскопического исследования у больных в возрасте от 15 до 86 лет за период с 1995 по 2010 г. (И.В. Маев и соавт.) [15]. Установлено, что 69% пациентов с полипами желудка были контаминированы инфекцией *H. pylori*. У 86% из них выявлены выраженные воспалительные изменения слизистой, на фоне которой располагались данные образования, у остальных имелись умеренные явления воспаления. При этом в последней группе в 55% обнаруживался пилорический геликобактер. В предоперационный период 199 инфицированным пациентам была проведена эрадикационная терапия, а в послеоперационный — противоязвенная терапия в течение 14 дней с эндоскопическим контролем сроков заживления дефектов.

Эпителизация на месте удаленных полипов через 4 нед после вмешательства наступила у

91,2±1,5% больных, причем в случаях с предоперационной эрадикацией — во всех наблюдениях. У 7,2% инфицированных *H. pylori* пациентов, которым полипы по тем или иным причинам не были удалены и эрадикация не проводилась, был отмечен дальнейший рост новообразований, а рецидивы полипов при отсутствии эрадикации возникали в 9%. После эрадикационной терапии продолжение роста полипов наблюдалось лишь у 3,5% больных, рецидивы — только в 2,8% случаев.

Фактор инфицирования *H. pylori* в генезе и течении полипообразования, как описано выше, безусловно, является очень важным, особенно при желудочной локализации, но, по-видимому, не единственным. Определенный интерес здесь представляет исследование М.Р. Конорева и соавт. [11], в котором с высокой степенью достоверности установлено, что и кислотная агрессия влияет на изменение морфологической структуры полипов луковицы ДПК по каскаду: неизменная слизистая оболочка → гиперплазия → метаплазия (с повреждением СО) → тубулярная аденома.

Что касается современных методов оперативного эндоскопического удаления полипов желудка, то анализ 103 лазерных фотодеструкций у 96 пациентов показал эффективность данного метода как при одиночных, так и при множественных полипах второго и третьего типа. Осложнений в виде перфораций и кровотечений отмечено не было. В целом лазерная фотодеструкция позволяет добиваться радикального удаления полипов и снижения числа осложнений (А.Г. Шулешова и соавт.) [30].

Представленные работы, несомненно, заслуживают внимания как в теоретическом, так и в практическом отношении, и их результаты могут с успехом использоваться в лечебно-диагностической деятельности.

### Список литературы

1. Баранская Е.К., Сизова Ж.М., Великолуг К.А. (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, Москва, Россия). Диагностика геликобактериоза у больных и инвалидов с оперированным желудком // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5 (прил. 38; Материалы Семнадцатой Российской гастроэнтерологической недели) — С. 166.
1. Baranskaya Ye.K., Sizova Zh.M., Velikolug K.A. (Sechenov First Moscow state medical university of the Russian federation Ministry of Health and Social Development; Federal Bureau of Medical-Social Expertise, Moscow, Russia). Diagnostics of Helicobacter infection in patients and handicapped persons after stomach surgery // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, № 5 (Suppl. 38; Proceedings of the Seventeenth Russian week of gastroenterology) — P. 166.
2. Барышников Н.В., Успенский Ю.П., Смирнова А.С. и др. (Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова; 2 НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия). Особенности распространенности инфекции и вирулентности штаммов *Helicobacter pylori* в Санкт-Петербурге. — Там же. — С. 21.
2. Baryshnikova N.V., Uspensky Yu.P., Smirnova A.S. et al. (Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy; 2<sup>nd</sup> Scientific research institute of experimental medicine of The Russian Academy of Medical Science, Saint Petersburg, Russia). Prevalence of infection and virulence of *Helicobacter pylori* strains in Saint Petersburg. — Ibid. — P. 21.
3. Белова И.И., Демина Е.И. (Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия). Причины гастродуоденальных язв и характер осложнений у пациентов городского гастроэнтерологического отделения. — Там же. — С. 21.
3. Belova I.I., Demina Ye.I. (Altay state medical university, Barnaul, Russia). The causes of gastroduodenal ulcers and morbidity pattern in patients of gastroenterological department of city hospital. — Ibid. — P. 21.
4. Бычкова Н.В., Михайлова И.А., Давыдова Н.И. и др. (ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-

- Перербург). Субпопуляционный состав лимфоцитов слизистой оболочки желудка у пациентов с хроническим гастритом. — Там же. — С. 22.
4. *Buchkova N.V., Mikhaylova I.A., Davydova N.I.* et al. (Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, Ministry of Russian Federation for Civil Defense, Emergencies and Elimination of Natural Disaster Consequences, Saint Petersburg). Subpopulation composition of stomach mucosa lymphocytes in patients with chronic gastritis. — Ibid. — P. 22.
  5. *Гаганов Л.Е., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А.* (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия). Сравнительное изучение пролиферативной активности карцином желудка. — Там же. — С. 24.
  5. *Gaganov L.E., Gurevich L.Ye., Korsakova N.A.* (Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia). A comparative study of proliferative activity of stomach carcinomas. — Ibid. — P. 24.
  6. *Гагарина Н.В., Левкин В.В., Огнева О.В., Крылов Н.Н.* (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия). Динамическое сканирование для предоперационного стадирования рака желудка. — Там же. — С. 161.
  6. *Gagarina N.V., Levkin V.V., Ogneva O.V., Krylov N.N.* (Sechenov First Moscow state medical university, Russia). Dynamic scanning for preoperative staging of stomach cancer. — Ibid. — P. 161.
  7. *Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В.* (НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды, Москва, Россия). Неинвазивный скрининг атрофического гастрита при массовых осмотрах населения. — Там же. — С. 25.
  7. *German S.V., Zyкова I.E., Modestova A.V., Yermakov N.V.* (Scientific Research Institute for Human Ecology and Environmental Hygiene, Moscow, Russia). Non-invasive screening diagnostics of atrophic gastritis at mass population surveys. — Ibid. — P. 25.
  8. *Жукова Е.А., Видманова Т.А., Канькова Н.Ю., Ермолина Е.В.* (Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия). Микрофлора желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с хроническим гастродуоденитом. — Там же. — С. 118.
  8. *Zhukova Ye.A., Vidmanova T.A., Kankova N.Yu., Yermolina Ye.V.* (Nizhny Novgorod scientific research institute of pediatric gastroenterology, Russia). Microflora of the stomach and duodenum in children with chronic gastroduodenitis. — Ibid. — P. 118.
  9. *Златник Е.Ю., Дмитриева С.Д., Семченкова Л.В.* и др. (РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия). Оценка диагностической значимости уровня СА 72-4 у больных раком желудка. — Там же. — С. 27.
  9. *Zlatnik Ye.Yu., Dmitriyeva S.D., Semchenkova L.V.* et al. (Rostov Scientific Research Oncological Institute, Rostov-on-Don, Russia). Diagnostic value of CA 72-4 level in stomach cancer patients. — Ibid. — P. 27.
  10. *Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Курбонов Д.М., Табаров З.В.* (Институт гастроэнтерологии АМН, Душанбе, Таджикистан). Патофизиологические и морфологические сдвиги при формировании язвенного пилородуоденального стеноза (ПДС). — Там же. — С. 28.
  10. *Kadyrov D.M., Kodirov F.D., Kurbonov D.M., Tabarov Z.V.* (Gastroenterology Institute, Academy of Medical Science, Dushanbe, Tadjikistan). Pathophysiological and morphological alterations at ulcerative pyloroduodenal stenosis (PDS). — Ibid. — P. 28.
  11. *Конорев М.Р., Матвейенко М.Е., Дадерка Е.Л., Крылов А.Ю.* (Государственный медицинский университет, Витебск, Белоруссия). Этиологические факторы, влияющие на развитие полипов луковицы двенадцатиперстной кишки. — Там же. — С. 43.
  11. *Konorev M.R., Matveyenko M.Ye., Daderka Ye.L., Krylov A.Yu.* (State medical university, Vitebsk, Belarus). Etiological factors affecting development of duodenal bulb polyps. — Ibid. — P. 43.
  12. *Лазуткина Е.Л., Сулова Ю.В., Трусова Л.А., Пушкарёва В.В.* (Амурская государственная медицинская академия; Амурская областная клиническая больница, Благовещенск, Россия). Анализ язвенных поражений гастродуоденальной зоны у пациентов гастроэнтерологического отделения АОКБ. — Там же. — С. 31.
  12. *Lazutkina Ye.L., Suslova Yu.V., Trusova L.A., Pushkareva V.V.* (Amur state medical academy; Amur regional hospital, Blagoveshchensk, Russia). Analysis of ulcerative gastroduodenal lesions in patients of gastroenterological department of Amur regional clinical hospital. — Ibid. — P. 31.
  13. *Лебедева А.В., Зубкова И.В., Комарова А.С., Семенова О.В.* (Государственная медицинская академия; Областная клиническая больница, Иваново, Россия). Особенности клинических проявлений НПВП-гастропатий. — Там же. — С. 31.
  13. *Lebedeva A.V., Zubkova I.V., Komarova A.S., Semenova O.V.* (State medical academy; Regional hospital, Ivanovo, Russia). Features of NSAID-gastropathies clinical symptoms. — Ibid. — P. 31.
  14. *Лемешко З.А., Османова З.М.* (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; РМЦ, Махачкала, Россия). Выявление и дифференциальная диагностика причин органического стеноза привратника при ультразвуковом исследовании. — Там же. — С. 162.
  14. *Lemeshko Z.A., Osmanova Z.M.* (Sechenov First Moscow state medical university; RMC, Makhachkala, Russia). Revealing and differential diagnostics of the causes of organic pyloric stricture at ultrasound investigation. — Ibid. — P. 162.
  15. *Маев И.В., Тимченко И.В., Астраханцев А.Ф.* и др. (Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», МСЧ № 33, Москва, Россия). Эрадикация *Helicobacter pylori* в комплексном подходе к проблеме лечения полипов желудка. — Там же. — С. 156.
  15. *Mayev I.V., Timchenko I.V., Astrakhansev A.F.* et al. (Semashko Central hospital N2 of Open Society «Russian Railways», Medical unit N33, Moscow, Russia). Helicobacter pylori eradication in comprehensive approach to stomach polyp treatment. — Ibid. — P. 156.
  16. *Мосина Л.М., Матвеева Л.В., Митина Е.А., Гераскин А.Е.* (Медицинский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия). Состав кишечной микрофлоры при эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью. — Там же. — С. 54.
  16. *Mosina L.M., Matveyeva L.V., Mitina Ye.A., Geraskin A.Ye.* (Ogaryov Medical state university, Saransk, Russia). Composition of intestinal microflora at eradication therapy in peptic ulcer patients. — Ibid. — P. 54.
  17. *Нукифоров П.А., Ляпунова В.Н., Бурков С.Г.* и др. (ГМУ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия). Ближайшие и отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии и рак желудка. — Там же. — С. 152.
  17. *Nikiforov P.A., Lyapunova V.N., Burkov S.G.*, et al. (State municipal institution Administrative offices of the President of Russian Federation, Moscow, Russia). Early and long-term outcomes of endoscopic polypectomy and stomach cancer. — Ibid. — P. 152.
  18. *Олейник А.И., Кремзер А.А., Шевченко И.Н.* (Государственный медицинский университет, Запорожье, Украина). Неинвазивная диагностика хронического атрофического гастрита. — Там же. — С. 33.
  18. *Oleynik A.I., Kremzer A.A., Shevchenko I.N.* (State medical university, Zaporozhye, Ukraine). Non-invasive diagnostics of chronic atrophic gastritis. — Ibid. — P. 33.
  19. *Осадчук А.М., Балашов Д.В., Осадчук М.А.* (Самарский государственный медицинский университет; Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия). Сравнительная оценка эффективности схем эрадикационной терапии *H. pylori* в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. — Там же. — С. 33.

19. *Osadchuk A.M., Balashov D.V., Osadchuk M.A.* (Samara state medical university; Sechenov First Moscow state medical university, Russia). Comparative assessment of efficacy of *H. pylori* eradication therapy modes in treatment of duodenal peptic ulcer. — *Ibid.* — P. 33.
20. *Подсви́рова О.И., Яковлев А.А.* (Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия). Частота контаминации *Helicobacter pylori* и структура поражений гастродуоденальной слизистой у ревматологических больных, принимающих неселективные противовоспалительные препараты. — Там же. — С. 56.
20. *Podsvirova O.I., Yakovlev A.A.* (State medical university, Rostov-on-Don, Russia). Frequency of *Helicobacter pylori* infection and pattern of gastroduodenal lesions in rheumatological patients receiving non-selective anti-inflammatory drugs. — *Ibid.* — P. 56.
21. *Рапопорт С.И., Самсонов А.А., Гречушников В.Б., Сакович Л.В.* (Центральная клиническая больница № 6 ОАО «РЖД», Москва, Россия). Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике *H. pylori*. — Там же. — P. 166.
21. *Rapoport S.I., Samsonov A.A., Grechushnikov V.B., Sakovich L.V.* (Central hospital N6 of Open Society «Russian Railways», Moscow, Russia). Diagnostic value of breath tests in *H. pylori* infection diagnostics. — *Ibid.* — P. 166.
22. *Смирнова Л.Е., Ковтунова Н.П., Вороненко О.В.* (Государственная медицинская академия, Тверь, Россия). Исследование психологических особенностей и качества жизни у больных язвенной болезнью. — Там же. — С. 149.
22. *Smirnova L.Ye., Kovtunova N.P., Voronenko O.V.* (State medical academy, Tver, Russia). Investigation of psychologic features and quality of life in peptic ulcer patients. — *Ibid.* — P. 149.
23. *Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А.* Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. — М.: РМАПО, 2000. — 48 с.
23. *Sotnikov V.N., Dubinskaya T.K., Razzhivina A.A.* Endoscopic diagnostics and endoscopic methods of treatment of bleedings from the upper regions of gut: manual. — М.: Russian Medical Academy for Postgraduate Education, 2000. — 48 p.
24. *Старостин Б.Д., Старостина Г.А.* (Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия). Эрадикация *Helicobacter pylori* у пациентов с хроническим хеликобактерным гастритом // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5 (прил. 38; Материалы Семнадцатой Российской гастроэнтерологической недели) — С. 36.
24. *Starostin B.D., Starostina G.A.* (City polyclinic № 38, Saint Petersburg, Russia). Helicobacter pylori eradication in patients with chronic *H. pylori*-associated gastritis // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, № 5 (Suppl. 38; Proceedings of the Seventeenth Russian gastroenterological week) — P. 36.
25. *Третьякова О.В., Цуканов В.В.* (НИИ МПС СО РАМН, Красноярск, Россия). Меняются ли распространенность и клинические проявления язвенной болезни в России?. — Там же. — С. 37.
25. *Tretyakova O.V., Tsukanov V.V.* (Scientific research institute of medical problems of the North, Siberian department of the Russian academy of medical sciences, Krasnoyarsk, Russia). Do prevalence and clinical symptoms of peptic ulcer in the Russia change?. — *Ibid.* — P. 37.
26. *Фомин П.Д., Шенетько Е.Н., Смиковуб А.А.* (Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина). Хирургическое лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений и коррекция постгеморрагических анемий гемопоэтическими стволовыми клетками. — Там же. — С. 37.
26. *Fomin P.D., Shepetko Ye.N., Smikodub A.A.* (Bogomolets national medical university, Kiev, Ukraine). Surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleedings and treatment of posthemorrhagic anemia by hemopoietic stem cells. — *Ibid.* — P. 37.
27. *Цуканов В.В., Амелчугова О.С.* (НИИ МПС СО РАМН, Красноярск, Россия). Заболеваемость, факторы риска и возможности профилактики рака желудка у населения России. — Там же. — С. 38.
27. *Tsukanov V.V., Amelchugova O.S.* (Scientific research institute of medical problems of the North, Siberian department of the Russian academy of medical sciences, Krasnoyarsk, Russia). Morbidity, risk factors and potentials of prophylaxis of stomach cancer at the population of Russia. — *Ibid.* — P. 38.
28. *Шапошников В.И., Ралко С.Н.* (Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия). Эволюция тактики и методов хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв. — Там же. — С. 40.
28. *Shaposhnikov V.I., Ralko S.N.* (Kuban State Medical university, Krasnodar, Russia). Evolution of tactics and methods of surgical treatment of perforative duodenal ulcers. — *Ibid.* — P. 40.
29. *Шенетько Е.Н., Струменский Д.А.* (Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина). Эволюция тактики и методов хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв. — Там же. — С. 41.
29. *Shepetko Ye.N., Strumensky D.A.* (Bogomolets national medical university, Kiev, Ukraine). Evolution of tactics and methods of surgical treatment of perforative duodenal ulcers. — *Ibid.* — P. 41.
30. *Шулешова А.Г., Осин В.Л., Сафронов А.М., Дуванский В.А.* (УНМЦ Управления делами Президента РФ; ГНЦ лазерной медицины, Москва, Россия). Лазерные и электрохирургические методики лечения полипов желудка. — Там же. — С. 158.
30. *Shuleshova A.G., Osin V.L., Safronov A.M., Duvansky V.A.* (Educational Scientific Medical Center, Administrative offices of the President of Russian Federation, Moscow, Russia; State scientific center of laser medicine, Moscow, Russia). Laser and electrosurgical procedures at treatment of stomach polyps. — *Ibid.* — P. 158.
31. *De Francesco V., Della Valle N., Stoppino V.* et al. Effectiveness and pharmaceutical cost of sequential treatment for *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — Vol. 19. — P. 993–998.
32. *De Francesco V., Zullo A., Hassan C.* et al. The prolongation of triple therapy for *Helicobacter pylori* does not allow reaching therapeutic outcome of sequential scheme: a prospective, randomized study // Dig. Liver Dis. — 2004. — Vol. 36. — P. 322–326.
33. *Delgado J., Bujanda L., Gisbert P.* et al. Effectiveness of a 10-day sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in clinical practice // Gastroenterology. — 2007. — Vol. 132. — P. 112.
34. *Focareta R., Forte G., Forte F.* et al. Could the 10-days sequential therapy be considered a first choice treatment for the eradication of *Helicobacter pylori* infection? // Dig. Liver Dis. — 2003. — Vol. 35 (suppl. 4). — P. 33.
35. *FrancaVilla R., Lionetti E., Castellaneta S.P.* et al. Improved efficacy of 10-day sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in children: a randomized trial // Gastroenterology. — 2005. — Vol. 129. — P. 1414–1419.
36. *Hassan C., de Francesco V., Zullo A.* et al. Sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in duodenal ulcer patients: improving the cost of pharmacotherapy // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 18. — P. 641–646.
37. *Zullo A., Vaira D., Vakil N.* et al. High eradication rates of *Helicobacter pylori* with a new sequential treatment // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 17. — P. 719–726.