



Распространенность эрозивно-язвенных поражений желудка и инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенным колитом

Н.А. Понкратова*, П.В. Павлов, О.С. Шифрин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Цель исследования: оценить распространенность эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка, а также частоту инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенным колитом.

Материал и методы. В исследование было включено 70 больных язвенным колитом. Всем больным, помимо стандартного обследования, включавшего эзофагогастродуоденоскопию, проведена диагностика инфекции *H. pylori*: всем 70 пациентам — быстрый уреазный тест (БУТ), 24 больным (34,3 %) определение ДНК *H. pylori* в кале, 46 больным (65,7 %) дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C . Исследование инфекции *H. pylori* с помощью БУТ проведено у 111 пациентов без воспалительных заболеваний кишечника, которые составили контрольную группу.

Результаты. У больных язвенным колитом при эндоскопическом исследовании выявлены воспалительные и эрозивные изменения слизистой оболочки желудка. В 7,1 % случаев (5 человек из 70) обнаружены эрозии тела желудка, у 40,0 % пациентов (28 человек из 70) — эрозии антрального отдела желудка. Не выявлено влияния предшествующей стероидной терапии, а также высокой активности язвенного колита на частоту эрозивных поражений желудка (соответственно $p = 0,433$; $p = 0,158$).

Инфекция *H. pylori* выявлена у больных язвенным колитом достоверно реже, чем в группе контроля (соответственно в 52,9 % (37 человек из 70) и 71,2 % случаев (79 человек из 111); $p = 0,012$). Не обнаружена зависимость между инфекцией *H. pylori* и тяжестью обострения основного заболевания ($p = 0,157$).

Заключение. У больных язвенным колитом часто обнаруживаются эрозивные изменения желудка, не коррелирующие с активностью основного заболевания. Инфекция *H. pylori* реже встречается у больных язвенным колитом, чем у лиц, не страдающих воспалительными заболеваниями кишечника.

Ключевые слова: язвенный колит, эрозии желудка, инфекция *Helicobacter pylori*

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Понкратова Н.А., Павлов П.В., Шифрин О.С. Распространенность эрозивно-язвенных поражений желудка и инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенным колитом. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(3):74–80. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-3-74-80>

Prevalence of Erosive-ulcerative Lesions of the Stomach and *Helicobacter Pylori* Infection in Patients with Ulcerative Colitis

Natalia A. Ponkratova*, Pavel V. Pavlov, Oleg S. Shifrin

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Aim. To assess the prevalence of erosive-ulcerative lesions of the gastric mucosa, as well as the frequency of *Helicobacter pylori* infection in patients with ulcerative colitis.

Materials and methods. The study included 70 patients with ulcerative colitis. All patients, along with the standard examination using esophagogastroduodenoscopy, were diagnosed with regard to *H. pylori* infection: all 70 patients received a rapid urease test (RUT), 24 patients (34.3 %) had *H. pylori* DNA analyzed in feces, and 46 patients (65.7 %) had ^{13}C labeled urea breath test. The study of *H. pylori* infection with RUT was carried out in 111 patients without inflammatory bowel disease, who formed the control group.

Results. Endoscopic examination of patients with ulcerative colitis revealed inflammatory and erosive changes in the gastric mucosa. In 7.1 % of cases (5 out of 70 people), the erosion of the body stomach was detected, in 40.0 % of patients (28 out of 70) – erosion of the antrum. No effect of previous steroid therapy, as well as the high activity of ulcerative colitis on the frequency of the stomach erosive lesions (respectively, $p = 0.433$; $p = 0.158$) was detected. *H. pylori* infection was found in patients with ulcerative colitis significantly less frequently than in the control group

(respectively, in 52.9 % (37 people out of 70) and 71.2 % of cases (79 people out of 111); $p = 0.012$). No relationship was found between *H. pylori* infection and the severity of the exacerbation of the underlying disease ($p = 0.157$).

Conclusion. In patients with ulcerative colitis, erosive changes frequently found in the stomach do not correlate with the activity of the underlying disease. *H. pylori* infection is less common in patients with ulcerative colitis than in individuals not suffering from inflammatory bowel disease.

Keywords: ulcerative colitis, gastric erosion, *Helicobacter pylori* infection

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

For citation: Ponkratova N.A., Pavlov P.V., Shifrin O.S. Prevalence of Erosive-ulcerative Lesions of the Stomach and *Helicobacter Pylori* Infection in Patients with Ulcerative Colitis. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2019;29(3):74–80. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-3-74-80>

Оценка состояния желудка и двенадцатиперстной кишки представляется актуальной проблемой при ведении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Такие больные часто предъявляют жалобы на диспепсию [1, 2]. Пациентам с язвенным колитом (ЯК) в связи с лечением основного заболевания назначают препараты с неблагоприятным действием на желудок. Кроме того, оценка наличия изменений в верхних отделах желудочно-кишечного тракта необходима при проведении дифференциальной диагностики при заболеваниях кишечника [3]. При ЯК происходит иммунное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, в то время как при болезни Крона (БК) могут быть поражены и другие отделы желудочно-кишечного тракта [4]. Показано, что сопутствующие поражения желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются при ЯК [5–7].

Даже у пациентов без диспепсии при эндоскопическом исследовании могут быть выявлены изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта [8]. По результатам эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) гастродуоденальные язвы встречались одинаково часто как у пациентов с язвенным колитом (5,1 %), так и с болезнью Крона (5,5 %) [11]. В исследовании К. Ногі и соавт. [5] проведена оценка состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта: при эндоскопическом исследовании у 7,6 % пациентов с ЯК выявлены эрозивно-язвенные поражения. Такие изменения встречались у лиц с наиболее агрессивным течением язвенного колита. В литературе описано несколько клинических наблюдений пациентов с ЯК, у которых при ЭГДС обнаруживали воспалительные и эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим их заживлением на фоне ремиссии основного заболевания при применении стандартной противовоспалительной терапии [9–11].

Инфекция *H. pylori*, по данным отечественных источников, обнаруживается у 65–92 % взрослого населения в различных регионах нашей страны [12]. Исследования по распространенности инфекции *H. pylori* среди больных язвенным колитом проводились во многих странах, и уровень инфицированности в данной группе варьирует от низкой — 4,5 % в Польше и 12,2 % в Венгрии [13, 14] до высокой в Мексике — 57 % [15] и Турции —

70 % [2]. В среднем в большинстве стран (Италии, Финляндии, Греции, Китае, Израиле, Корее, Англии) инфекция *H. pylori* выявлена у 29–35 % больных язвенным колитом [8, 16–21]. При этом в Италии, США, Венгрии, Бразилии, Китае геликобактерная инфекция чаще встречается в популяции в целом по сравнению с пациентами, страдающими язвенным колитом. Однако в Турции и Мексике соотношение инфицированных пациентов с ВЗК и без ВЗК примерно одинаковое [22]. Противоречивые данные могут быть связаны с различием в дизайне исследований, в том числе с использованием разных методов диагностики инфекции. В этой связи важно отметить, что во всех рассмотренных работах пациенты обследованы лишь одним методом.

В настоящее время существуют различные теории относительно взаимного влияния инфекции *H. pylori* и ВЗК. Согласно статистике распространенность ВЗК более низкая в популяциях с высокой частотой *H. pylori*, что дает основание предположить возможное «протективное» действие инфекции. Имеются данные о том, что *H. pylori* реже встречается у больных с ВЗК, чем в популяции в целом [23–25]. Такое соотношение может быть обусловлено как тем, что большинство носителей инфекции не заболевают язвенным колитом и болезнью Крона, так и тем, что больные воспалительными заболеваниями кишечника менее восприимчивы к инфекции [22, 26].

Наше исследование было направлено на изучение распространенности эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка, а также частоту инфекции *H. pylori* у больных язвенным колитом в российской популяции.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 70 больных с диагнозом язвенный колит. Все больные проходили обследование и лечение в Клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко УКБ №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)». Среди обследованных пациентов 33 были женщины (47,1 %) и 37 мужчин (52,9 %). Возраст больных от 19 до 65 лет, средний возраст $37,9 \pm 1,53$ года. Больные

на догоспитальном этапе в зависимости от тяжести основного заболевания получали терапию препаратами 5-АСК, стероидными препаратами, цитостатиками или биологическую терапию. Из 70 больных 33 (47,1 %) человека не получали гормональных и биологических препаратов, 11 (15,7 %) пациентов принимали преднизолон, 5 (7,1 %) пациентов — азатиоприн, 16 (22,8 %) — преднизолон и азатиоприн, 1 (1,4 %) человек принимал только биологические препараты, 4 (5,7 %) пациента принимали азатиоприн и биологическую терапию.

Всем пациентам проводили стандартное обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза заболевания, лабораторные и инструментальные исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия высокого разрешения в белом свете и узкоспектральном режиме, гистологические исследования биоптатов желудка и толстой кишки).

Диагностика инфекции *H. pylori*. Исследуемые больные не получали терапию ингибиторами протонной помпы, антибиотиками и препаратами висмута в течение месяца до включения в исследование. Диагностику инфекции *H. pylori* проводили всем 70 больным ЯК двумя методами. При проведении ЭГДС всем 70 больным биоптаты слизистой оболочки антрального отдела и верхней трети тела по большой кривизне использовали для быстрого уреазного теста (БУТ). В качестве второго метода 24 больным (34,3 %) определяли ДНК бактерии *H. pylori* в кале. У 46 больных (65,7 %) применялся дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C , с помощью инфракрасного анализатора изотопического отношения $^{13}\text{C}/^{12}\text{C}$ в двуокиси углерода выдыхаемого воздуха. 111 пациентам без ВЗК, которые составили контрольную группу, проведен БУТ.

Для статистической обработки данных использовалась программа SPSS (ver. 23.0. 1989–1999, США). Для проверки связи между переменными использовались точный тест Фишера и метод хи-квадрат Йейтса. Статистические различия между группами пациентов оценивались с помощью одностороннего ANOVA-теста с попарными множественными сравнениями. Корреляции оценивали с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Уровень достоверности между статистическими показателями оценивался как $p < 0,05$.

Результаты исследования

Эрозивно-язвенные поражения желудка у пациентов с язвенным колитом

В нашем исследовании частота диспептических жалоб (чувство тяжести в желудке после еды, эпигастральная боль) составила 62,9 %.

При проведении ЭГДС у значительного количества пациентов обнаружены эрозивные поражения слизистой оболочки желудка (табл. 1). Язвы желудка не были обнаружены ни у одного больного.

Эрозии в антральном отделе у больных ЯК выявлены чаще, чем в теле желудка. Полипы в желудке обнаружены у четырех человек — 5,7 %.

У *H. pylori*-позитивных больных ЯК эрозивные изменения слизистой оболочки желудка определялись у 48,7 % (у 18 пациентов из 37), в то время как у 33 *H. pylori*-негативных больных ЯК эрозии выявлены у 36,4 % (у 12 больных из 33).

Мы проанализировали возможную взаимосвязь эрозивных поражений слизистой оболочки желудка, обнаруженных при эндоскопическом исследовании, с терапией, получаемой больными ЯК по основному заболеванию (табл. 2).

Нам не удалось обнаружить существенного влияния стероидной терапии на увеличение частоты эрозивных изменений слизистой оболочки тела желудка ($\chi^2 = 4,324$; $p = 0,504$; $r_s = 0,095$, $p = 0,433$). Между применением стероидов и частотой эрозивных изменений ($\chi^2 = 2,027$; $p = 0,845$; $r_s = 0,072$,

Таблица 1. Эрозии тела и антрального отдела желудка по данным ЭГДС

Table 1. Stomach body and antrum erosions according to EGD data

Эрозии слизистой оболочки желудка Gastric mucosa erosions	n (%)
Тело желудка Stomach body	5 (7,1 %)
Антральный отдел желудка Stomach antrum	28 (40 %)

Таблица 2. Изменения слизистой оболочки желудка и базисная терапия ЯК

Table 2. Gastric mucosa alterations and UC basic therapy

Терапия ЯК UC therapy	Тело желудка Stomach body	Антральный отдел желудка Stomach antrum
	эрозии / erosions	эрозии / erosions
Без стероидной и биологической терапии Without steroid and biological therapy	1 (1,4 %)	12 (17,1 %)
Стероидная терапия / Steroid therapy	4 (5,7 %)	13 (18,6 %)
Биологическая и стероидная терапия Biological and steroid therapy	0	2 (2,9 %)
Биологическая терапия / Biological therapy	0	1 (1,4 %)

Таблица 3. Эндоскопические изменения слизистой оболочки желудка в зависимости от эндоскопической активности язвенного колита

Table 3. Endoscopic alterations of gastric mucosa depending on ulcerative colitis endoscopic activity

Эндоскопическая активность ЯК UC endoscopic activity	Тело желудка Stomach body	Антральный отдел желудка Stomach antrum
	эрозии / erosions	эрозии / erosions
0 — неактивное заболевание 0 — inactive disease	0	4 (5,7 %)
1 — минимальная активность 1 — minimal activity	1 (1,4 %)	3 (4,2 %)
2 — умеренная активность 2 — moderate activity	1 (1,4 %)	12 (17,1 %)
3 — выраженная активность 3 — pronounced activity	3 (4,2 %)	9 (12,9 %)

$p = 0,552$) слизистой оболочки антрального отдела желудка не обнаружено достоверных различий в распределении пациентов и корреляционной связи между ними.

Частота определения эндоскопических изменений слизистой оболочки желудка в зависимости от эндоскопической активности язвенного колита показана в таблице 3.

Эрозивные изменения тела желудка выявлены чаще при выраженной активности основного заболевания, чем при менее активных формах ЯК. Однако распределение пациентов по эндоскопической картине тела желудка в зависимости от различной активности ЯК недостоверно и корреляционная связь не обнаружена ($\chi^2 = 3,140$; $p = 0,371$; $r_s = 0,171$, $p = 0,158$).

В антральном отделе желудка эрозии также несколько чаще встречались при умеренной активности ЯК, чем при низкой активности или ремиссии. Однако статистическую достоверность выявить не удалось ($\chi^2 = 2,230$; $p = 0,526$; $r_s = 0,118$, $p = 0,329$).

Инфекция *H. pylori* при разных формах язвенного колита

По результатам хотя бы одного из методов у 37 (52,9 %) больных ЯК обнаружена инфекция *H. pylori*. В контрольной группе инфекция *H. pylori* диагностирована у 79 (71,2 %) человек. Таким образом, инфекция *H. pylori* достоверно чаще выявлена у пациентов контрольной группы ($\chi^2 = 6,256$; $p = 0,012$).

Проведена оценка частоты инфекции *H. pylori* в зависимости от степени тяжести обострения язвенного колита (табл. 4).

При умеренном и тяжелом обострении колита геликобактерная инфекция диагностирована несколько чаще, хотя достоверных различий в распределении пациентов по наличию инфекции *H. pylori* в зависимости от тяжести обострения колита не обнаружено ($\chi^2 = 3,699$; $p = 0,157$), корреляционной связи между этими показателями не выявлено ($r_s = 0,223$, $p = 0,064$).

Проанализирована частота инфекции *H. pylori* в зависимости от длительности течения язвенного колита (табл. 5).

У больных ЯК с продолжительностью заболевания от 1 года до 5 лет инфекция *H. pylori* диагностирована чаще. У пациентов с длительностью основного заболевания более 10 лет инфекция *H. pylori* обнаруживалась реже. Однако достоверных различий в распределении пациентов по наличию инфекции в зависимости от длительности течения ЯК не обнаружено ($\chi^2 = 4,483$; $p = 0,214$), как и корреляции между этими показателями ($r_s = -0,028$, $p = 0,818$).

Таблица 4. Частота инфекции *H. pylori* в зависимости от индекса активности язвенного колита

Table 4. *H. pylori* infection prevalence depending on UC activity index

Тяжесть заболевания по индексу активности ЯК Disease severity according to UC activity index	<i>H. pylori</i> «+», n (%)
Легкая / Weak	9 (12,9)
Умеренная / Moderate	15 (21,4)
Тяжелая / Severe	13 (18,6)

Таблица 5. Частота определения инфекции *H. pylori* в зависимости от длительности течения язвенного колита

Table 5. Frequency of *H. pylori* diagnosis depending on ulcerative colitis duration

Длительность ЯК UC duration	<i>H. pylori</i> «+», n (%)
Менее 1 года / Less than 1 year	8 (11,4)
От 1 до 5 лет / 1 to 5 years	17 (24,3)
От 5 до 10 лет / 5 to 10 years	9 (12,9)
Более 10 лет / More than 10 years	3 (4,3)

Таблица 6. Частота инфекции *H. pylori* в зависимости от локализации поражения толстой кишки

Table 6. *H. pylori* infection prevalence depending on the colon lesion localization

Локализация поражения Lesion localization	<i>H. pylori</i> «+» n (%)
Проктит и проктосигмоидит Proctitis and proctosigmoiditis	11 (15,7)
Левосторонний колит Left-sided colitis	4 (5,7)
Тотальный колит / Total colitis	20 (28,5)

Таблица 7. Частота инфекции *H. pylori* в зависимости от эндоскопической активности язвенного колита

Table 7. *H. pylori* infection prevalence depending on ulcerative colitis endoscopic activity

Эндоскопическая активность ЯК UC endoscopic activity	<i>H. pylori</i> «+», n (%)
0 — неактивное заболевание 0 — inactive disease	4 (5,7)
1 — минимальная активность 1 — minimal activity	5 (7,1)
2 — умеренная активность 2 — moderate activity	15 (21,4)
3 — выраженная активность 3 — pronounced activity	13 (18,5)

Частота инфекции *H. pylori* в зависимости от локализации воспалительного процесса в толстой кишке представлена в таблице 6.

При тотальной форме колита инфекция диагностирована наиболее часто. При левостороннем колите наименьшее число больных являются носителями инфекции *H. pylori*. Различия в распределении пациентов по наличию инфекции *H. pylori* в зависимости от локализации поражения толстой кишки оказались недостоверны ($\chi^2 = 5,817$; $p = 0,213$), как и корреляционная связь между ними ($r_s = 0,062$, $p = 0,608$).

Оценка частоты инфекции *H. pylori* в зависимости от эндоскопической активности язвенного колита приведена в таблице 7.

Хотя при умеренной и выраженной степени эндоскопической активности колита инфекция *H. pylori* диагностирована у наибольшего количества пациентов, достоверных различий в распределении пациентов по этим показателям и корреляционной связи между ними также не обнаружено ($\chi^2 = 3,709$; $p = 0,295$; $r_s = 0,221$, $p = 0,066$).

Обсуждение

У больных ЯК помимо жалоб, свойственных основному заболеванию, частота диспептических

жалоб (чувство тяжести в желудке после еды, эпигастральная боль) составила 62,9 %. При эндоскопическом исследовании желудка в 24,2 % случаев (17 человек из 70) выявлена очаговая гиперемия, а в 7,1 % случаев (5 человек из 70) — эрозии тела желудка, у 92,9 % (65 человек из 70) — очаговая гиперемия и у 40,0 % пациентов (28 человек из 70) — эрозии антрального отдела желудка. Не обнаружено существенного влияния предшествующей стероидной терапии, а также высокой активности ЯК на частоту эрозивных поражений желудка (соответственно $p = 0,433$; $p = 0,158$).

В российской популяции инфекция *H. pylori* обнаруживается у больных ЯК достоверно реже, чем в группе контроля (соответственно в 52,9 % и 71,2 % случаев; $p = 0,012$). Это совпадает с данными иностранных авторов, отмечавших более низкую частоту инфекции *H. pylori* у больных ЯК [23–25]. Важно отметить, что низкая частота *H. pylori* при ЯК выявлена в отечественной популяции с высокой популяционной распространенностью инфекции *H. pylori* в России [27–29]. При этом нами не выявлены достоверные различия между показателями частоты инфекции *H. pylori* и тяжестью обострения основного заболевания ($p = 0,157$).

Данные некоторых исследований свидетельствуют о возможном обнаружении у больных ЯК изменений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе и при отсутствии инфекции *H. pylori* [3, 5], что согласуется с результатами нашего исследования, показывающего наличие эрозивных изменений слизистой оболочки желудка, не ассоциированных с инфекцией *H. pylori*, у 12 пациентов с ЯК (в 17 % случаев). Стоит отметить, что по литературным данным *H. pylori*-негативные изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта описываются чаще при болезни Крона в сравнении с ЯК [3, 5, 30, 31]. Гистологические изменения слизистой оболочки, представленные очаговым гастритом, обнаруживаются у пациентов как с болезнью Крона, так и с ЯК [3, 6]. Гранулематозные же поражения желудка, естественно, характерны для болезни Крона [3, 8].

Выводы

В российской популяции частота выявления у больных ЯК инфекции *H. pylori* ниже, чем в группе сравнения. Активность ЯК, проведение стероидной терапии достоверного влияния на частоту развития эрозивных поражений желудка не оказывают. При наличии у больных ЯК инфекции *H. pylori* эрозивные поражения желудка встречаются чаще, чем у *H. pylori*-негативных пациентов с ЯК. Больным ЯК целесообразно проводить эндоскопические исследования желудка в сочетании с определением возможного наличия инфекции *H. pylori*.

Литература / References

- Parente F., Molteni P., Bollani S., Maconi G., Vago L., Duca P., Rembacken B., Axon A., Bianchi Porro G. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection and related upper gastrointestinal lesions in patients with inflammatory bowel diseases. A cross-sectional study with matching. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(11):1140–6.
- Parlak E., Ulker A., Dişibeyaz S., Alkim C., Dağlı U. There is no significant increase in the incidence of *Helicobacter pylori* infection in patients with inflammatory bowel disease in Turkey. *J Clin Gastroent.* 2001;33(1):87–8. DOI: 10.1097/00004836-200107000-00025
- Horj Talabur Horje C.S., Meijer J., Rovers L., van Lochem E.G., Groenen M.J., Wahab P.J. Prevalence of upper gastrointestinal lesions at primary diagnosis in adults with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22 (8):1896–901. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000786
- Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 754. [Gastroenterology. National guide. Ed. V.T. Ivashkin, T.L. Lapina. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group; 2008. P. 754 (In Rus.).]
- Hori K., Ikeuchi H., Nakano H., Uchino M., Tomita T., Ohda Y., Hida N., Matsumoto T., Fukuda Y., Miwa H. Gastroduodenitis associated with ulcerative colitis. *World J Gastroenterol.* 2008;43(3):193–201. DOI: 10.1007/s00535-007-2143-8
- Lin J., McKenna B.J., Appelman H.D. Morphologic findings in upper gastrointestinal biopsies of patients with ulcerative colitis: a controlled study. *AM J Surg Path.* 2010;34(11):1672–7. DOI: 10.1097/PAS.0b013e3181f3de93
- Hisabe T., Matsui T., Viyaoka K., Ishihara H. et al. Diagnosis and clinical course of ulcerative gastroduodenal lesion associated with ulcerative colitis: possible relationships with pouchitis. *Dig Endosc.* 2010;22(4):268–74. DOI:10.1111/j.1443-1661.2010.01006.x
- D'Inca R., Sturniolo G., Cassaro M., di Pace C., Longo G., Callegari I., Rugge M. Prevalence of upper gastrointestinal lesions and *Helicobacter pylori* infection in Crohn's disease. *Dig Dis Sci.* 1998;43(5):988–92. PMID:9590412
- Chiba M., Ono I., Wakamatsu H., Wada I., Suzuki K. Diffuse gastroduodenitis associated with ulcerative colitis: treatment by infliximab. *Dig Endosc.* 2013;25(6):622–25. DOI:10.1111/j.1443-1661.2012.01398.x
- Endo K., Kuroha M., Shiga H., Kakuta Y., Takahashi S., Kinouchi Y., Shimosegawa T. Two cases of diffuse duodenitis associated with ulcerative colitis. *Case Rep Gastrointest Med.* 2012;1–4. DOI:10.1155/2012/396521
- Ikeuchi H., Hori K., Nishigami T., Nakano H., Uchino M., Nakamura M., Kaibe N. et al. Diffuse gastroduodenitis and pouchitis associated with ulcerative colitis. *World J Gastroenterol.* 2006;12(36):5913–5. PMID:17007066
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л. и др. Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации (Обзор литературы и резолюция Экспертного совета Российской гастроэнтерологической ассоциации 19 мая 2017 г.) Рос журн гастроэнт гепатол колопрокт. 2017;27(4):421. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L. et al. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: mainstream and innovations (Review of the literature and Russian gastroenterological association Advisory council resolution, May 19, 2017). *Ros z gastroenterol gepatol koloproktol.* 2017;27(4):421 (In Rus.).] DOI: 10.22416/138243762017274421
- Stadek M., Jedynak-Wasowicz U., Wedrychowicz A., Kowalska-Duplaga K., Pieczarkowski S., Fyderek K. The low prevalence of *Helicobacter pylori* gastritis in newly diagnosed inflammatory bowel disease children and adolescents. *Przegl Lek.* 2007;64 Suppl 3:65–7.
- Buzás G.M., Lotz G., Schneider F., Józán J. Changing prevalence of *Helicobacter pylori* infection in the 9th district of Budapest. A retrospective endoscopic study, 1997–2012. *Orv Hetil.* 2013;154(23):900–7. DOI:10.1556/OH.2013.29630.
- Garza-González E., Pérez-Pérez G.I., Mendoza-Ibarra S.I., Flores-Gutiérrez J.P., Bosques-Padilla F.J. Genetic risk factors for inflammatory bowel disease in a North-eastern Mexican population. *Int J Immunogenet.* 2010;37(5):355–9. DOI:10.1111/j.1744-313X.2010.00932.x
- Väre P.O., Heikuri B., Silvennoinen J.A., Karttunen R., Niemelä S.E., Lehtola J.K., Karttunen T.J. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* infection in inflammatory bowel disease: is *Helicobacter pylori* infection a protective factor? *Scand J Gastroenterol.* 2001;36(12):1295–300. PMID: 11761020 DOI: 10.1080/0036 55201317097155
- Mantzaris G.J., Archavlis E., Zografos C., Zavos K., Petraki K., Triadaphyllou G. Low prevalence of *Helicobacter pylori* in inflammatory bowel disease: association with sulfasalazine. *Am J Gastroenterol.* 1995;90(10):1900. PMID: 7572928
- Jin X., Chen Y., Chen S., Xiang Z. Association between *Helicobacter Pylori* infection and ulcerative colitis — a case control study from China. *Int J Med Sci.* 2013;10(11):1479–84. PMID: 24046521 DOI: 10.7150/ijms.6934
- Lidar M., Langevitz P., Barzilay O., Ram M., Porat-Katz B.S., Bizzaro N., Tonutti E., Maieron R., Chowers Y., Bar-Meir S., Shoenfeld Y. Infectious serologies and autoantibodies in inflammatory bowel disease: insinuations at a true pathogenic role. *Ann N Y Acad Sci.* 2009;1173:640–8. PMID: 19758210 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04673.x
- Song M.J., Park D.I., Hwang S.J., Kim E.R., Kim Y.H., Jang B.I., Lee S.H., Ji J.S., Shin S.J. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Korean patients with inflammatory bowel disease, a multicenter study. *Korean J Gastroenterol.* 2009;53(6):341–7. PMID:19556840
- Duggan A.E., Usmani I., Neal K.R., Logan R.F. Appendicectomy, childhood hygiene, *Helicobacter pylori* status, and risk of inflammatory bowel disease: a case control study. *Gut.* 1998;43(4):494–8. DOI: 10.1136/gut.43.4.494
- Papamichael K., Konstantopoulos P., Mantzaris G.J. *Helicobacter pylori* infection and inflammatory bowel disease: Is there a link? *World J Gastroenterol.* 2014;20(21):6374–85. DOI: 10.3748/wjg.v20.i21.6374
- Piodi L.P., Bardella M., Rocchia C., Cesana B.M., Baldassarri A., Quatrini M. Possible protective effect of 5-aminosalicylic acid on *Helicobacter pylori* infection in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36(1):22–5.
- Wagtman M.J., Witte A.M., Taylor D.R., Biemond I., Veenendaal R.A., Verspaget H.W., Lamers C.B., van Hogezaand R.A. Low seroprevalence of *Helicobacter pylori* antibodies in historical sera of patients with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(7):712–718. DOI:10.3906/sag-1305-39
- Halme L., Rautelin H., Leidenius M., Kosunen T.U. Inverse correlation between *Helicobacter pylori* infection and inflammatory bowel disease. *J Clin Pathol.* 1996; 49(1):65–7. PMID: 8666689
- Wu X., Ji H., Yang M., Wu L., Wang F. *Helicobacter pylori* infection and inflammatory bowel disease in Asians: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2015;21(15):4750–6. DOI:10.3748/wjg.v21.i15.4750
- Жебрун А.Б., Сварваль А.В., Балабаш О.А., Ферман Р.С. Характеристика популяции *Helicobacter pylori* у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2013;2:90–6 [Zhebrun A. B., Svarval' A. V., Balabash O. A., Ferman R. S. *Helicobacter pylori* population characteristic in patients with diseases of gastrointestinal tract. *Zh Microbiol Epidemiol Immunobiol* 2013;2:90–6 (In Rus.).]
- Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В. Распространенность инфекции *H. pylori* среди

- населения Москвы. Рос журн гастроэнт гепатол колопроктол. 2010;20(2):25–30 [German S.V., Zylova I.E., Modestova A.V., Ermakov N.V. Prevalence of Helicobacter pylori infection in Moscow population. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2010; 20(2):25–30 (In Rus.)].
29. Hong C.H., Park D.I., Choi W.H., Park J.H., Kim H.J., Cho Y.K., Sohn C.I., Jeon W.K. et al. The clinical usefulness of focally enhanced gastritis in Korean patients with Crohn's disease. Korean J Gastroenterol. 2009;53(1):23–8.
30. Magalhães-Costa M.H., Reis B.R., Chagas V.L., Nunes T., Souza H.S., Zaltman C. Focal enhanced gastritis and macrophage microaggregates in the gastric mucosa: potential role in the differential diagnosis between Crohn's disease and ulcerative colitis. Arq Gastroenterol. 2014;51(4):276–82. DOI: 10.1590/S0004-28032014000400003

Сведения об авторах

Понкратова Наталья Александровна* — аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: natalyaponkratova@list.ru;
119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6956-2576>

Павлов Павел Владимирович — заведующий отделением эндоскопии УКБ № 2, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: pvpavlov@yandex.ru;
119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.

Шифрин Олег Самуилович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, заведующий отделением хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: oleg_shifrin@mail.ru;
119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Information about the authors

Natalia A. Ponkratova* — Postgraduate Researcher, Propaedeutics of Internal Diseases Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: natalyaponkratova@list.ru;
19991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, building 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6956-2576>

Pavel V. Pavlov — Departmental Head, Endoscopy Department, University Clinical Hospital No.2, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: pvpavlov@yandex.ru;
19991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, building 1.

Oleg S. Shifrin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Propaedeutics of Internal Diseases Department, Departmental Head, Department of Chronic Diseases of the Intestines and Pancreas, Vasilenko Clinic of the Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: oleg_shifrin@mail.ru;
19991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, building 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Поступила: 29.04.2019 Принята после доработки: 15.05.2019 Опубликовано: 30.06.2019
Submitted: 29.04.2019 Revised: 15.05.2019 Published: 30.06.2019

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author