

Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(4): 34-37
Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(4): 34-37
УДК 616.33-002.446-02:616.329/.33-002:616.342-002-008.17

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭРОЗИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА, АССОЦИИРОВАННОГО С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Никита Николаевич Иванов, Людмила Артуровна Фомина

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Аннотация. У 59 пациентов с эрозиями желудка (средний возраст $34,6 \pm 8,13$ лет) изучено влияние дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) на клинические симптомы эрозивных поражений желудка, частоту встречаемости хеликобактерной инфекции, а также эффективность ее эрадикационной терапии. Больные были разделены на две группы: 28 человек с эрозивными поражениями желудка и наличием ДГР и 31 человек – без ДГР. У пациентов с эрозивными поражениями желудка в сочетании с ДГР выявлялась более яркая клиническая симптоматика с выраженными болевым и диспепсическим синдромами, в группе больных без ДГР нередко клиническая симптоматика отсутствовала. Для эрозий желудка с ДГР характерны частые рецидивы заболевания с отсутствием их сезонности. Выявляемость хеликобактерной инфекции у пациентов с эрозивными поражениями и ДГР была существенно меньше, чем у больных без ДГР, но данный микроорганизм обладал более высокой резистентностью к кларитромицину. Установлено, что клинические особенности ассоциации эрозивных поражений желудка и ДГР характеризуется частыми обострениями с отсутствием сезонности, меньшей частотой выявления хеликобактериоза и более высокой его резистентностью к кларитромицину.

Ключевые слова: эрозии желудка, дуоденогастральный рефлюкс, *Helicobacter pylori*, диспепсия, абдоминальные боли

Для цитирования: Иванов Н.Н., Фомина Л.А. Клинические и этиологические аспекты эрозивного поражения желудка, ассоциированного с дуоденогастральным рефлюксом. Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(4): 34-37.

CLINICAL AND ETIOLOGICAL ASPECTS OF EROSIVE STOMACH LESIONS ASSOCIATED WITH DUODENOGASTRAL REFLUX

N. N. Ivanov, L. A. Fomina

Tver State Medical University, Tver, Russia

Abstract. The effect of duodenogastric reflux (DGR) on the clinical symptoms of gastric erosions, the incidence of *Helicobacter pylori* infection, and the effectiveness of eradication therapy was studied in 59 patients with gastric erosions (mean age 34.6 ± 8.13 years). Patients were divided into two groups: 28 with gastric erosions and DGR and 31 without DGR. Patients with gastric erosions and DGR exhibited more pronounced clinical symptoms, including severe pain and dyspeptic symptoms, while those without DGR often had no clinical symptoms. Gastric erosions with DGR are characterized by frequent relapses with no seasonality. The detection rate of *Helicobacter pylori* infection in patients with erosive lesions and DGR was significantly lower than in patients without DGR, but this microorganism exhibited higher resistance to clarithromycin. It was established that the clinical association between erosive gastric lesions and DGR is characterized by frequent exacerbations with no seasonality, a lower detection rate of *Helicobacter pylori*, and higher resistance to clarithromycin.

Key words: gastric erosions, duodenogastric reflux, *Helicobacter pylori*, dyspepsia, abdominal pain

For citation: Ivanov N.N., Fomina L.A. Clinical and etiological aspects of erosive stomach lesions associated with duodenogastric reflux. Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(4): 34-37.

Введение

Одной из частых патологий желудочно-кишечного тракта являются эрозии слизистой оболочки (СО) желудка, их распространенность среди взрослого населения достигает 10-25 % [1, 2].

Их основные клинические проявления включают болевой и диспепсический синдромы, симптомы которых достаточно разнообразны и зависят от этиологических факторов и сопутствующей патологии [3].

Нередко эрозивные поражения (ЭП) СО желудка протекают с отсутствием клинических проявлений заболевания или симптомы болезни столь не выражены, что не служат основанием для обращения к врачу [4]. При этом эрозии желудка имеют достаточно высокий риск развития осложнений с возможным летальным исходом [5, 6], что требует более детального обследования пациентов с абдоминальными болями или диспепсией.

Значимым этиологическим фактором возникновения и течения воспалительных, в том числе и ЭП желудка, является *Helicobacter pylori* (НР) [7]. Распространенность данного инфекционного агента достаточно высока и, по данным различных авторов, достигает в популяции 70-80 %. В последнее время отмечено снижение числа пациентов с хеликобактериозом, что повышает роль других этиологических и патогенетических факторов заболевания [1, 8].

Нередко ЭП желудка сопутствует дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), видоизменяющий клиническую картину болезни [3, 4], что связано с патогенным влиянием дуоденального содержимого на СО желудка [9, 10].

Суммирование патогенного воздействия НР и ДГР на СО желудка должно увеличивать ее повреждение [11, 12]. Однако существует и другая точка зрения: присутствие ДГР вызывает снижение обсемененности СО желудка НР. Это обусловлено утратой благоприятных условий обитания этого патогенного агента вследствие ДГР и, как результат, – уменьшение выраженности воспаления [13-15].

Цель исследования – выяснить влияние ДГР на клинические симптомы эрозивных поражений слизистой оболочки желудка, частоту встречаемости НР, а также возможности эрадикационной терапии у этой категории пациентов.

Материал и методы исследования

Обследовано 59 больных с эрозиями желудка (32 женщины и 27 мужчин), средний возраст пациентов – 34,6±8,13 лет. Диагноз был подтвержден результатами эндоскопического обследования, выявлявшим гиперемию, отек СО, наличие эрозивных ее изменений.

Для выполнения поставленной цели исследования пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 28 человек с ЭП желудка и наличием ДГР, вторую составили 31 человек без ДГР. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. На наличие у больного ДГР указывали жалобы на частую горечь во рту, а также выявление «застойной» желчи в желудке и неполного смыкания привратника при выполнении гастроскопии. У всех больных проводили исследование присутствия НР с применением либо дыхательного теста с мочевиной, меченой ¹³C, либо выявления антигена НР в кале, выполняли клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование брюшной полости.

Для анализа результатов была создана электронная база данных, статистическая обработка проводилась с помощью стандартной программы STATISTICA 10.1, использовались параметрические методы анализа. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости (P) принимался <0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение клинических симптомов заболевания показало, что проявления болевого абдоминального синдрома существенно отличались у пациентов двух групп (рисунок 1).



Примечание: * отмечена статистическая значимость различий между группами.

Рис. 1. Частота и характеристика болевого абдоминального синдрома в двух группах обследованных (%)

Fig. 1. Frequency and characteristics of abdominal pain syndrome in two groups of subjects (%)

При наличии ДГР боли носили более выраженный характер. У половины больных первой группы отмечались достаточно выраженные по интенсивности режущие боли, что являлось первоочередной причиной обращения к гастроэнтерологу, либо попыткой самостоятельного их купирования приемом антацидов. Более чем у четверти пациентов (28,6 %) боли носили ноющий характер и, как правило, пациенты самостоятельно не прибегали к их купированию. Пятеро больных (17,9 %) отмечали чувство тяжести в эпигастрии, один пациент (3,6 %) жалоб на абдоминальные боли не предъявлял.

Во второй группе больных режущие боли присутствовали у троих (9,7 %), ноющие неинтенсивные боли – у 9 больных (29,0 %). Свыше трети обследованных лиц этой группы отмечали чувство тяжести в эпигастрии, семеро (22,6 %) не жаловались на абдоминальные боли. Продолжительность сохранения болевого синдрома у пациентов первой группы была существенно больше по сравнению с пациентами второй группы (14,3±2,9 дней и 6,4±1,9 дней, p<0,05).

Проявления и выраженность желудочной диспепсии также различались в группах обследованных лиц (рисунок 2).

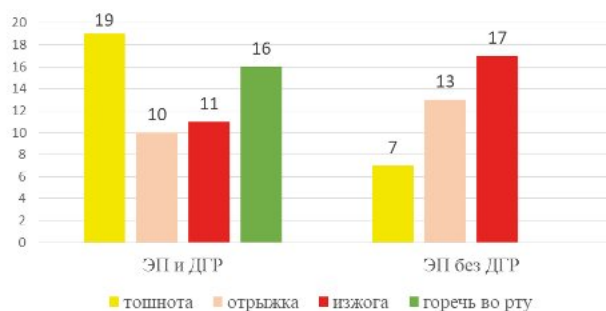


Рис. 2. Симптомы желудочной диспепсии в двух группах обследованных (число больных)

Fig. 2. Symptoms of gastric dyspepsia in two groups of subjects (number of patients)

У пациентов с ДГР преобладали жалобы на тошноту и горечь во рту, реже выявлялись изжога и отрыжка. В группе пациентов с ЭП желудка без ДГР чаще встречались отрыжка и изжога, реже – тошнота, горечь во рту у больных этой группы не отмечалась.

Анализ симптомов кишечной диспепсии показал (рисунок 3), что у большинства пациентов (67,9 %) первой группы присутствовали жалобы

на чередование послаблений стула и запоров, у 7 обследованных лиц (25 %) выявлялись запоры. Во второй группе чаще отмечались запоры (17 человек – 54,8 %) и нормальный стул (10 человек – 32,3 %). При ДГР почти у всех пациентов (23 человека – 82,1 %) отмечался метеоризм, у больных без ДГР он присутствовал только у двух человек (6,5 %).



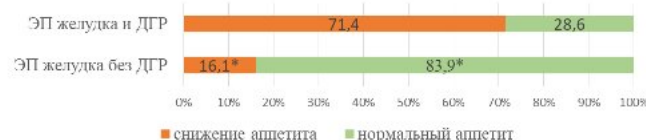
Примечание: * отмечена статистическая значимость различий между группами.

Рис. 3. Частота симптомов кишечной диспепсии в двух группах обследованных (%)

Fig. 3. Frequency of symptoms of intestinal dyspepsia in two groups of subjects (%)

Таким образом, у больных с ЭП СО желудка при наличии ДГР присутствовали выраженные болевой и диспепсический синдромы, лиц с отсутствием клинических проявлений практически не было. У больных без ДГР симптомы заболевания отмечались более стерто, а у нескольких больных (4 человека – 12,9 %) отсутствовали.

Кроме того, у пациентов с ЭП желудка отмечалось изменение аппетита. Но если в первой группе при наличии ДГР, некоторое снижение аппетита выявлялось в большинстве случаев, то в группе без ДГР их количество было значимо ($p < 0,05$) ниже (рис. 4).

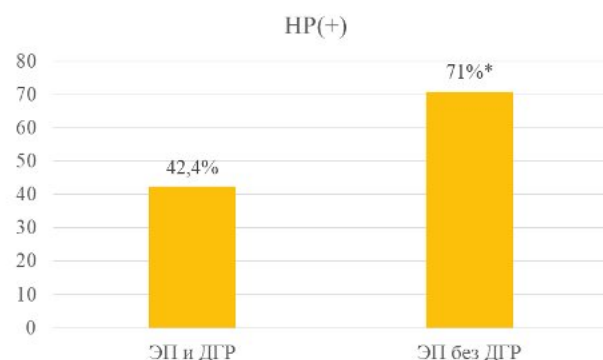


Примечание: * отмечена статистическая значимость различий между группами.

Рис. 4. Частота снижения аппетита в двух группах обследованных (%)

Fig. 4. Frequency of decreased appetite in two groups of subjects (%)

Хорошо известно, что значимый этиологический фактор при воспалительных, эрозивных поражениях желудка – НР. В группе обследованных лиц с ДГР частота его выявления составила 42,4 %, против 71 % в группе без ДГР ($p < 0,05$) (рисунок 5). Эти данные подтверждают мнение, что ДГР, изменяя кислотообразование в желудке, и тем самым нарушая «благоприятные» условия существования НР, снижают возможность инфицирования этим патогеном.



Примечание: * – статистическая значимость различий между группами.

Рис. 5. Частота распространенности хеликобактериоза в двух группах обследованных (%)

Fig. 5. Frequency of prevalence of Helicobacter pylori in two groups of subjects (%)

У всех обследованных лиц проводился анализ результатов предыдущих обследований на НР. Изучение анамнеза показало, что большинство (8 пациентов – 66,7 %) НР+ больных с ассоциацией с ЭП желудка и ДГР ранее уже получали эрадикационную терапию. В группе больных без ДГР число лиц, получавших лечение хеликобактериоза с отрицательным результатом, было значимо ($p < 0,05$) ниже (4 пациента – 18,2 %).

Анализ ранее проводимой эрадикационной терапии, не обеспечившей положительный результат, показал следующее. Из 8 лиц первой группы с ДГР пятеро принимали стандартное лечение (амоксикаллин, кларитромицин, омепразол и препарат висмута в предписанных клиническими рекомендациями дозировках в течение 14 дней), один – эту же схему лечения, но без висмута трикалия дицитрата. Два пациента получали тетрациклин, амоксициллин и омепразол, один из них 10 дней, второй 14 дней.

Во второй группе больных из четырех обследованных лиц с неэффективным результатом антихеликобактерной терапии два человека принимали амоксициллин, кларитромицин и омепразол 10 дней, один принимал метронидазол, тетрациклин и омепразол 10 дней, один – кларитромицин, метронидазол и омепразол 14 дней. Т.е. были нарушены предписанные клиническими рекомендациями схемы эрадикационной терапии.

Таким образом, можно высказать предположение, что неэффективный результат ранее проводимой эрадикационной терапии в группе с ДГР в основном был связан с резистентностью НР к стандартной терапии (вероятно, к кларитромицину), в группе без ДГР с несоблюдением рекомендаций по ее длительности и составу.

Эта точка зрения получила подтверждение при проведении повторного курса эрадикационной терапии. Все НР+ пациенты обеих групп получали амоксициллин, левофлоксацин, омепразол и препарат висмута в течение 14 дней. Контроль результата антихеликобактерного лечения через один месяц после его окончания показал отсутствие антигена НР в кале у всех пролеченных пациентов.

Выводы

1. У пациентов с ЭП СО желудка, сопровождающихся ДГР, отмечалась более яркая клиническая симптоматика с выраженным абдоминальным синдромом и диспепсией, которой часто сопутствовало небольшое снижение аппетита. Больных со стертой клинической картиной в этой группе практически не было. При ЭП желудка без ДГР болевой синдром был невыраженным и проявлялся небольшими болями в эпигастрии или чувством тяжести.
2. Распространенность хеликобактерной инфекции у пациентов с ЭП желудка и ДГР была существенно ниже, чем у больных без ДГР. Кроме того, забросы дуоденального содержимого в желудок, изменяя условия существования НР, вероятно приводили к повышению его резистентности, к кларитромицину, что необходимо учитывать при назначении эрадикационной терапии этой категории больных.

Список источников

1. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Кислотозависимые заболевания. Москва: Ре Медиа. 2020: 84.
2. Седякина Ю.В. Современный подход к лечению эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта. Врач скорой помощи. 2021; 10: 85-88.
3. Омельчук О.В. Эрозии желудка: этиология, клиника, методы диагностики. Молодой ученый. 2019; 13(251): 89-91. – URL: <https://moluch.ru/archive/251/57544> (дата обращения: 15.10.2025).
4. Вахрушев Я.М., Никишина Е.В. Комплексное изучение патогенетических механизмов эрозивного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Российский Гастроэнтерологический журнал. 1998; 3: 22-29.
5. Маев И.В., Цуканов В.В., Третьякова О.В., Каспаров Э.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Н.Г., Васютин А.В. Терапевтические аспекты лечения язвенных кровотечений. Фарматека. 2012; 21(2): 56-59.
6. Moayyedi P., Eikelboom J.W., Bosch J., Pagans J.B., Dyal L., Connolly S., Yusuf S. A randomized trial of proton pump inhibitors versus placebo to prevent upper gastrointestinal bleeding in patients receiving rivaroxaban or aspirin. Gastroenterology. 2019; 156(6): 174. doi: 10.1016/S0016-5085(19)37226-9
7. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В. ... [и др.]. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022; 32(6): 72-93. doi:10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93

8. Фомина Л.А., Дульнева Е.П. *Helicobacter pylori* у пациентов с функциональной диспепсией и язвенной болезнью: возможности эрадикационной терапии. Медицинский алфавит. 2022; 12: 12-14. doi: 10.33667/2078-5631-2022-12-12-14
9. Liu H., Hu C., Zhang X., Jia W. Role of gut microbiota, bile acids and their cross-talk in the effects of bariatric surgery on obesity and type 2 diabetes. J Diabetes Investig. 2018; 9(1):13-20. doi: 10.1111/jdi.12687
10. Бордин Д.С., Щелочников С.В., Ливзан М.А., Мозговой С.И., Гаус О.В. Принципы диагностики хронического гастрита, ассоциированного с патологическим дуоденогастральным рефлюксом: серия клинических наблюдений. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19(43): 64-74. doi: 10.33978/2307-3586-2023-19-43-64-74
11. Осипенко М.Ф., Ливзан М.А. Подходы к диагностике и терапии гастрита, ассоциированного с рефлюксом желчи. Лечащий врач. 2012; 2: 50-53.
12. Рысс Е.С. Введение в гастроэнтерологию. Учебное пособие. Санкт-Петербург : СпецЛит. 2005: 175.
13. Бабак О.Я. Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение. Сучасна гастроентерологія. 2003; 1(11): 28-30.
14. Мазуренко Н.Н., Заблудский А.Н., Товсташов А.Л., Матющенко О.В. Дуоденогастральный рефлюкс и *Helicobacter pylori*: морфологическая оценка у детей. Доказательная гастроэнтерология. 2016; 5(3): 3-9. doi: 10.17116/dokgastro2016533-9
15. Choi J., Kim S.G., Yoon H., Im J.P., Kim J.S., Kim W.H., Jung H.C. Eradication of *Helicobacter pylori* after endoscopic resection of gastric tumors does not reduce incidence of metachronous gastric carcinoma. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014; 12(5): 793-800.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2013.09.057

Иванов Никита Николаевич (контактное лицо) – аспирант кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; nikita-i98@mail.ru

Поступила в редакцию / The article received 20.10.2025.

Принята к публикации / Was accepted for publication 09.12.2025.