

В помощь практическому врачу

© ШЕПТУЛИН А.А., РАБОТЯГОВА Ю.С., 2025

Шептулин А.А.¹, Работягова Ю.С.²

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.В. Вернадского» Минобрнауки России, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

В представленной статье рассматриваются факторы риска возникновения острых и хронических множественных язв желудка. Острыми множественными язвами часто бывают стрессовые язвы, возникающие у больных, находящихся в критическом состоянии, а также язвы, возникающие при приеме лекарственных (прежде всего нестероидных противовоспалительных) препаратов. Острые множественные язвы часто манифестируют желудочно-кишечными кровотечениями (гематемезис, мелена). Профилактика острых множественных язв желудка при наличии факторов риска их возникновения предполагает своевременное назначение ингибиторов протонного насоса. В случаях хронических множественных язв желудка важно исключение инфильтративно-язвенной формы рака желудка, MALT-лимфомы, В-клеточной лимфомы, стеноза чревного ствола и других заболеваний.

Ключевые слова: множественные язвы желудка; дифференциальная диагностика; течение.

Для цитирования: Шептулин А.А., Работягова Ю.С. Этиологические факторы и особенности дифференциальной диагностики множественных язв желудка. *Клиническая медицина*. 2025;103(3):223–227.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-3-223-227>

Для корреспонденции: Шептулин Аркадий Александрович — e-mail: arkalshep@gmail.com

Arkady A. Sheptulin¹, Yuliya S. Rabotyagova²

ETIOLOGICAL FACTORS AND PECULIARITIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MULTIPLE GASTRIC ULCERS

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

²V.V. Vernadsky Crimean Federal University, Medical Institute named after S.I. Georgievsky, Simferopol, Russia

The present article discusses the risk factors for acute and chronic multiple gastric ulcers. Acute multiple ulcers are often stress ulcers that occur in critically ill patients, as well as ulcers that occur when taking medications (first of all nonsteroidal anti-inflammatory drugs). Acute multiple ulcers are often manifested by gastrointestinal bleeding (hematemesis, melena). Prevention of acute multiple gastric ulcers involves the timely appointment of proton pump inhibitors in the presence of risk factors for their occurrence. In cases of chronic multiple gastric ulcers, the exclusion infiltrative ulcerative gastric cancer, MALT-lymphoma, B-cell lymphoma, stenosis of the abdominal trunk and other diseases is of great importance.

Keywords: multiple gastric ulcers; differential diagnosis; the course.

For citation: Sheptulin A.A., Rabotyagova Yu.S. Etiological factors and peculiarities of differential diagnosis of multiple gastric ulcers. *Klinicheskaya meditsina*. 2025;103(3):223–227. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-3-223-227>

For correspondence: Arkady A. Sheptulin — e-mail: arkalshep@gmail.com.

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 04.09.2024
Accepted 17.09.2024

Множественные язвы желудка рассматриваются как особый вариант его язвенного поражения. Их частота среди всех язв желудка, приводимая в литературе, колеблется в широких пределах — от 2,3 до 17,5%, составляя, по нашим собственным данным, 9,2%. Анализ локализации множественных язв желудка, проведенный у 40 пациентов, показал, что у 42,2% больных они располагаются в одном отделе желудка (тело желудка или антральный отдел), в остальных случаях — в разных отделах. У подавляющего числа больных (82,2%) выявляются 2 язвы желудка, реже — 3 и более [1]. В литературе

описано наблюдение, в котором у больного (для остановки желудочно-кишечного кровотечения у него пришлось провести тотальную гастрэктомию) было обнаружено 100 язв желудка, оказавшихся при гистологическом исследовании доброкачественными и хроническими [2].

Учитывая, что этиологические факторы, а также особенности диагностики и дифференциальной диагностики острых и хронических множественных язв желудка существенно различаются между собой, целесообразно вначале рассмотреть указанные вопросы применительно к острым множественным язвам желудка (по нашим дан-

ным, они встречаются у 35% больных с множественными язвами желудка), а затем — к хроническим.

Большую группу **острых множественных язв желудка** составляют *стрессовые язвы* — под ними понимают язвы, возникающие у больных, находящихся в критическом состоянии, их, как правило, госпитализируют в отделения интенсивной терапии. Развитию стрессовых язв желудка способствуют такие факторы, как нахождение на искусственной вентиляции легких более 48 ч, нарушения свертывающей системы крови, сепсис и септический шок, почечная, печеночная и полиорганная недостаточность, распространенные ожоги (язвы Курлинга), обширные операции (в частности, нейрохирургические) и тяжелые черепно-мозговые травмы (язвы Кушинга), инфаркт миокарда [3]. Ведущим патогенетическим фактором возникновения стрессовых язв служит ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка вследствие нарушений в ней микроциркуляции, обусловленных расстройствами системной гемодинамики.

Стрессовые язвы желудка нередко манифестируют желудочно-кишечными кровотечениями (рвотой с содержанием в виде «кофейной гущи», дегтеобразным стулом), частота которых, по данным литературы, достигает 15% и которые повышают риск развития летального исхода [4].

Профилактика возникновения стрессовых язв включает назначение больным с перечисленными факторами риска их возникновения ингибиторов протонного насоса (ИПН) и блокаторов H_2 -рецепторов гистамина, а также в адекватном лечении основного заболевания, на фоне которого могут возникнуть стрессовые язвы желудка.

Большую группу острых множественных язв желудка составляют *лекарственные язвы*. Основное место среди них занимают язвы, вызванные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Угнетение ими активности фермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) вызывает нарушение синтеза простагландинов, обеспечивающих защитный барьер слизистой оболочки желудка, и расстройства функции тромбоцитов, способствуя высокой частоте желудочно-кишечных кровотечений. К дополнительным факторам риска НПВП-ассоциированных язв относятся: пожилой возраст больных, наличие в анамнезе язвенной болезни, вид препарата (наибольшим ulcerогенным действием обладают пироксикам, индометацин и кетопрофен), одновременное применение антикоагулянтов и кортикостероидов, сопутствующая инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), высокая доза НПВП и продолжительность лечения [5].

В литературе представлено наблюдение 35-летней китаянки, которая приняла одномоментно 48 капсул ибупрофена (300 мг в одной капсуле), чтобы привлечь к себе внимание своего мужа. Через 48 ч у нее появились сильные колющие боли в эпигастрии, сопровождающиеся тошнотой, изжогой, слабостью. При эзофагогастроэноскопии (ЭГДС) были выявлены множественные *H. pylori*-позитивные линейные язвы антрального отдела, покрытые беловато-желтоватым налетом, с контакт-

ной кровоточивостью. Проводилась антисекреторная, гастропротективная и антигеликобактерная терапия, приведшая к исчезновению клинических симптомов и эпителизации язв [6].

Профилактика НПВП-ассоциированных множественных язв желудка включает в себя выбор препаратов с селективным ингибированием ЦОГ-2 (целекоксиб, рофекоксиб, мелоксикам, нимесулид и др.), оказывающих значительно менее выраженное ulcerогенное действие на слизистую оболочку желудка, проведение эрадикации инфекции *H. pylori* перед началом лечения, назначение больным с высоким риском возникновения НПВП-ассоциированных язв «прикрытия» в виде ИПН и H_2 -блокаторов в стандартных дозах или цитопротективных препаратов (мизопростол). Лечение множественных НПВП-ассоциированных язв желудка предполагает прежде всего решение вопроса о возможности отмены неселективных НПВП и замене их селективными ингибиторами ЦОГ-2, а также назначение на 4–8 нед ИПН, H_2 -блокаторов или мизопростола.

Возникновение множественных язв желудка с клинически манифестными кровотечениями было отмечено и при приеме других препаратов. Так, S. Fujihara и соавт. [7] привели 4 описания жизнеугрожающих желудочно-кишечных кровотечений, обусловленных множественными язвами желудка, развившимися на фоне приема противоопухолевых препаратов (сунитиниб, сорафениб, темсирилимус) по поводу прогрессирующей формы почечно-клеточного рака. M. Masoodi и соавт. [8] наблюдали 100 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. 50 пациентов употребляли наркотические анальгетики, 50 больных — нет. Множественные язвы желудка встречались достоверно чаще у лиц, принимавших наркотические анальгетики (в 46 и 16% случаев соответственно).

В литературе упоминаются и другие этиологические факторы, способствующие развитию острых множественных язв желудка. Было представлено наблюдение женщины 32 лет, у которой в течение нескольких дней отмечалась лихорадка (39,8 °C) и наблюдались боли в правом верхнем квадранте живота. Больная не принимала НПВП или другие препараты с ulcerогенным действием. В кале была обнаружена кишечная сальмонелла. На 3-й день внезапно возникла мелена. При ЭГДС были выявлены 3 язвы передней и задней стенки антрального отдела с налетом гематина, распространявшиеся до большой кривизны желудка. Гистологическое исследование биоптатов подтвердило наличие острых язв желудка на фоне атрофического гастрита. Больная получала лечение цефтриаксоном и ИПН. На 12-й день с момента поступления клинические симптомы исчезли, и пациентка была выписана. Через 7 нед была сделана повторная ЭГДС, при которой было обнаружено заживление язв [9].

К развитию острых множественных язв желудка может приводить и сочетание нескольких этиологических факторов. D. He и Z. Wang [10] описали больного с АНЦА-ассоциированным васкулитом, который в течение 4 лет получал в качестве основного препарата пред-

низолон в дозе 5 мг в день. В условиях пандемии больной перенес коронавирусную инфекцию, осложнившуюся бактериальной пневмонией. На этом фоне у пациента появилась мелена, и при ЭГДС были выявлены множественные язвы кардиофундального отдела, покрытые серовато-коричневым налетом. При исследовании налета был обнаружен мукормикоз. Проводимая терапия ИПН и противогрибковым препаратом — липосомальным амфотерицином В — оказалась успешной. Авторы отметили, что возникновение мукормикоза было обусловлено как иммуносупрессивной терапией, так и инфекцией COVID-19.

Хронические множественные язвы желудка требуют в первую очередь подтверждения их доброкачественного характера. Из 44 больных, поступивших с диагнозом множественных язв желудка, у 4 пациентов (9,1%) была выявлена *инфильтративно-язвенная форма рака желудка*. При этом у всех пациентов изъязвления находились в одном отделе желудка на близком расстоянии друг от друга.

Хронические множественные язвы желудка могут быть проявлением лимфомы, ассоциированной с лимфоидной тканью (*mucosa associated lymphoid tissue*, MALT), т.е. *MALT-лимфомы*. Так, G. Van de Vyver и соавт. [11] описали больного 31 года, у которого при ЭГДС были обнаружены множественные *H. pylori*-негативные язвы желудка с признаками кровотечения, первоначально расцененные как результат приема кокаина. Проведение курса лечения пантопразолом привело к рубцеванию язв. Однако через 7 мес. возникла рвота содержимым типа «кофейной гущи». При ЭГДС были выявлены множественные язвы антрального отдела и глубокая язва тела желудка, биопсия которой показала наличие MALT-лимфомы. Ремиссия была достигнута с помощью лучевой терапии, включавшей в себя облучение области желудка и прилегающих лимфатических узлов. Через 5 мес. после окончания лучевой терапии ЭГДС показала отсутствие изменений в желудке.

Хронические множественные язвы желудка могут быть также проявлением *В-клеточной лимфомы*. S.-Y. Sung и соавт. [12] наблюдали больного 61 года, который в течение 4 мес. испытывал боли и ощущение дискомфорта в эпигастрии после еды. При ЭГДС были обнаружены множественные изъязвления желудка с ровными краями, которые создавали эндоскопическую картину доброкачественных язв. Однако при иммуногистохимическом исследовании была обнаружена В-клеточная лимфома.

М.А. Gromski и соавт. [13] описали мужчину 82 лет, который обратился с жалобами на прогрессирующую слабость, раннее насыщение, похудание на 15 кг за последние 8 мес. Объективно отмечались кахексия, бледность кожных покровов. Уровень гемоглобина составил 8,5 г/дл. При ЭГДС были обнаружены *H. pylori*-негативные множественные язвы фундального отдела и тела желудка, при биопсии — атипичная лимфоидная инфильтрация, при иммуногистохимическом исследовании — В-клеточная лимфома. Были проведены лучевая

терапия и 3 курса химиотерапии, что сопровождалось положительной эндоскопической динамикой.

Множественные язвы желудка могут возникать из-за нарушения кровообращения в стенке желудка при *атеросклеротическом стенозе чревного ствола*. Так, A. Dutta и соавт. [14] наблюдали женщину 70 лет, со стажем курения 50 лет, дислипидемией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий, у которой в течение нескольких месяцев отмечались потеря массы тела и общая слабость. Боли в животе отсутствовали. При ЭГДС были выявлены множественные *H. pylori*-негативные язвы желудка небольших размеров, доброкачественные по результатам гистологического исследования. При КТ-ангиографии был обнаружен выраженный стеноз верхней брыжеечной артерии и чревного ствола, который вызвал ишемию слизистой оболочки желудка с последующим образованием язв.

H. Yamamoto и T. Hashimoto [15] привели описание больного с хронической болезнью почек, страдавшего олигоурией, одышкой, анорексией, получавшего сеансы гемодиализа и имевшего многие факторы сердечно-сосудистого риска. При гастродуоденоскопии были обнаружены 2 продольные *H. pylori*-негативные гистологически подтвержденные доброкачественные язвы на передней и задней стенках желудка (так называемый «желудочный знак в виде двух полосок» (*gastric double-stripe sign*), считающийся признаком ишемии слизистой оболочки желудка). Магнитно-резонансная ангиография выявила стеноз чревного ствола. Терапия лансопразолом не дала никакого эффекта. Была выполнена эндоваскулярная реваскуляризация чревного ствола, после чего состояние больного улучшилось, язвы зарубцевались и при контрольной ЭГДС, проведенной спустя 1 год, отсутствовали.

H.-J. Yu и соавт. [16] наблюдали двух больных, у которых множественные язвы желудка оказались проявлением *сифилиса внутренних органов*. Первого пациента 35 лет в течение месяца беспокоили боли в эпигастриальной области, тошнота, рвота. Прежде заболеваниями желудочно-кишечного тракта не страдал, лекарственные препараты с язвенно-генным действием, включая НПВП, не принимал. В крови были найдены антитела к бледной трепонеме. При ЭГДС были выявлены множественные *H. pylori*-негативные язвы антрального отдела. При проведении серебрения слизистой оболочки желудка по Вартину–Старри было обнаружено большое число бактерий, относящихся к виду «бледная трепонема». Проведено лечение препаратами из группы бензатина бензилпенициллина. Через 2 мес. язвы полностью заэпителизировались. Второй больной 33 лет в течение месяца испытывал боли в эпигастрии. Тест гемагглютинации с бледной трепонемой оказался положительным в титре 1 : 1280, при ЭГДС были выявлены множественные язвы по малой кривизне нижней трети тела желудка. При гистологическом исследовании биоптатов, взятых из язв после серебрения слизистой оболочки по Вартину–Старри были обнаружены спирохеты. Лечение внутримышечными инъекциями бензатина

бензилпенициллина в течение 3 нед. привело к заживлению язв.

Обследование больных с множественными язвами желудка проводится в соответствии с принятыми в нашей стране Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению язвенной болезни у взрослых [3]. В обязательном порядке выполняется ЭГДС с множественной биопсией из краев язвенного дефекта для подтверждения доброкачественной природы язв и исключения иного характера поражения. Также в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* взрослым пациентам с множественными язвами желудка проводится исследование на наличие данной инфекции. С этой целью применяются референсные методы диагностики (дыхательный тест с мочевиной, меченной ¹³C, моноклональное определение антигена *H. pylori* лабораторным способом) [17]. В литературе описано наблюдение, когда у больного с резистентным течением множественных язв желудка был выделен вид геликобактера (*H. ailurogastricus*), который инфицирует слизистую оболочку желудка у кошек и собак [18].

Консервативные методы лечения множественных язв желудка включают в себя в соответствии с Клиническими рекомендациями антисекреторную терапию ИПН или блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов в течение 4–6 нед., применение цитопротективного препарата ребамипида, проведение в случаях положительных результатов тестирования на инфекцию *H. pylori* эрадикационной терапии, предполагающей назначение на 14 дней в качестве лечения первой линии стандартной тройной терапии (ИПН, амоксициллин и кларитромицин), усиленной висмута трикалия дицитратом, классической четырехкомпонентной квадротерапии с ИПН, висмута трикалия дицитратом, тетрациклином и метронидазолом или квадротерапии без препаратов висмута (стандартная тройная терапия, усиленная метронидазолом) [3, 17].

Пациентам с острым язвенным кровотечением выполняется эндоскопический гемостаз, одномоментно болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата в дозе 8 мг/ч в течение 72 ч и дальнейшим переходом на пероральный прием ИПН и проведением эрадикационной терапии. Вопрос о хирургическом лечении ставится при осложненном течении язвенной болезни [3].

Анализ опубликованных работ, посвященных множественным язвам желудка, позволяет прийти к заключению, что острые множественные язвы желудка часто бывают представлены стрессовыми язвами или возникают на фоне приема лекарственных препаратов (в частности, НПВП). Хронические множественные язвы желудка требуют исключения инфильтративно-язвенной формы рака желудка, MALT-лимфомы и В-клеточной лимфомы желудка, стеноза чревного ствола.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Куртяну Б.Н., Шептулин А.А. Язвы желудка. Кишинев: Штиинца, 1990 [Kurtyanu B.N., Sheptulin A.A. Gastric ulcers. Kishinev: Shtiintza, 1990. (In Russian)].
2. Bratucu M.N., Prunoiu V.-M., Strambu V., Bratucu E., Ravas M.-M., Simion L., Petre R. Unusual complicated gastric ulcers. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(12):1345. DOI: 10.3390/medicina57121345
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К. и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(1):49–70. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Tsar'kov P.V., Korolev M.P., Andreev D.N., Baranskaya E.K. et al. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer in Adults (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, the Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2020;30(1):49–70. (In Russian)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70
4. Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. Современные подходы к профилактике желудочно-кишечных кровотечений у пациентов со стрессовыми гастродуоденальными язвами. *Клиническая медицина*. 2023;101(9–10):505–508. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/002321492023101910505508> [Sheptulin A.A., Kardasheva S.S., Kurbatova A.A. Modern possibilities of prevention of gastrointestinal bleeding in patients with gastric and duodenal stress ulcers. *Klinicheskaya meditsina*. 2023;101(9–10):505–508. (In Russian)]. DOI: 10.30629/002321492023101910505508
5. Шептулин А.А. Современные возможности лечения и профилактики НПВП-индуцированной гастропатии. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2006;16(1):15–19. [Sheptulin A.A. Modern options of the treatment and prophylaxis of NSAIDs-induced gastropathy. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2006;16(1):15–19. (In Russian)].
6. Meijuan Z., Yu P., Yuan J., Yu T., Sun D. Stomach ulcer caused by mistakenly oral medication of 14,400 mg ibuprofen: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(20):e33812. DOI: 10.1097/MD.00000000000033812
7. Fujihara S., Mori H., Kobara H., Nishiyama N., Ayaki M., Ohata R. Uncommon gastrointestinal bleeding during targeted therapy for advanced renal cell carcinoma: A case report of four cases. *Oncol. Lett.* 2015;10(5):2895–2898. DOI: 10.3892/ol.2015.3671
8. Masoodi M., Sabzikarian M., Masoodi N., Farhadi S., Rezamand G.R., Tabaeian S.P. et al. Peptic ulcer characteristics in oral opium and non-opium user patients with upper gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterol.* 2024;24(1):42. DOI: 10.1186/s12876-024-03137-7
9. Jeon H.J., Lee J.S., Lee B.S., Kim S.H., Lee E.S., Sung J.K. et al. Typhoid fever presenting with gastric ulcer bleeding. *BMC Gastroenterol.* 2022;22(1):230. DOI: 10.1186/s12876-022-02261-6
10. He D., Wang Z. Multiple gastric ulcers in an immunosuppressed patient with COVID-19 infection caused by mucormycosis. *J. Gastrointest. Liver Dis.* 2024;33(1):16. DOI: 10.15403/jgld-5149
11. Van de Vyver G., Vandamme T., Steger P.H., Staessen D. Gastric MALT-Lymphoma: more than Helicobacter Pylori. *Acta Gastroenterol. Belg.* 2021;84(4):657–659. DOI: 10.51821/84.4.016
12. Sung S.-Y., Choi H.H., Seo K.J. A differential diagnosis of unusual gastric ulcer. *Diagnostics (Basel)*. 2022; 12 (8): 1929 . DOI: 10.3390/diagnostics12081929.
13. Gromski M.A., Peng J.L., Zhou J., Masuoka H.C., Suvannasankha A., Liangpunsakul S. Multifocal gastric ulcers caused by diffuse large B cell lymphoma in a patient with significant weight loss. *J. Investig. Med. High Impact Case Rep.* 2016;4(4):2324709616683721. DOI: 10.1177/2324709616683721
14. Dutta A., Byreddi L.Y., Kesari K., Buchupalle P. Gastric ischemia: a rare cause of gastric ulcers. *BMJ Case Rep.* 2021;14(8):e243463. DOI: 10.1136/bcr-2021-243463
15. Yamamoto H., Hashimoto T. The gastric double-stripe sign of chronic mesenteric ischemia: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(5):e32842. DOI: 10.1097/MD.00000000000032842
16. Yu H.-J., Kim S.J., Oh H.-H., Im C.-V., Han B., Myung E. et al. Case report of gastric syphilis in Korea: Clinical features, pathology, management, and prognosis. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(50):e28212. DOI: 10.1097/MD.00000000000028212

17. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Маев И.В., Драпкина О.М., Козлов Р.С., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Научного общества 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. [Ivashkin V.T., Lapina T.L., Maev I.V., Drapkina O.M., Kozlov R.S., Sheptulin A.A. et al. Clinical Practice Guidelines of Russian Gastroenterological Association, Scientific Society for the Clinical Study of Human Microbiome, Russian Society for the Prevention of Non-Communicable Diseases, Interregional Association for Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy for *H. pylori* Diagnostics and Treatment in Adults. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2022;32(6):72–93. (In Russian)]. DOI: [org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93](http://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93)
18. Sano M., Rimbara E., Suzuki M., Matsui H., Hirai M., Aoki S. et al. Helicobacter ailurogastricus in patient with multiple refractory gastric ulcers. *Emerg. Infect. Dis.* 2023;29(4):833–835. DOI: 10.3201/eid2904.221807

Поступила 04.09.2024
Принята в печать 17.09.2024

Информация об авторах

Шептулин Аркадий Александрович — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

Работягова Юлия Сергеевна — канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета последипломного образования Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.В. Вернадского»; <https://orcid.org/0000-0003-4017-4702>

Information about the authors

Arkadiy A. Sheptulin — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

Yuliya S. Rabotyagova — Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Therapy, Gastroenterology, Cardiology and General Medical Practice (Family Medicine), Faculty of Training of Highly Qualified Medical Personnel and Additional Professional Education, S.I. Georgievsky Medical Institute, V.I. Vernadsky Crimean Federal University; <https://orcid.org/0000-0003-4017-4702>