

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№1 (Том 7)

2026

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 7, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 7, ISSUE 1





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., проф.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., проф.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина д.м.н., проф.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, д.м.н., проф.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербексов (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдукадирова Н. Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	6
2. Атаева М.С., Каюмова Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	9
3. Axmatov A.A. GLOMERULONEFRITGA CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN GLYUKOKORTIKOIDLARNING OSHQOZON-ICHAK TIZIMIGA NOJO'YA TA'SIRLARI VA ULARNING OLDINI OLISH.....	15
4. Ashurova M. J. OBESITY AND VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, THE PRESENT CONDITION OF THE PROBLEMS.....	20
5. Гойибова Н.С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	24
6. Goyibova N. S. CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	27
7. Ibragimova Yu.B. BOLALARDA SURUNKALI GASTRITNING RIVOJLANISH MEKANIZMLARI VA KECHISH XUSUSIYATLARI..	30
8. Исламова Д. С. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	35
9. Исламова Д. С. АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТЬ HELICOBACTER PYLORI У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	40
10. Исломов Н. К. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE.....	45
11. Mamatkulova F.X. IMMUN TROMBOTSITOPENIYANING ETILOGIK OMILLARI VA KLINIK KO'RINISHLARINING TAHLILI..	48
12. Nabieva D.M. MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF CHILDREN WITH SECONDARY LACTASE DEFICIENCY AFTER ACUTE INTESTINAL INFECTION.....	52
13. Nabieva Sh.M. FEATURES OF THE NEONATAL PERIOD IN NEWBORNS WITH PERINATAL ENCEPHALOPATHY DEPENDING ON THEIR FUNCTIONAL STATE.....	56
14. Nabieva Sh.M. CHRONIC FETAL HYPOXIA AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY IN NEWBORNS FROM MOTHERS WITH A HISTORY OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL PATHOLOGY.....	59
15. Нажмиддинов З.А., Рузибоев С.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ.....	63
16. Хамрабаева Ф.И., Мадумарова А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАННАКОМП ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	66
17. Холмурадова З.Э. КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИСТЕМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ.....	69

18. Холмурадова З.Э. СЕМЕЗ БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА: ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ ҲОЛАТИ, МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ КОМПЛЕКС ТАҲЛИЛИ.....	72
19. Хужабаев С.Т. ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТНОСТИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРБДЖ.....	75
20. Xusainova Sh.K. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA GIPERBILIRUBINEMIYA RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINING TA'SIRI.....	79
21. Xusainova Sh.K., Vaxobova F.A. SHAQALOQLARDA UZOQ DAVOM ETUVCHI SARIQLIKLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHINI OPTIMALLASHTIRISH.....	82
22. Shavazi R.N., Ruziboev S.A., Ahrorov M.M. PERCUTANEOUS PUNCTURE-DRAINAGE PROCEDURES UNDER ULTRASOUND CONTROL FOR FLUID ACCUMULATIONS IN ACUTE PANCREATITIS.....	86
23. Шеркулов К.У., Раджабов Ж.П., Усмонкулов М. К., Каюмов О.К. ВЫСОКОРАЗРЕШАЮЩАЯ АНОРЕКТАЛЬНАЯ МАНОМЕТРИЯ (ВРАМ): ЕЁ РОЛЬ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ.....	89
24. Шеркулов К.У., Усмонкулов М.К., Абдухоликова Н.А., Абдурашидова Н. СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЕКСИЯ VERSUS ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ-МОРГАНУ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДОЛГОСРОЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	95
25. Bekjanova O. Ye., Olimjanov K. J. ICHAKNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI FONIDA MINERAL METABOLIZMNING BUZILISHI.....	101


JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исламова Дильбар Садыковна

Ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19797476>

АННОТАЦИЯ

Коморбидные состояния у подростков осложняют диагностику и лечение язвенной болезни, что требует комплексного подхода к её профилактике и терапии. Язвенная болезнь в подростковом возрасте является актуальной медико-социальной проблемой из-за роста заболеваемости и раннего дебюта. Заболевание протекает хронически с рецидивами и поражением слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Развитию патологии способствуют функциональная незрелость регуляторных механизмов, психоэмоциональные перегрузки и нарушения питания при ведущей роли *Helicobacter pylori*. Патогенез определяется дисбалансом агрессивных и защитных факторов слизистой, с ключевым значением кислотно-пептической активности, нарушений моторики и предшествующих гастритов и дуоденитов, ассоциированных с *H. pylori*.

Ключевые слова: язвенная болезнь; подростки; *Helicobacter pylori*; двенадцатиперстная кишка; слизистая оболочка желудка; факторы риска; патогенез; коморбидность; гастрит; дуоденит.

For citation: Islamova D. S. // Risk factors of comorbid pathology in the development of gastroduodenal ulcers in adolescents

Islamova Dilbar Sadiqovna

Davolash fakulteti pediatriya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

O'SMIRLIK DAVRIDA GASTRODUODENAL YARALAR RIVOJLANISHIDA KOMORBID PATOLOGIYANING XAVF OMILLARI

ANNOTATSIYA

O'smirlar orasida komorbid holatlar oshqozon yarasi kasalligini tashxislash va davolashni murakkablashtiradi, bu esa kasallikning oldini olish va terapiyasida kompleks yondashuvni talab qiladi. O'smirlik davridagi oshqozon yarasi kasalligi kasalliklar sonining ortishi va erta boshlanishi tufayli dolzarb tibbiy-ijtimoiy muammo hisoblanadi. Kasallik surunkali kechadi, takrorlanishlar bilan kechadi va oshqozon hamda o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatini zararlaydi. Patologiyaning rivojlanishiga regulyator mexanizmlarning funksional yetilmaganligi, psixosotsial ortiqcha yuklanishlar va oziqlanish buzilishlari, shuningdek, *Helicobacter pylori* ning yetakchi roli sabab bo'ladi. Patogenez shilliq qavatning agressiv va himoya qiluvchi omillari muvozanatining buzilishi bilan belgilanadi; bunda asosiy ahamiyatga kislot-peptik faollik, harakatlanish buzilishlari va oldingi gastritlar hamda *H. pylori* bilan bog'liq duodenitlar ega.

Kalit so'zlar: oshqozon yarasi kasalligi; o'smirlar; *Helicobacter pylori*; o'n ikki barmoqli ichak; oshqozon shilliq qavati; xavf omillari; patogenez; komorbidlik; gastrit; duodenit.

Islamova Dilbar Sadikova

Assistant Professor of Pediatrics at the Faculty of Medicine
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

RISK FACTORS OF COMORBID PATHOLOGY IN THE DEVELOPMENT OF GASTRODUODENAL ULCERS IN ADOLESCENTS

ANNOTATION

Comorbid conditions in adolescents complicate the diagnosis and treatment of peptic ulcer disease, necessitating a comprehensive approach to its prevention and therapy. Peptic ulcer disease during adolescence is a relevant medical and social problem due to the increasing incidence and early onset. The disease has a chronic course with relapses, affecting the mucosa of the stomach and duodenum. The development of the pathology is promoted by the functional immaturity of regulatory mechanisms, psycho-emotional overload, and nutritional disturbances, with a leading role played by *Helicobacter pylori*. The pathogenesis is determined by the imbalance between aggressive and protective factors of the mucosa, with key importance given to acid-peptic activity, motility disorders, and preceding gastritis and duodenitis associated with *H. pylori*.

Keywords: peptic ulcer disease; adolescents; *Helicobacter pylori*; duodenum; gastric mucosa; risk factors; pathogenesis; comorbidity; gastritis; duodenitis.

Актуальность. Подростковый возраст характеризуется выраженной нейроэндокринной, метаболической и психоэмоциональной перестройкой организма, что создаёт предпосылки для формирования коморбидной патологии — одновременного наличия у одного пациента нескольких соматических заболеваний [15,16,18]. В данной возрастной группе коморбидность приобретает особое клиническое значение, поскольку сочетанное течение заболеваний различных органов и систем, в том числе желудочно-кишечного тракта, оказывает взаимно отягчающее влияние, изменяет клинические проявления, затрудняет раннюю диагностику и снижает эффективность стандартных лечебных подходов. В условиях высокой распространённости коморбидных состояний именно полисистемный характер нарушений рассматривается как значимый фактор риска формирования и прогрессирования гастродуоденальных язв у подростков, что определяет актуальность комплексного изучения данной проблемы.

Язвенная болезнь (ЯБ) в подростковом возрасте остаётся одной из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено ростом заболеваемости и тенденцией к более раннему началу заболевания [3,7,11,16]. Патология характеризуется хроническим рецидивирующим течением и мультифакторным патогенезом, сопровождается чередованием периодов обострения и ремиссии и формированием язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом наличие коморбидной соматической патологии способно существенно модифицировать течение язвенной болезни, способствовать более тяжёлым клиническим проявлениям, снижению эффективности терапии и повышению риска развития осложнений.

Формирование язвенной болезни в подростковом возрасте происходит на фоне функциональной незрелости регуляторных механизмов, нестабильности вегетативной нервной системы, психоэмоциональных перегрузок и нарушений питания, которые нередко сочетаются с другими хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами. В условиях коморбидности данные факторы приобретают синергичный характер, усиливая действие друг друга. Несмотря на ведущую роль инфицирования *Helicobacter pylori*, наличие сопутствующих заболеваний может способствовать реализации патогенного потенциала микроорганизма. Согласно клинко-эпидемиологическим данным, дебют заболевания чаще приходится на подростковый возраст, со средним возрастом манифестации около 13 лет ($13,2 \pm 1,1$ года); дуоденальная язва выявляется примерно у 13,5% детей, при этом более 90% пациентов инфицированы *H. pylori* [15].

Современная концепция патогенеза язвенной болезни основывается на нарушении баланса между факторами агрессии и механизмами защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. В условиях коморбидной патологии данный дисбаланс усугубляется за счёт метаболических, нейрогуморальных и иммунных нарушений, характерных для сочетанного течения заболеваний. К факторам агрессии относятся повышенная кислотно-пептическая активность, расстройства моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденогастральный рефлюкс, а также воздействие экзогенных факторов, включая приём нестероидных противовоспалительных препаратов и поведенческие факторы с негативным влиянием на здоровье. Защитные механизмы включают слизисто-бикарбонатный барьер, адекватную микроциркуляцию, эпителиальную регенерацию, продукцию муцина и силовых кислот, антродуоденальный кислотный тормоз и секрецию бикарбонатов поджелудочной железой.

Идентификация *Helicobacter pylori* Барри Маршаллом и Робинот Уорреном в 1983 году как этиологического фактора гастрита и язвенной болезни существенно изменила представления о патогенезе данных заболеваний; значимость данного открытия была подтверждена присуждением Нобелевской премии по физиологии и медицине в 2005 году. Патогенность *H. pylori* обусловлена комплексом факторов вирулентности, включая *CagA*, *VacA*, *OipA*, а также адгезины и гены *dupA*, *iceA* и *babA* [9]. В условиях коморбидных состояний реализация патогенных свойств

микроорганизма может быть более выраженной, что связано с изменениями иммунного ответа и снижением защитного потенциала слизистой оболочки.

Повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки реализуется посредством ферментных систем *H. pylori*, включая уреазу, протеазы и фосфолипазы. Уреазная активность бактерии широко используется в диагностике, в частности при проведении ^{13}C -уреазного дыхательного теста и быстрого уреазного теста. Однако при наличии коморбидной патологии, требующей длительного приёма ингибиторов протонной помпы или блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, чувствительность данных методов может снижаться, что повышает вероятность диагностических ошибок. В связи с этим международные рекомендации предусматривают отмену указанных препаратов за 10–14 дней до обследования и контроля эффективности эрадикационной терапии [10,12].

Заболевания желудочно-кишечного тракта в подростковом возрасте нередко протекают в виде коморбидных сочетаний, что обусловлено гормональной перестройкой, изменениями иммунного статуса и особенностями метаболизма в период полового созревания. В структуре гастроэнтерологической патологии данной возрастной группы значительную долю занимают состояния, предрасполагающие к язвообразованию, включая хронические гастриты, гастропатии и дуодениты, часто ассоциированные с *H. pylori*-инфекцией, психоэмоциональными стрессами и нарушениями питания [5,8].

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся нарушением моторики и диспепсическими симптомами, также рассматриваются как компоненты коморбидной патологии, усиливающие уязвимость слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и способствующие формированию язвенных дефектов [5,6]. Таким образом, язвенная болезнь у подростков следует рассматривать не как изолированную нозологию, а как заболевание, формирующееся в условиях коморбидного фона, где инфекция *H. pylori*, психоэмоциональные перегрузки, нарушения питания и сопутствующие соматические и функциональные расстройства совместно нарушают равновесие между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки [18].

Цель исследования. Провести систематический анализ современных данных о влиянии коморбидной патологии на формирование и течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в подростковом возрасте, с учётом ключевых этиопатогенетических механизмов.

Материалы и методы. Проведён обзор и анализ научных публикаций за период 2015–2025 гг., посвящённых изучению роли коморбидных состояний как факторов риска развития гастродуоденальных язв у подростков.

Поиск литературы осуществлялся в электронных базах данных PubMed и eLibrary, а также в поисковой системе Google Scholar. Поиск проводился на русском и английском языках с использованием следующих ключевых слов и их сочетаний: «пептическая язва», «гастродуоденальная язва», «подростки», «сопутствующие заболевания», «факторы риска». В обзор включались публикации, соответствующие следующим критериям: исследования, выполненные с участием подростков в возрасте 10–18 лет; работы, посвящённые язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки; наличие анализа влияния хронических соматических заболеваний (коморбидных состояний) на развитие заболевания, особенности клинического течения, частоту осложнений и результаты лечения; статьи, опубликованные в рецензируемых научных изданиях. Из анализа исключались: исследования с несовпадающим возрастным диапазоном либо без возможности выделения данных по подросткам; описания отдельных клинических случаев и серии случаев без анализа факторов риска; публикации без доступа к полному тексту.

В результате первичного поиска было выявлено 512 публикаций. После удаления дубликатов и анализа заголовков и аннотаций на соответствие критериям включения было отобрано

184 статьи. По итогам анализа полнотекстовых материалов в окончательный обзор включено 76 исследований.

Полученные данные были систематизированы по следующим параметрам: форма язвенной болезни, наличие и характер коморбидных состояний, влияние факторов риска (*Helicobacter pylori*, приём нестероидных противовоспалительных препаратов, эндокринные и инфекционные заболевания, психоэмоциональные и социальные факторы), особенности клинического течения заболевания и результаты проводимой терапии.

Результаты и их обсуждения. Анализ клинико-эпидемиологических данных показывает, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у подростков характеризуется значительной вариабельностью клинического течения, во многом обусловленной наличием и характером коморбидной патологии. Установлены половые различия в проявлениях заболевания: у девочек язвенной болезни чаще протекает в хронической рецидивирующей форме по сравнению с мальчиками аналогичного возраста (до 56% против около 34%). Эти различия могут быть связаны с особенностями гормонального фона, психоэмоционального статуса и более высокой частотой функциональных и соматических нарушений [14]. Таким образом, у подростков женского пола коморбидные факторы играют более выраженную роль в формировании гастродуоденальной патологии.

У подростков с пептической язвенной болезнью морфологические изменения слизистой оболочки чаще носят выраженный и обширный характер. Такая тяжесть поражений формируется под воздействием сочетанных факторов: инфекции *Helicobacter pylori*, функциональных расстройств ЖКТ и сопутствующих соматических заболеваний, что способствует появлению более протяжённых и глубоких язвенных дефектов по сравнению с другими возрастными категориями. Эти наблюдения отражают высокую вариабельность клинического течения болезни у подростков [20]. Ретроспективный анализ 65 случаев ЯБ у детей и подростков позволил описать эндоскопические особенности язвенных дефектов. Язвы преимущественно локализовались на передней или задней стенках двенадцатиперстной кишки, средний размер язвы составил $6,41 \pm 0,98$ мм. У части подростков выявлялись множественные и крупные дефекты слизистой. После проведённого лечения примерно у половины пациентов отмечалась ремиссия по данным эндоскопии, что подчёркивает трудности терапии и требует применения индивидуализированных подходов к лечению.

У детей с *H. pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией воспалительные изменения слизистой — отёк, гиперемия, контактная кровоточивость — выражены сильнее, чем при неязвенных формах хронических воспалительных заболеваний. Атрофические изменения слизистой чаще сопровождаются рефлюксом, что отражает тяжесть морфологических нарушений при язвенной болезни. Таким образом, подростки демонстрируют значительную вариабельность морфологических изменений, обусловленную сочетанным воздействием инфекции, функциональных нарушений ЖКТ и сопутствующих заболеваний.

Клинические варианты ЯБ у детей и подростков зависят от возраста, локализации язвенного дефекта и этиологических факторов, при этом коморбидные состояния модифицируют течение заболевания. У младших детей чаще выявляются первичные желудочные язвы, тогда как у подростков преобладают дуоденальные формы. Возможны также стресс-индуцированные и медикаментозные язвы, связанные с приёмом НПВС. Локализация язвы (желудочная, дуоденальная, постбульбарная) во многом определяет клиническое течение и риск осложнений [2–4].

С возрастом относительная роль *H. pylori* как единственного этиологического фактора язвообразования снижается, тогда как значение коморбидных и ятрогенных факторов возрастает. По данным мета-анализа, частота пептической язвы у носителей *H. pylori* была выше, чем у неинфицированных (41,7% против 25,9%), а сочетание инфекции и приёма НПВС повышало риск язв до 61-кратного по сравнению с отсутствием обоих факторов.

Употребление НПВС регистрировалось почти у 60% больных пептической язвенной болезнью (ПЯБ) по сравнению с 27% в контрольной группе, что подчёркивает значение медикаментозных факторов [14,21]. Среди последних выделяют хронические соматические заболевания, эндокринные нарушения, длительный приём глюкокортикостероидов и антикоагулянтов, а также психоэмоциональный стресс, которые совместно повышают риск язвообразования. В отличие от взрослой популяции, у детей гастродуоденальные язвы формируются чаще под воздействием нескольких факторов одновременно, что подчёркивает роль коморбидности в патогенезе [4].

Несмотря на меньшую частоту ЯБ у детей по сравнению со взрослыми, в педиатрической практике преобладают вторичные (симптоматические) язвы, возникающие на фоне выраженного физиологического стресса, тяжёлых инфекций, травм, ожогов и медикаментозного воздействия, прежде всего при применении НПВС [15]. Эти состояния создают неблагоприятный коморбидный фон, способствующий повреждению слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующие заболевания у детей с гастродуоденальной пептической язвенной болезнью включают функциональные нарушения ЖКТ и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ). По данным эпидемиологических исследований, частота ГЭРБ у детей и подростков колеблется от 12% до 33%, а признаки эрозивного эзофагита эндоскопически выявляются у 35–52% пациентов с рецидивирующими симптомами [1,5]. Функциональные нарушения ЖКТ встречаются часто: до двух третей школьников имеют симптомы дискомфорта в животе, вздутия и нарушения моторики, что отражает высокую распространённость этих состояний у детей с гастродуоденальной патологией.

Во время как у взрослых наличие коморбидной патологии ассоциируется с тяжёлым и осложнённым течением ЯБ, влияние сопутствующих состояний на тяжесть и исход заболевания у детей изучено недостаточно, что подчёркивает актуальность данного анализа [7].

Значительную роль в формировании эрозивно-язвенных поражений у детей играют нарушения микроциркуляции и регионарной гемодинамики слизистой, которые могут усугубляться при сопутствующих заболеваниях, сопровождающихся гипоксией, воспалением или метаболическими расстройствами. Сердечно-сосудистая патология встречается относительно редко; артериальная гипертензия диагностируется не более чем у 10% детей [16]. Таким образом, структура коморбидной патологии у детей с гастродуоденальными язвами преимущественно представлена инфекционными факторами (*H. pylori*), хроническими воспалительными процессами и системными нарушениями.

Особое место среди коморбидных состояний занимают ревматические заболевания. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — наиболее распространённое ревматическое заболевание у детей (1–4 случая на 1000 детей), при этом олигоартикулярная форма встречается у ~50% пациентов. Острая ревматическая лихорадка часто сопровождается кардитом и суставным синдромом. Лечение ЮИА включает длительное применение НПВС и глюкокортикостероидов, что повышает риск гастроинтестинальных осложнений. Более половины детей с ЮИА испытывают желудочно-кишечные симптомы, связанные с применением этих препаратов [13,22].

Коморбидность при ЯБ у подростков отражает мультифакторную природу заболевания: оно развивается на фоне сочетания инфекционных, медикаментозных, метаболических и стрессовых факторов. Пациенты с артериальной гипертензией, ЮИА и острой ревматической лихорадкой входят в группу повышенного риска эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки из-за сочетания трофических нарушений слизистой и применения ulcerогенных препаратов.

Эпидемиологические данные подтверждают, что сочетанное применение НПВС и глюкокортикостероидов повышает риск гастродуоденальных осложнений по сравнению с монотерапией. У

пациентов, длительно получающих НПВС, риск поражений верхних отделов ЖКТ возрастает примерно в 4 раза [16]. До 70% язв у детей протекают бессимптомно и выявляются преимущественно при эндоскопическом обследовании, что приводит к недооценке истинной распространённости патологии [19].

Хронические заболевания дыхательной системы, эндокринная патология, хроническая почечная недостаточность и постинфекционные состояния, включая постковидный синдром, также повышают риск ЯБ. ХОБЛ ассоциирована с повышением риска гастроинтестинальных нарушений на 17–24%, хроническая почечная недостаточность — с более высокой частотой гастритов и язвенных процессов, особенно на поздних стадиях [24,25]. Лица, перенёвшие COVID-19, имеют повышенный риск развития ЯБ (коэффициент риска ~1,23) [23]. Эти состояния сопровождаются системным воспалением, гипоксией, иммунной дисрегуляцией и нарушением барьерной функции слизистой, способствуя развитию язв.

Согласно клиническим рекомендациям, при адекватной терапии, включающей эрадикацию *H. pylori* и применение ингибиторов протонной помпы или H2-блокаторов, заживление язв и регресс симптоматики достигаются в большинстве случаев в течение 6–8 недель [17]. При выраженной коморбидной патологии сроки репарации слизистой могут увеличиваться, что требует индивидуального подхода к терапии.

Результаты анализа подтверждают, что гастродуоденальные язвы у подростков формируются преимущественно на фоне коморбидных состояний, когда инфекция *H. pylori*, хронические соматические заболевания, медикаментозная нагрузка и системные воспалительные процессы действуют синергично, усиливая ulcerогенный эффект и повышая риск неблагоприятного или осложнённого течения заболевания.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что коморбидная патология является одним из ключевых факторов риска развития гастродуоденальных язв в подростковом возрасте. Наличие сопутствующих хронических соматических и функциональных заболеваний оказывает существенное влияние на клиническое течение язвенной болезни, особенности её

манифестации, диагностические возможности и эффективность проводимой терапии. В условиях коморбидности язвенная болезнь у подростков нередко характеризуется более затяжным и рецидивирующим течением, повышенным риском осложнений и снижением ответа на стандартные схемы лечения.

Рост распространённости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в педиатрической практике обусловлен не только увеличением выявляемости хронических заболеваний, но и совокупным воздействием ряда взаимосвязанных этиопатогенетических факторов. К их числу относятся инфекция *Helicobacter pylori*, медикаментозная нагрузка, прежде всего приём нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов, особенности питания, а также психоэмоциональные и социальные факторы, которые в условиях коморбидного фона реализуют свой ulcerогенный потенциал синергично.

Анализ распространённости гастродуоденальных язв у подростков с сопутствующими хроническими заболеваниями позволяет более точно идентифицировать группы высокого риска и оптимизировать профилактические и лечебные мероприятия. Ранняя диагностика и стратификация коморбидных состояний являются необходимым условием для выбора индивидуализированных терапевтических стратегий, повышения эффективности эрадикационной и гастропротективной терапии и снижения вероятности развития осложнений язвенной болезни.

Таким образом, рассмотрение язвенной болезни у подростков в контексте коморбидной патологии подчёркивает необходимость междисциплинарного подхода в педиатрической гастроэнтерологии, включающего раннее выявление и динамический мониторинг сопутствующих заболеваний, рациональное назначение лекарственных средств и коррекцию модифицируемых факторов риска. Исследование выполнено без финансовой поддержки спонсоров; все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования, подготовке и редактировании рукописи, не получали вознаграждения за выполненную работу и несут ответственность за окончательную версию текста.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Алимбаева А.Р., Дюсекенова Г.К., Тайоразова Г.Б., Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Дорохов Н.А., Скударнов Е.В., Болденкова И.Ю., Аильбаева Н.М., Токтамыс Д.Р. Частота рецидивов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста // Наука и здравоохранение. 2025. Vol.27 (1), С.75-81. doi 10.34689/SH.2024.27.1.009
2. Исламова Д.С., Юлдашев Б.А., Маматкулова Ф.Х. Осложненное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: диагностические критерии // Доказательная гастроэнтерология. 2019, Т. 8, вып. 2, №1, с. 6-7.
3. Камалова А.А., Уразманова И.М., Хафизова А.А., Фаттахова И.И. Международные рекомендации по диагностике и лечению *Helicobacter pylori* инфекции у детей и подростков (рекомендации ESPGHAN / NASPGHAN, пересмотр 2016 г.). Практическая медицина. 2019 Том 17, № 5, С. 219-227 DOI: 10.32000/2072-1757-2019-5-219-227
4. Полозова Э. И., Скворцов В. В., Трохина И. Е., Нефедов Н. С. Особенности течения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах // МС. 2021. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-techeniya-yazvennoy-bolezni-zheludka-v-raznyh-voznrastnyh-grupпах> (дата обращения: 18.12.2025).
5. Расулов С.К., Исламова Д.С., Ибрагимов Ю.Б. Функциональные расстройства кишечника у детей раннего возраста -терминология, классификация, эпидемиология, этиология, патогенез. // International Bulletin of Applied Science and Technology. -2023.-№3(10). -С.360-373
6. Решетников ОВ, Курилович СА, Денисова ДВ, Завялова ЛГ, Терешонок ИН. Распространенность диспепсии и синдрома раздраженного кишечника среди подростков Новосибирска, Западная Сибирь. Международный журнал циркумпольярного здоровья. 2001 апрель;60(2):253-7. PMID: 11507978.
7. Турובה, Б. (2022). Язвенная болезнь у детей и подростков: Особенности течения на современном этапе. Журнал вестник врача, 1(1), 112–114. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/2273
8. Юсулов Ш. А., Исламова Д. С., Гаффаров У. Б. Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря //Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. – 2014. – Т. 2. – №. 7. – С. 73-74.
9. Ansari, S.; Yamaoka, Y. *Helicobacter pylori* Virulence Factors Exploiting Gastric Colonization and its Pathogenicity. *Toxins* 2019, 11, 677. <https://doi.org/10.3390/toxins11110677>
10. Chung, C., Lee, K.N., Han, K. et al. *Helicobacter pylori* infection is associated with an increased risk of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Gut Pathog* 17, 75 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13099-025-00754-9>
11. De Martino, M., Chiarugi, A., Boner, A. et al. Working Towards an Appropriate Use of Ibuprofen in Children: An Evidence-Based Appraisal. *Drugs* 77, 1295–1311 (2017). <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0751-z>

12. García Rodríguez LA. Variability in risk of gastrointestinal complications with different nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Med.* 1998 Mar 30;104(3A):30S-34S; discussion 41S-42S. doi: 10.1016/s0002-9343(97)00208-8. PMID: 9572318.
13. Galos F, Ionescu MI, Mirea MDL, Boboc AA, Ioan A, Boboc C. Trends in Upper Gastrointestinal Bleeding in Children: The Impact of *Helicobacter pylori* Infection and Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use. *Antibiotics (Basel).* 2024 Aug 10;13(8):752. doi: 10.3390/antibiotics13080752. PMID: 39200052; PMCID: PMC11350693.
14. He K, Ye S, Kou Y, Du S, Yuan W, Ge L, Tian Y, Luo B, Ha Y, Zhan L, Ye R, Huang Y, Li B, Nie B and Yang Y (2025) Глобальные тенденции и прогнозы развития язв желудочно-кишечного тракта у молодежи. *Front. Public Health* . 13:1511050. doi: 10.3389/fpubh.2025.1511050
15. Hong YM. Atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Korean Circ J.* 2010 Jan;40(1):1-9. doi: 10.4070/kcj.2010.40.1.1. Epub 2010 Jan 27. PMID: 20111646; PMCID: PMC2812791.
16. Moll JC, Bohlken J, Kostev K. Prevalence of and Factors Associated with Hypertension in Children and Adolescents as Observed by German Pediatricians-A Case-Control Study. *Children (Basel).* 2025 Mar 11;12(3):348. doi: 10.3390/children12030348. PMID: 40150632; PMCID: PMC11940976.
17. Sherman PM. Peptic ulcer disease in children. Diagnosis, treatment, and the implication of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Clin North Am.* 1994 Dec;23(4):707-25. PMID: 7698828.
18. Russo K. Assessment and Treatment of Adolescents With Chronic Medical Conditions. *J Health Serv Psychol.* 2022;48(2):69-78. doi: 10.1007/s42843-022-00059-4. Epub 2022 Apr 23. PMID: 35496918; PMCID: PMC9034877.
19. Vakil, N. (2024). Peptic Ulcer Disease: A Review. *JAMA*, 332(21), 1832–1842.
20. El Mouzan MI, Abdullah AM. Peptic ulcer disease in children and adolescents. *J Trop Pediatr.* 2004 Dec;50(6):328-30. doi: 10.1093/tropej/50.6.328. PMID: 15537716.
21. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet.* 2002 Jan 5;359(9300):14-22. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07273-2. PMID: 11809181.
22. Hersh AO, Prahalad S. Immunogenetics of juvenile idiopathic arthritis: A comprehensive review. *J Autoimmun.* 2015 Nov;64:113-24. doi: 10.1016/j.jaut.2015.08.002. Epub 2015 Aug 21. PMID: 26305060; PMCID: PMC4838197.
23. Ма, Ю., Чжан, Л., Вэй, Р. и др. Риски заболеваний пищеварительной системы при длительном COVID-19: данные популяционного когортного исследования. *ВМС Med* **22**, 14 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03236-4>
24. Shen Z, Qiu B, Chen L, Zhang Y. Common gastrointestinal diseases and chronic obstructive pulmonary disease risk: a bidirectional Mendelian randomization analysis. *Front Genet.* 2023 Nov 16;14:1256833. doi: 10.3389/fgene.2023.1256833. PMID: 38046045; PMCID: PMC10690629.
25. Wang, X.; Wright, Z.; Wang, J.; Frandah, W.M.; Song, G. Chronic Kidney Disease Linked to Higher Incidence of Gastric Diseases. *Gastrointest. Disord.* 2023, 5, 329-339.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000