<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-193-9-53-59>

Влияние эрадикационной терапии на качество жизни больных хроническим эрозивным helicobактерным гастритом

Афанасенкова Т.Е.¹, Дубская Е.Е.²

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 214019, Смоленск, Россия, ул. Крупской 28

Для цитирования: Афанасенкова Т.Е., Дубская Е.Е. Влияние эрадикационной терапии на качество жизни больных хроническим эрозивным helicobактерным гастритом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;193(9): 53–59. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-193-9-53-59

Афанасенкова Татьяна Евгеньевна, к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО

Дубская Елена Евгеньевна, ассистент кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО

✉ Для переписки:

Дубская Елена Евгеньевна
dubsckaia.elena@yandex.ru

Резюме

Цель исследования — оценить влияние эрадикационной терапии на качество жизни больных хроническим эрозивным гастритом, индуцированным с *Helicobacter pylori*. Качество жизни оценивали по опроснику GIQLI до лечения в период неполной ремиссии, ремиссию и в течение года.

Установлено, что обострение заболевания достоверно изменяет уровень качества жизни пациентов, а проведенное комплексное лечение, эрадикация *Helicobacter pylori* купировавшие обострение заболевания, постепенно повышает и приближает этот показатель к контрольной группе. Гастроинтестинальный индекс качества жизни можно использовать в качестве дополнительного критерия диагностики стадий хронического эрозивного гастрита, для оценки эффективности проводимой терапии, определения сроков лечения, реабилитации и профилактики при диспансерном ведении больных на терапевтическом участке.

Ключевые слова: хронический эрозивный гастрит, *Helicobacter pylori*, гастроинтестинальный индекс качества жизни

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-193-9-53-59>

The effect of eradication therapy on the quality of life of patients with chronic erosive gastritis induced with *Helicobacter pylori*

T.E. Afanasenkova¹, E.E. Dubaskaia²

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Smolensk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 28, Krupskoy, 214019, Smolensk, Russia

For citation: Afanasenkova T.E., Dubaskaia E.E. The effect of eradication therapy on the quality of life of patients with chronic erosive gastritis induced with *Helicobacter pylori*. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;193(9): 53–59. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-193-9-53-59

✉ Corresponding author:

Elena E. Dubskaya

dubaskaia.elena@yandex.ru

Tat'yana E. Afanasenkova, the candidate of medical sciences, associate Professor

Elena E. Dubskaya, Assistant professional education

Summary

The aim of the study was to evaluate the effect of eradication therapy on the quality of life of patients with chronic erosive gastritis induced with *Helicobacter pylori*. The quality of life was assessed according to the GIQLI questionnaire before treatment during incomplete remission, remission, and during the year.

It was found that the exacerbation of the disease significantly changes the level of quality of life of patients, and the complex treatment, eradication of *Helicobacter pylori*, which stopped the exacerbation of the disease, gradually increases and brings this indicator closer to the control group. The gastrointestinal quality of life index can be used as an additional criterion for diagnosing the stages of chronic erosive gastritis, for evaluating the effectiveness of therapy, determining the timing of treatment, rehabilitation and prevention in the dispensary management of patients at the therapeutic site.

Keywords: chronic erosive gastritis, *Helicobacter pylori*, gastrointestinal quality of life index

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Оценка пациентом изменений своего физического, психологического и социального статуса – то есть оценка качества жизни (КЖ) при хроническом течении процесса, по мнению экспертов ВОЗ, представляет ценную и надежную информацию, которая совместно с результатами исследования, проведенного врачом, существенно объективизирует и дополняет картину болезни. В России концепция исследования КЖ в медицине, предложенная Минздравом РФ (2001), объявлена приоритетной [1, 2]. В 2006 году Президент Российской Федерации В. В. Путин определил приоритетные направления в развитии страны, которые направлены на повышение КЖ населения. Сегодня повышение КЖ человека рассматривается как важнейшая государственная задача, как общечеловеческая идея, способная объединить людей и существенно изменить весь ход развития России в новом веке [3].

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ) – это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества. Изучение КЖСЗ позволяет определить факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла [4, 5, 6], глубже вник-

нуть в проблему отношения больного к своему здоровью [7].

Наиболее эффективный метод оценки КЖ – это социологический опрос населения путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы. Самооценка человеком КЖ может меняться с появлением жизненного опыта, возникновением различных заболеваний, старением. Общее благополучие и удовлетворенность жизнью тесно связаны с финансовым положением, образованием и культурой. Порой улучшение КЖ предпочтается тяжелобольными даже ценой ее сокращения [8]. Медицинское понятие КЖ находит отражение в оценке пациентом своего самочувствия и зависит от способности выполнения им основных физиологических функций и наличия болевых ощущений [9]. Изучение КЖ больного позволяет повысить эффективность медицинских манипуляций и лечения, так как предоставляет возможность уделять больше внимания применению ряда лекарственных средств, улучшающих КЖ без непосредственного воздействия на смертность [10]. Имеется тесная взаимосвязь между мнением пациента о том, какое влияние оказывает болезнь на КЖ и физическую активность, где первая – субъективна,

а вторая – относительно объективна. В клинических исследованиях КЖ чаще всего выделяют три наиболее важных фактора: оценку восприятия состояния здоровья, оценку функциональных возможностей пациента и оценку основных симптомов заболевания. Кроме того, на данный показатель влияют: возраст, пол, характер трудовой деятельности, культурный уровень, социально-экономическое положение и другие факторы.

В настоящее время КЖ пациентов призваны отражать специально разрабатываемые опросники, при анализе которых на основании ответов самих пациентов оцениваются различные аспекты состояния их здоровья [11, 12].

В гастроэнтерологии метод исследования КЖ начал широко применяться в 90-х годах 20-го века. Методология позволяет: определить влияние заболевания на различные составляющие КЖ; провести экспертизу лекарственных препаратов, сравнить различные методы лечения и выбрать наиболее эффективные; обеспечить фармакоэкономические расчеты на современном уровне; провести мониторинг состояния больного после лечения [13].

В настоящее время существует множество специализированных опросников для изучения КЖ. В ходе нашего исследования по изучению индекса КЖ больных хроническим эрозивным гастритом

(ХЭГ) мы пользовались опросником – гастроинтестинальный индекс качества жизни (ГИКЖ) GIQLI. По мнению ряда исследователей ГИКЖ является удобным и надежным инструментом для измерения уровней КЖ в повседневной практике, служит адекватным мерилем субъективного самочувствия пациента, поэтому является одним из первых признанных в гастроэнтерологии индексов. Гастроинтестинальный индекс и методика определения типов отношения к болезни (ТОБи) [14] использовались при изучении КЖ у взрослых и детей с хроническими гастритами и язвенной болезнью в стадии обострения при различных схемах лечения [15, 16, 17] и в стадии ремиссии [18].

Изучение индекса КЖ является приоритетным направлением в современной медицине, дает многогранную оценку состояния больных до и после терапии и позволяет дифференцированно подходить к различным схемам лечения. До настоящего времени в отечественной литературе опубликовано мало статей, посвященных изучению ГИКЖ пациентов, страдающих ХЭГ. Все это делает актуальным дальнейшее исследование данного вопроса.

Цель исследования – оценить влияние эрадикационной терапии на качество жизни больных хроническим эрозивным гастритом, индуцированным *с Helicobacter pylori*.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 82 пациента с ХЭГ, индуцированным *с Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Из них женщин – 54 (65,85%), мужчин – 28 (34,15%). Средний возраст исследуемой группы составил $44 \pm 2,5$ года. Диагноз ХЭГ установлен на основании данных анамнеза, клинического обследования, результатов фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с биопсией слизистой оболочки желудка. У всех пациентов до и после лечения проводилось обследование на *H. pylori*, для выявления которого в биоптатах слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка применяли уреазный тест, методы микроскопии мазков-отпечатков, окрашенных по Грамму, и полимеразной цепной реакции. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст от 20 до 65 лет, клинические симптомы заболевания, морфологически верифицированный диагноз ХЭГ, выявление *H. pylori*, наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: прием в течение 4-х недель до включения в исследование ингибиторов протонной помпы и антибактериальных препаратов, развитие побочных эффектов на фоне лечения, нарушение режима лечения, отказ от участия в исследовании, возраст до 20 лет и старше 65 лет, тяжелые сопутствующие острые и хронические заболевания в фазе обострения. Все пациенты получали четырехкомпонентную терапию (омепразол, де-нол, флемоксина сольютаб, кларитромицин), руководствуясь положениями Маастрихтского соглашения-5 [19] и Российских рекомендаций по диагностике и лечению *H. pylori* инфекции [20]. Контроль над лечением осуществлялся через 4–6 недель после окончания приема

лекарственных препаратов. Контрольную группу составили 31 практически здоровый пациент.

Используемая анкета-опросник создавалась специальной международной комиссией для изучения КЖ у больных гастроэнтерологического профиля. Она включает 36 вопросов, касающихся 5 основных категорий КЖ: физического и психического состояния, социального и ролевого функционирования, общего субъективного восприятия состояния своего здоровья. На каждый вопрос респондент может дать 5 вариантов (от 0 до 4 баллов, итоговый показатель от 0 до 144 баллов), затем подсчитывается сумма баллов по всем вопросам, которая и является ГИКЖ для данного пациента. При этом, чем больше ГИКЖ, тем выше КЖ. Для заполнения опросника требуется немного времени (около 10 минут), и не нужна помощь специально обученного персонала [21].

Проведенное исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета ОмГМА, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS Excel из пакета MS Office 2003 и 2007, различия при межгрупповых сравнениях оценивали на основании критерия Kruskal – Wallis. При расчете достоверности различий вычислялся коэффициент достоверности (p), за статистически достоверную разницу принимались значения $p < 0,01$.

Результаты исследования

Нами исследовано КЖ у больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori* в разные стадии течения заболевания с использованием анкеты-опросника ГИКЖ. Результаты представлены в таблице 1.

Полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, имеет наименьшее значение во время обострения заболевания не только по сравнению с контрольной группой (103,23±4,07 балла и 136,90±1,30 балла соответственно), но выявлена статистически достоверная разница по сравнению с группами в период неполной ремиссии и во время стойкой ремиссии ($p < 0,01$). Статистически достоверная разница выявлена и при сравнении ГИКЖ у пациентов в период неполной ремиссии и ремиссии ($p < 0,01$).

Несмотря на то, что показатели ГИКЖ в контрольной группе были несколько выше, чем в группе пациентов, у которых была достигнута ремиссия, но достоверной разницы не отмечено ($p > 0,01$). Это позволяет использовать анкету-опросник ГИКЖ

как дополнительный критерий диагностики стадий ХЭГ и эффективности проводимой терапии.

При наблюдении за пациентами в течение года было отмечено, что динамика КЖ менялась в зависимости от времени года. Наименьший уровень КЖ выявлен в марте-апреле (102,14±2,13) и в октябре (107,21±4,11), что соответствует месяцам, в которые чаще всего и происходит обострение хронического гастрита. В июне и декабре зарегистрированы максимальные показатели уровня КЖ (138,02±1,16 и 139,05±2,13 соответственно), достоверной разницы между группой здоровых лиц зафиксировано не было ($p > 0,01$). При обострении в течении хронического гастрита отмечается несколько стадий: гиперемии; хронического воспаления, метаплазии, дисплазии; атрофии; эрозий и язв. Очаговые и глубокие изменения развиваются из-за снижения работоспособности слизистых желез, истончения защитного слоя, в большинстве случаев это следствие воздействия *H. pylori*. Это позволяет предположить, что, ско-

Таблица 1.

КЖ у больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori* в разные стадии заболевания.

Примечания:

n – количество пациентов;
хэмп. – критерия Kruskal – Wallis эмпирический;
p – коэффициент достоверности.

Table 1.

Quality of life in patients with chronic erosive gastritis induced with *H. pylori* at different stages of the disease.

Note:

n – number of patients;
hemp. – Kruskal-Wallis empirical test;
p – confidence coefficient.

Название анкеты	Стадии ХЭГ			Контрольная группа n=31
	Обострение n=82	Неполная ремиссия n=69	Ремиссия n=43	
	1	2	3	
ГИКЖ	103,23±4,07	124,46±2,17	138,19±2,36	139,16±2,44
хэмп.	хэмп.1-2 = 112.53794 хэмп.1-3 = 84. 59719 хэмп.1-4 = 67.50051	хэмп.2-3 = 79.71676 хэмп.2-4 = 64. 48578	хэмп.3-4 = 3.09372	
p	p1-2 = 3.16797990964e+19 p1-3 = -2.64151853376e+15 p1-4 = -1.54469577959e+12	p2-3 = -3.72798166319e+14 p2-4 = -3.41874585691e+11	p3-4 = 0.0786	
p	p1-2 <0,01. p1-3 <0,01. p1-4 <0,01	p2-3 <0,01. p2-4 <0,01.	p3-4 >0,01	

Название анкеты	Сроки после эрадикации <i>H. pylori</i>				Контрольная группа n=31
	Обострение n=82	1 год n=69	3 года n=54	5 лет n=43	
	1	2	3	4	
ГИКЖ	103,23±4,07	124,46±2,17	135,76±1,55	138,19±2,36	
хэмп.	хэмп.1-2 = 112.53794 хэмп.1-3 = 98.04518 хэмп.1-4 = 84.59719 хэмп.1-5 = 67.50051	хэмп.2-3 = 91.59983 хэмп.2-4 = 79.71676 хэмп.2-5 = 64.48578	хэмп.3-4 = 25.01691 хэмп.3-5 = 32.31564	хэмп.4-5 = 3.09372	
p	p1-2 = 3.16797990964e+19 p1-3 = -3.39993812148e+17 p1-4 = -2.64151853376e+15 p1-5 = -1.54469577959e+12	p2-3 = -3.62567467455e+16 p2-4 = -3.72798166319e+14 p2-5 = -3.41874585691e+11	p3-4 = -0.00814 p3-5 = 40.03994	P4-5 = 0.0786	139,16±2,44
p	p1-2 <0,01. p1-3 <0,01. p1-4 <0,01. p1-5 <0,01	p2-3 <0,01. p2-4 <0,01. p2-5 <0,01.	p3-4 <0,01 p3-5 <0,01	P4-5 > 0,01	

Таблица 2.

КЖ больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, в разные сроки после ЭТ

Table 2.

Quality of life in patients with chronic erosive gastritis induced with *H. pylori* at different times after eradication therapy

рее всего, обострению предшествует определенный период патогенетической подготовки, который негативно отражается как на состоянии слизистой оболочки желудка (СОЖ), так и на КЖ пациентов.

Динамика КЖ пациентов, страдающих ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, в течение 5 лет после успешно проведенной эрадикационной терапии (ЭТ) представлена в таблице 2.

Проведенное комплексное лечение, эрадикация *H. pylori*, купировавшие обострение заболевания,

повысили КЖ пациентов. В течение 5 лет после успешного проведения ЭТ уровень КЖ пациентов сохраняет тенденцию к повышению, что определяет назначение реабилитационных мероприятий в этот период (таблица 2). При анализе показателей через 1 год, 3 и 5 лет после обострения ГИКЖ постепенно повышался ($p < 0,01$) и через 5 лет достиг показаний, какие были зафиксированы у практически здоровых людей, хотя статистически достоверной разницы не выявлено ($p > 0,01$).

Обсуждение результатов

В настоящее время в России и во всем мире инфекция *H. pylori* продолжает оставаться одной из самых частых причин развития и прогрессирования воспалительных изменений СОЖ [22, 23]. Инфицированность данным микроорганизмом населения Российской Федерации превышает 80% [24]. Большое внимание на сегодняшний день уделяется изучению КЖ пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-индуцированным гастритом до и после лечения. Однако имеющиеся данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения [25, 26].

Гастрит – одна из самых частых гастроэнтерологических проблем особенно в осенне-весенний период. Причин тому несколько: во-первых, общее ослабление организма после зимы, вызванное нехваткой солнечного света и гиподинамией; витаминов С и группы В – без них замедляется процесс естественного обновления слизистой оболочки, ослабевает иммунитет; во-вторых, весной меняется режим дня: дни становятся длиннее, ночи короче, для организма это тоже стресс, который приводит к ослаблению защитных механизмов. Меняется и режим питания: в рационе появляется больше овощей и фруктов, содержащих грубую клетчатку, которая может раздражать СОЖ. На обострение гастрита осенью влияет напряженная работа, приводящая к нервным расстройствам, стрессам и депрессии, переход на консервированные продукты питания. Все эти факторы вызывают нарушение переваривания и усвоения продуктов питания. В весенне-осенний период активизируется бактерия хеликобактер, которая, вызывает гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Универсального определения КЖ быть не может, так как общество постоянно развивается, и каждое последующее поколение выдвигает свои критерии к КЖ. Это многогранное понятие, с помощью которого исследователи пытаются измерить оценку отдельно взятым индивидуумом собственного

благополучия [27]. Данные о КЖ, полученные до и после лечения, дают врачу ценную информацию о динамике развития заболевания и его исходе. Данный показатель может использоваться как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы терапии для определения степени тяжести состояния больного, оценки эффективности лечения, особенно при всестороннем расширенном клиническом анализе новых препаратов, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [28].

Проведенное исследование КЖ у больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, в разные стадии течения заболевания после ЭТ и отдаленные результаты через 1 год, 3–5 лет после лечения свидетельствует о том, что КЖ больных ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, имеет наименьшее значение во время обострения заболевания не только по сравнению с контрольной группой ($103,23 \pm 4,07$ балла и $136,90 \pm 1,30$ балла соответственно), но выявлена статистически достоверная разница по сравнению с группами в период неполной ремиссии и во время стойкой ремиссии ($p < 0,01$). Статистически достоверная разница выявлена и при сравнении ГИКЖ у пациентов в период неполной ремиссии и ремиссии ($p < 0,01$). Уровень КЖ у пациентов с ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, в течение года может меняться – снижаться при обострении и повышаться при достижении ремиссии.

Проведенное комплексное лечение, эрадикация *H. pylori*, купировавшие обострение заболевания, повысили КЖ пациентов. В течение 5 лет после успешного проведения ЭТ уровень КЖ пациентов сохраняет тенденцию к повышению, что определяет назначение реабилитационных мероприятий в этот период (таблица 2).

Изучение КЖ больного до начала и в процессе терапии позволяет получить ценную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимое лечение.

Выводы

Конечной целью любой здравоохранительной инициативы сегодня следует считать достижение более качественной жизни пациентов, наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия.

На сегодняшний день понятие КЖ становится самостоятельным критерием оценки эффективно-

сти лечения, который дополняет экономические данные и результаты клинических исследований.

Обострение заболевания достоверно изменяет уровень КЖ пациентов. При достижении эрадикации *H. pylori* КЖ постепенно повышается и приближается к показателям контрольной группы.

Анкету-опросник ГИКЖ можно использовать в качестве дополнительного критерия диагностики стадий ХЭГ, для оценки эффективности проводимой терапии, определения сроков лечения, реабилитации и профилактики при диспансерном ведении больных на терапевтическом участке.

После успешного проведения ЭТ больные ХЭГ, индуцированным с *H. pylori*, должны не менее 5 лет находиться под диспансерным наблюдением с проведением комплекса реабилитационных мероприятий, даже при полном отсутствии жалоб и признаков обострения заболевания.

Литература | References

1. Belousov Yu. V. Gastroduodenal pathology in children: problems and prospects. *Zdorov'ya Ukrain'ni*. 2003; 13: 24–25.
Белузов Ю. В. Гастродуоденальная патология у детей: проблемы и перспективы. *Здоров'я України*. 2003; 13: С. 24–25.
2. Novik A. A., Ionova T. I., Denisova N. L. The concept and strategy of quality of life research in gastroenterology. *Therapeutic archive*. 2003. Vol. 75, no. 10, pp. 42–46.
Новик А. А., Ионова Т. И., Денисова Н. Л. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии. *Терапевтический архив*. 2003; Т. 75, № 10: С. 42–46.
3. Kosenkova O. I., Makarova V. I. The problem of quality of life in modern medicine. *Human ecology*. 2007. No. 11, pp. 29–34.
Косенкова О. И., Макарова В. И. Проблема качества жизни в современной медицине. *Экология человека*. 2007; № 11: С. 29–34.
4. Guryleva M. E., Zhuravleva M. V., Aleeva G. N. Criteria for the quality of life in medicine and cardiology. *Russian Medical Journal*. 2006. Vol. 14, no. 10, pp. 761–763.
Гурылева М. Э., Журавлева М. В., Алеева Г. Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. *Русский медицинский журнал*. 2006; Т. 14, № 10: С. 761–763.
5. Afendulov S. A., Zhuravlev G. Yu., Kadirov K. M. Quality of life of patients with aggressive course of peptic ulcer disease. *Bulletin of the Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences*. 2011. No. 3, volume 16, pp. 889–892.
Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю., Кадилов К. М. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2011; № 3, том 16: С. 889–892.
6. Beloborodov V. A., Genich E. V., Antonov V. N. Complicated forms of peptic ulcer disease and assessment of the quality of postoperative life of patients. *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2011. Issue # 2, volume 101, pp. 17–20.
Белобородов В. А., Генич Е. В., Антонов В. Н. Осложненные формы язвенной болезни и оценка качества послеоперационной жизни больных. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2011; Выпуск № 2, том 101: С. 17–20.
7. Zakharova O. V. Study of the quality of life of patients with gastroenterological pathology in a hospital. *Journal Bulletin of Modern Clinical Medicine*. 2010. Issue 3, Appendix 1, volume 3, pp. 71–72.
Захарова О. В. Исследование качества жизни больных с гастроэнтерологической патологией в условиях стационара. *Журнал Вестник современной клинической медицины*. 2010; Выпуск 3, Приложение 1, том 3: С. 71–72.
8. Fink P., Rosendal M. Recent Developments in the Understanding and Management of Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2008; 21 (2): 182–8.
Перельман Н. Л. История и методологические основания представлений о качестве жизни. *Бюллетень*. 2019; выпуск 72: С. 112–119.
9. Perelman N. L. History and methodological foundations of ideas about the quality of life. *Bulletin*. 2019. issue 72, pp. 112–119.
Перельман Н. Л. История и методологические основания представлений о качестве жизни. *Бюллетень*. 2019; выпуск 72: С. 112–119.
10. Serikova S. N. Quality of life in assessing the results of conservative treatment of difficult-to-scar stomach ulcers. *Journal of Modern Problems of Science and Education*. 2012. Issue #5, pp. 1–5.
Серикина С. Н. Качество жизни в оценке результатов консервативного лечения трудно рубцующихся язв желудка. *Журнал Современные проблемы науки и образования*. 2012; Выпуск № 5: – С. 1–5.
11. Cense H. A., Visser M. R., van Sandick J. W., de Boer A. G. et al. Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement. *J. Surg. Oncol*. 2004. Vol. 88, No. 1, pp. 32–38.
12. Scarpa M. Quality of life after surgery of the alimentary tract. *World J. Gastroenterol*. 2010, Vol. 16, No. 40, pp. 5020–5023.
13. Novik A. A., Ionova T. I. Guide to the study of the quality of life in medicine. Moscow. Olma Media Group Publ., 2007. 320 p.
Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
14. Wasserman L. I., et al. Methodology for the psychological diagnosis of types of attitude to the disease: Methodological recommendations. L., 1987. 28 p.
Л. И. Вассерман и др. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации / под ред. Л. И. Вассерман и др. – Л., 1987. 28 с.
15. Afanasenkova T. E. Study of the psychological status in patients suffering from erosive gastritis, peptic ulcer disease. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy, Smolensk*. 2012, No. 1, pp. 37–39.
Афанасенкова Т. Е. Исследование психологического статуса у больных, страдающих эрозивным гастритом, язвенной болезнью. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии, Смоленск*. 2012; № 1: С. 37–39.
16. Volevach L. V., nafikova A. S., Fedorov, L. V., A. Sarsenbayeva S. peptic Ulcer disease. Factors affecting the quality of life: A monograph. Ministry of Education and Science of the Russian Federation, BSMU. Tambov: Consulting company Ucom Publ., 2019, 100 p.
Волевач Л. В., Нафикова А. Ш., Габбасова Л. В., Сарсенбаева А. С. Язвенная болезнь. Факторы, влияющие на качество жизни: Монография. М-во образования и науки РФ, БГМУ. – Тамбов: Консалтинговая компания Юком, 2019. 100 с.

17. Nafikova A. Sh., Volevach L. V., Kryukova A. Ya., Khismatullina G. Ya., et al., The quality of life in gastric and duodenal ulcer diseases, Ufa. BSMU Pub-lishing House, 2016, 134 p.
Нафикова А. Ш. Качество жизни при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ш. Нафикова, Л. В. Волевач, А. Я. Крюкова, Г. Я. Хисматуллина и др. – Уфа: Издательство БГМУ, 2016. с. 134.
18. Baryshnikova N., Belousova L., Petrenko V., Pavlova E. Assessment of the quality of life of gastroenterological patients. *Doctor*. 2013, 7, pp. 62–65.
Барышникова Н., Белоусова Л., Петренко В., Павлова Е. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных. *Врач*; 2013, 7: С. 62–65.
19. Malfertheiner P, Megraud F, Morain CAO, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, Bazzoli F, Gasbarrini A et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2016; 0:1–25. doi:10.1136/gutjnl-2016–312288
20. Ivashkin V.T., Mayev I. V., Lapina T. L., Sheptulin A. A., et al. Diagnostics and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults: Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2018; 28(1):55–70. (In Russ.) Doi: 10.22416/1382–4376–2018–28–1–55–70
Ивашкин В. Т., Маев И. В., Лапина Т. Л., Шептулин А. А. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2018; 28(1): 55–70. <https://doi.org/10.22416/1382–4376–2018–28–1–55–70>
21. Eypasch E., Williams J. I., Wood-Dauphine S. et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation, and application of a new instrument. *Br. J. Surg*. 1995, V. 82, pp. 216–222.
22. Maev I. V., Samsonov A. A., Andreev N. G., Kochetov S. A. The evolution of ideas about the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection (based on the materials of the Maastricht IV Consensus, Florence 2010). *Bulletin of the practical doctor*. 2012, No. 1, pp. 6–30.
Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Н. Г., Кочетов С. А. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт IV, Флоренция 2010). *Вестник практического врача*. 2012; № 1: С. 6–30.
23. Rapoport S. I. Gastritis: A manual for doctors. Moscow. 2010. 20 p.
Рапопорт С. И. Гастриты: Пособие для врачей. – М., 2010. 20 с.
24. Bunova S. S., Rybkina L. B., Bakalov I. A. et al. Methods of diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: current state of the issue. *A young scientist*. 2012; 3(12): 539–543.
Бунова С. С., Рыбкина Л. Б., Бакалов И. А. и соавт. Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*: современное состояние вопроса. *Молодой ученый*. 2012; Т. 3, № 12: С. 539–543.
25. Kalinin A. V. Chronic gastritis. Gastroenterology and hepatology: diagnostics and treatment: Manual for doctors. Moscow. 2007, pp. 59–92.
Калинин А. В. Хронический гастрит. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: Рук-во для врачей. – М., 2007. С. 59–92.
26. Amieva M. R., El-Omar E. M. Host-bacterial interactions in *Helicobacter pylori* infection. *Gastroenterology*. 2008, Vol. 134, No.1, pp.306–323.
27. Vorob'ev P. A., et al. Methodological approaches to assessing the quality of life associated with health. *Problems of standardization in healthcare*. 2003, No. 8, pp. 20–25.
Воробьев П. А. Методологические подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем / П. А. Воробьев, Л. В. Сидорова, Ю. А. Кулигина, М. В. Авксентьева. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2003; № 8: С. 20–25.
28. Baryshnikova N., Belousova L., Petrenko V., Pavlova E. Assessment of the quality of life of gastroenterological patients. *Doctor*. 2013, 7, pp. 62–65.
Барышникова Н., Белоусова Л., Петренко В., Павлова Е. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных. *Врач*. 2013; 7: С. 62–65.