

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

П. А. Фадеев



ОНИКС - Мир и Образование

Павел Александрович Фадеев
Язвенная болезнь. Доступно и достоверно

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=333452

Павел Фадеев. Язвенная болезнь: Оникс. Мир и Образование; Москва; 2009
ISBN 978-5-488-02037-5, 978-5-94666-512-4

Аннотация

В книге в доступной форме изложены все основные вопросы, связанные с одним из самых массовых заболеваний человечества – язвенной болезнью. Читатель узнает, что такое язвенная болезнь и каковы причины ее возникновения; в каких случаях необходимо обратиться за консультацией к врачу; о бактерии, которая провоцирует большинство случаев язвенной болезни; как избежать проблем при приеме лекарственных препаратов; какие существуют современные способы профилактики, диагностики и лечения этого заболевания.

Здесь содержатся самые достоверные и современные сведения, соответствующие авторитетным рекомендациям зарубежных и отечественных медицинских ассоциаций и проверенные многолетним опытом автора.

Содержание

Слово к читателю	6
НЕБОЛЬШАЯ ЗАМЕТКА О «НЕПОНЯТНЫХ» СЛОВАХ, ИЛИ О НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНАХ	8
НЕМНОГО СВЕДЕНИЙ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	9
Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки	9
Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки	13
ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	15
ПОЧЕМУ И КАК РАЗВИВАЕТСЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	17
Причины возникновения язвенной болезни	17
Что такое бактерия геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>)	18
Язвенная болезнь, возникающая вследствие приема медикаментов	21
Что такое нестероидные противовоспалительные средства	21
Механизм и условия возникновения язвенной болезни на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств	23
Связь бактерии геликобактер пилори и нестероидных противовоспалительных средств	23
Другие медикаменты, способные вызвать язвенную болезнь	23
Язвенная болезнь, возникающая вследствие различных заболеваний и состояний	25
ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	26
Немодифицируемые факторы	27
Возраст	27
Пол	27
Наследственность	27
Группа крови	27
Модифицируемые факторы риска	28
Психосоциальные проблемы	28
Грубые погрешности в питании	29
Курение	29
Злоупотребление алкоголем	30
Избыточное употребление кофе и кофеинсодержащих продуктов	30
Атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия	31
Финансовое благополучие	31
Другие факторы риска	31
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ЦИФРАХ	32
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	33
Характеристика болей при язвенной болезни	34
Локализация болей	34
Характер болей, их продолжительность и интенсивность	34

Механизм возникновения болей	35
Обстоятельства, способствующие возникновению и облегчению болей	35
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Павел Фадеев

Язвенная болезнь

Автор не несет ответственности за возможные нежелательные последствия в случае применения лекарственных средств без назначения врача.

Слово к читателю

Язвенную болезнь называют «таинственной незнакомкой», хотя трудно найти человека, который бы не слышал об этом заболевании. «Незнакомку» зовут язвой, которая поражает желудок и двенадцатиперстную кишку. Предлагаемая книга посвящена подробному рассмотрению этой патологии. Из нее вы узнаете:

- что такое язвенная болезнь и каковы причины ее возникновения;
- какие признаки характерны для этого заболевания;
- чем опасно это заболевание и какие осложнения оно вызывает;
- в каких случаях необходимо обратиться за консультацией к врачу и когда это необходимо сделать в срочном порядке;
- почему нужно пройти тщательное обследование даже если нет болей, а есть только признаки нарушения пищеварения или просто ощущение, что с желудком «что-то не так»;
- о бактерии, которая провоцирует подавляющее большинство случаев язвенной болезни;
- историю открытия этой бактерии и почему первооткрывателей сначала называли «тихими сумасшедшими», а почти четверть века спустя присудили им Нобелевскую премию;
- сколько человек в мире и в России инфицировано этой бактерией и сколько из них заболевают язвенной болезнью;
- кому в обязательном порядке нужно обследоваться на наличие этой бактерии, а при необходимости провести соответствующее лечение, даже если у него не обнаружена язвенная болезнь;
- прием (особенно бесконтрольный) каких популярных лекарственных препаратов может вызвать язвенную болезнь и серьезные осложнения;
- как избежать проблем при приеме этих лекарственных средств;
- как диагностируют и какие методы обследования применяют, чтобы обнаружить язвенную болезнь;
- какие существуют современные способы профилактики и лечения этого заболевания;
- возможно ли полное излечение от этого недуга;
- может ли язва переродиться в рак и что нужно делать, чтобы своевременно обнаружить онкологическое заболевание.

Вы узнаете также, о чем не пишут в медицинских книгах, получите подробное разъяснение всех медицинских терминов, сведения об анатомии и физиологии желудка и двенадцатиперстной кишки и о многом другом.

Даже тем, кто считает себя абсолютно здоровым, эта книга может пригодиться: вы узнаете, какие причины могут привести к появлению язвенной болезни, следовательно, вы сможете предвидеть возникновение этого заболевания и своевременно предпринять действия, чтобы его избежать.

Эта книга будет полезна и врачам, которые, не имея достаточного количества времени для того, чтобы объяснить все подробности, связанные с язвенной болезнью, могут порекомендовать ее своим пациентам и их родственникам.

Здесь содержатся достоверные и современные сведения, соответствующие авторитетным рекомендациям зарубежных и отечественных авторов и медицинских ассоциаций и проверенные многолетним опытом автора.

Книгу не обязательно читать от корки до корки – ее можно использовать как справочник.

Если, прочитав предисловие, вы еще не решили, нужна ли вам эта книга, учтите, что, по некоторым данным, в России бактерией, которая провоцирует возникновение язвенной болезни, инфицировано более 90% населения.

Автор будет признателен за любые замечания и пожелания, присланные по электронной почте:

mir-obrazovanie@onyx.ru, p.a.fadeev@mail.ru

НЕБОЛЬШАЯ ЗАМЕТКА О «НЕПОНЯТНЫХ» СЛОВАХ, ИЛИ О НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНАХ

Варкалось. Хливкие шорьки

Пырялись по наве,

И хрюкотали зелюки,

Как мюмзики в мове.

Л. Кэрролл. «Алиса в Зазеркалье» (перевод Д. Орловской)

Прежде чем начать изложение интересующей нас темы, необходимо сделать одно небольшое пояснение. При первом знакомстве с книгой может создаться впечатление, что она чрезмерно перегружена незнакомыми терминами, что затрудняет восприятие. Да, действительно, изобилие латинских и греческих терминов делает чтение медицинских книг понятным не более чем известное стихотворение, процитированное в эпиграфе. Однако без терминов не обойтись, и для того чтобы изложение было доступным и лаконичным, все они разъясняются в тексте один раз. Если же, листая эту книгу, вы встретитесь с незнакомым словом, не спешите откладывать ее, ищите объяснение в словаре, который приводится в Приложении. Там разъясняются практически все термины.

НЕМНОГО СВЕДЕНИЙ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки

Перед тем как перейти к непосредственному рассмотрению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, необходимо вспомнить анатомию и физиологию начального отдела желудочно-кишечного тракта. Сначала определимся с топографией передней брюшной стенки, которая делится на несколько областей (рис. 1):

- верхняя треть (1) – *надчревная (подложечная)*, ее еще называют *эпигастральной* областью¹;
- средняя треть (2) – *пупочная*;
- нижняя треть (3) – *подчревная (надлобковая)*.

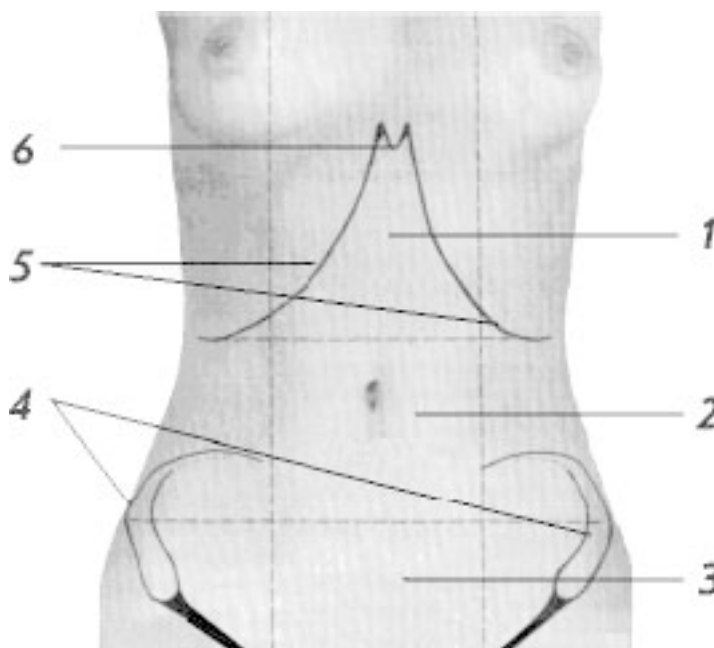


Рис. 1. Топография передней брюшной стенки:

1 – эпигастральная (надчревная, подложечная) область; 2 – пупочная область; 3 – надлобковая (подчревная) область; 4 – тазовые кости; 5 – ребра; 6 – мечевидный отросток

Теперь перейдем к рассмотрению анатомии желудка и прилегающих к нему образований (рис. 2). *Желудок* находится в надчревной (эпигастральной) области и расположен между окончанием *пищевода* и *двенадцатиперстной кишкой*² (9). Он образован двумя стенками и соответственно имеет две поверхности: переднюю и заднюю. Края стенок, смыкаясь друг с другом, образуют с одной стороны *большую кривизну желудка* (5), а с другой стороны – *малую кривизну* (12). Верхняя часть желудка, прилегающая к пищеводу, называется *кар-*

¹ Т. е. область, находящаяся над желудком.

² По-латински она называется *дуоденум*, что в переводе означает «двенадцать».

дией, или *кардиальной частью* (2). Такое название обусловлено тем, что эта часть близко расположена к сердцу (по-латински – *кардия*). Слева от нее расположено куполообразное выпячивание – *дно желудка*, или *свод* (3). Средний отдел желудка называется *телом желудка* (4), он продолжается в нижнюю *привратниковую* (или по-латински – *пилорическую*)³ *часть* (11). Здесь различают более широкую часть – *пещеру* (по-латински – *антральный отдел*)⁴ *привратника* (7) и более узкую часть – *канал привратника* (8), продолжающийся в *двенадцатиперстную кишку* (9). Это начальный отдел тонкого кишечника, который получил свое название в связи с тем, что его длина составляет примерно 12 поперечников пальцев (перстов) руки человека – 23 – 27 см. Двенадцатиперстная кишка, непосредственно прилегающая к конечному отделу желудка (привратнику), имеет шаровидную форму и называется *луковицей*, или по-латински – *бульбарным отделом*⁵, за которым начинается *постбульбарный отдел*, и кишка изгибается в виде подковы, продолжаясь в следующий отдел тонкого кишечника.

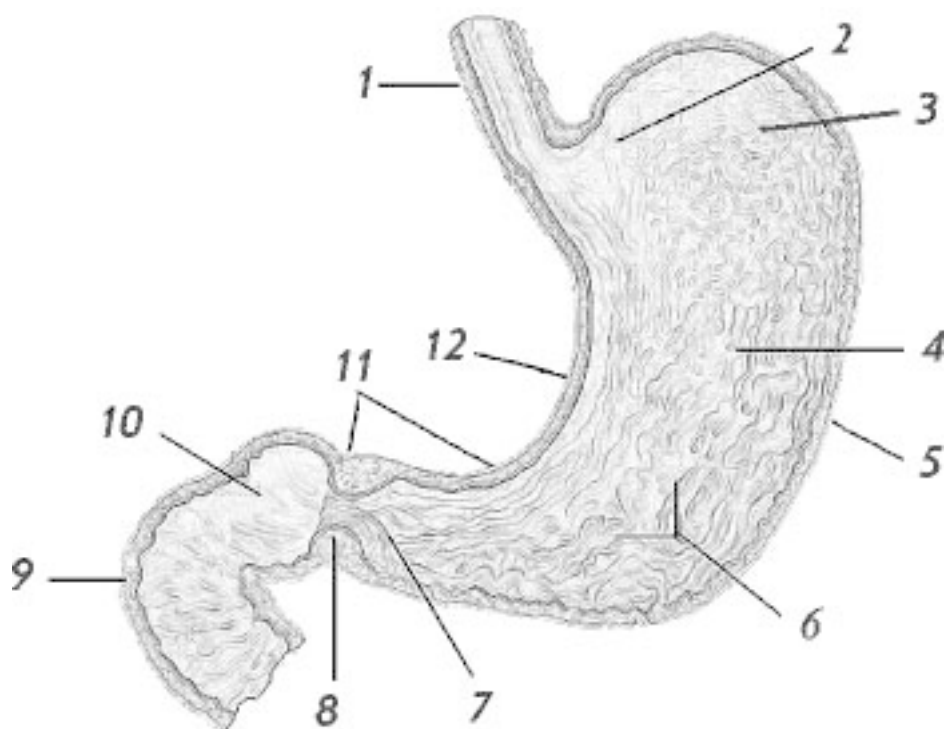


Рис. 2. Схема пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

1 – пищевод; 2 – кардиальная часть желудка (кардия); 3 – дно желудка (свод); 4 – тело желудка; 5 – большая кривизна желудка; 6 – складки слизистой оболочки; 7 – антральный отдел привратника (пилорической части); 8 – канал привратника (пилорической части); 9 – двенадцатиперстная кишка; 10 – луковица двенадцатиперстной кишки;

11 – привратник (пилорический отдел); 12 – малая кривизна желудка

В стенках двенадцатиперстной кишки находятся железы, которые вырабатывают большое количество *щелочной слизи*. Эта слизь защищает двенадцатиперстную кишку от воздействия кислого содержимого *пищевого комка*, попадающего в нее из желудка. В двенадцатиперстную кишку поступает желчь из желчного пузыря и сок из поджелудочной железы.

³ От лат. пилорус – «привратник».

⁴ От лат. антрум – «пещера».

⁵ От лат. бульбус – «луковица».

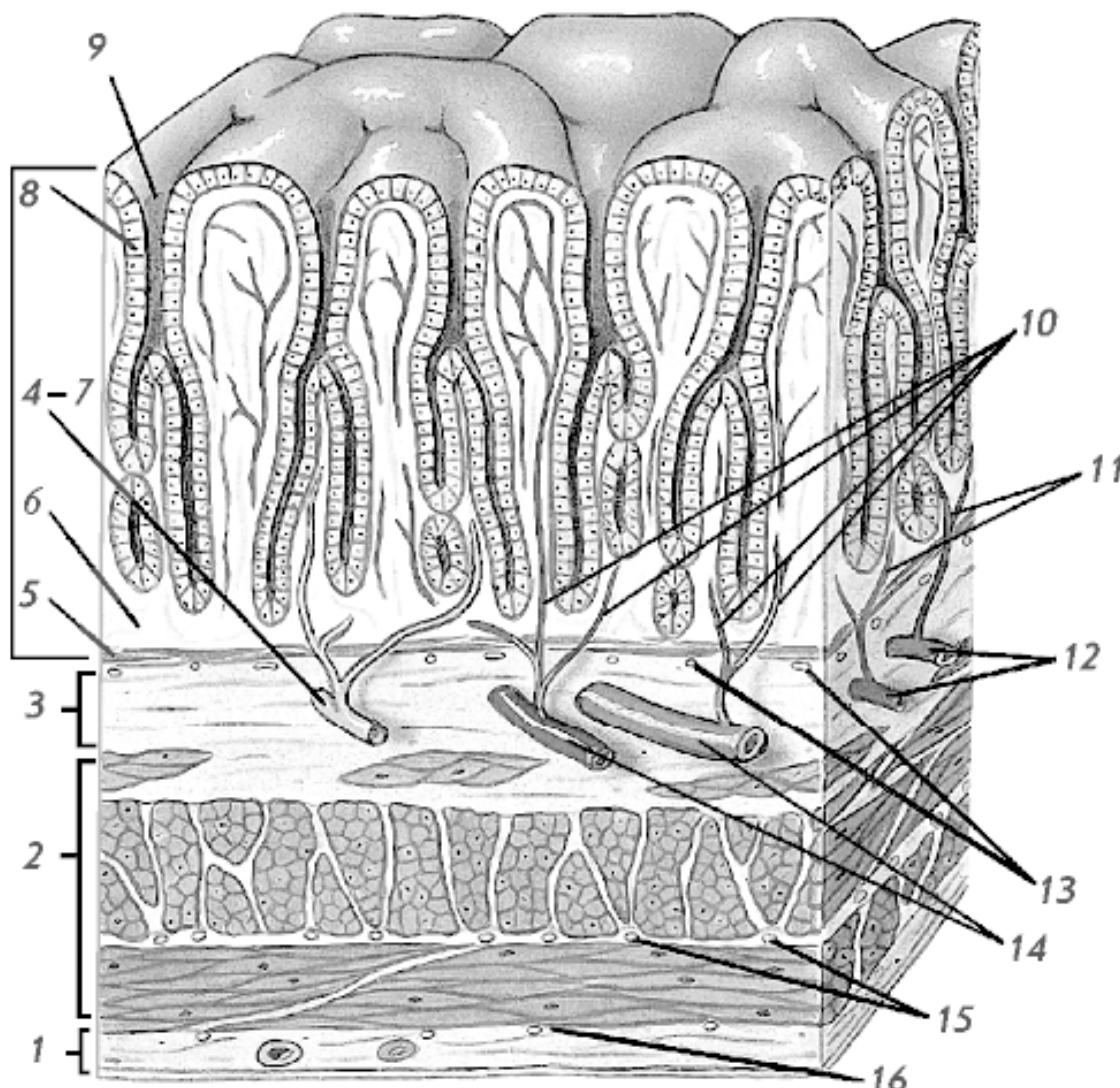


Рис. 3. Анатомия стенок желудка:

1 – серозная оболочка; 2 – мышечная оболочка; 3 – подслизистая оболочка (подслизистая основа слизистой оболочки); 4 – слизистая оболочка; 5 – мышечная пластинка слизистой оболочки; 6 – собственная пластинка слизистой оболочки; 7 – лимфатический сосуд; 8 – цилиндрический эпителий слизистой оболочки; 9 – устье железы желудка; 10, 11 – кровеносные сосуды слизистой оболочки; 12 – вена и артерия подслизистой оболочки; 13 – ветви подслизистого нервного сплетения; 14 – вена и артерия; 15 – ветви мышечного нервного сплетения; 16 – ветви подсерозного нервного сплетения

Стенки желудка (рис. 3) состоят из четырех слоев. Первый слой – *слизистая оболочка* (4), которая выстилает желудок изнутри. В этом слое находятся специальные образования – *железы* (8, 9), вырабатывающие желудочный сок, специальную защитную слизь и другие вещества, необходимые для нормального функционирования пищеварения в желудке. Далее следует *подслизистая оболочка*⁶ (3), содержащая кровеносные и лимфатические сосуды (7, 12) и нервы (13). Затем следует *мышечная оболочка* (2), благодаря которой желудок осуществляет перемешивание, перетирание и продвижение пищи от пищевода к двенадцати-

⁶ Некоторые авторы не выделяют эту оболочку в отдельный слой и называют ее *подслизистой основой слизистой оболочки*.

перстной кишке. Наружный, четвертый слой называется *серозной оболочкой (1)*, которая покрывает желудок снаружи. Внутри стенок желудка находятся *артериальные, венозные и лимфатические сосуды*, а также *нервные сплетения (13, 15, 16)*. Кровеносные сосуды, разветвляясь и уменьшаясь в диаметре, проникают до подслизистого (12, 13, 14) и слизистого (10, 11) слоев.

Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки

В желудке происходят первичная механическая и химическая переработка пищи и подготовка ее к перевариванию в кишечнике.

Механическая переработка (измельчение, перемешивание с желудочным соком и продвижение пищи в двенадцатиперстной кишке) производится при помощи мышечного слоя желудка.

Химическая обработка производится *желудочным соком* (рис. 4), который содержит специальные ферменты и соляную кислоту. Это весьма агрессивная среда, и ее наличие предполагает также защитные механизмы, чтобы не страдали клетки желудка. В норме агрессивные и защитные факторы уравновешены, и поэтому повреждения клеток желудка не происходит. При патологии нарушается равновесие между факторами агрессии и защиты. В результате развивается повреждение слизистой оболочки желудка в виде эрозий и (или) язв⁷.

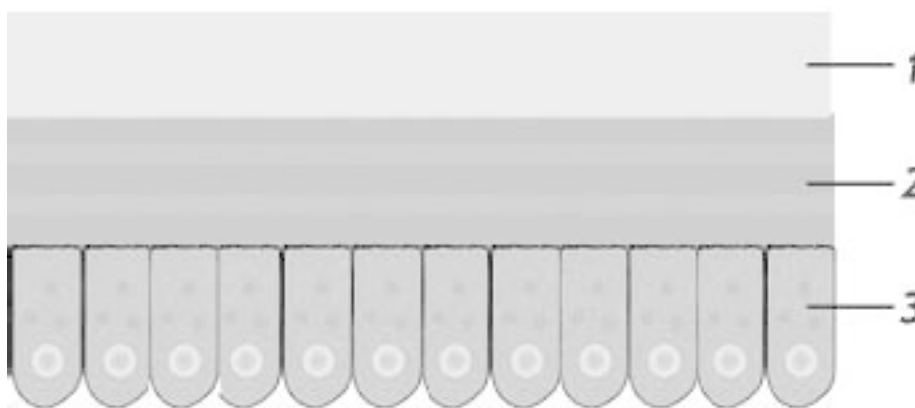


Рис. 4. Слои желудочного содержимого и желудочный эпителий:

1 – желудочный сок; 2 – слой нерастворимой слизи, слизисто-щелочной барьер; 3 – слизистая оболочка

Самой агрессивной составляющей желудочного сока является *соляная кислота*. Это химическое вещество, имеющее формулу HCl , и по-научному называется хлороводородной кислотой. Соляная кислота необходима для создания оптимальной среды для переваривания пищи, способствует расщеплению поступивших с пищей белков, регулирует двигательную активность желудка, а также уничтожает бактерии, попадающие в желудок.

Для характеристики *степени кислотности* используют *водородный показатель pH* (это отрицательный десятичный логарифм концентрации ионов водорода). Чем выше степень кислотности, тем меньше величина pH.

Соляная кислота образуется благодаря переносу ионов водорода (протонов) и хлора в секреторные каналцы. Этот перенос осуществляется при помощи специального фермента, который называют *протонным насосом (помпой)*. За сутки в желудке образуется около 2,5 л соляной кислоты.

В зависимости от ритма приема пищи различают *основную (базальную) желудочную секрецию*, которая имеет место между приемами пищи, и *стимулированную*, когда при приеме пищи происходит дополнительное выделение желудочного сока. Между приемами пищи нормальным считается pH, равный 1,6 – 2,0 (сравните, например, с кислотностью

⁷ Об этом см. раздел «Что такое язвенная болезнь».

лимонного сока $\text{pH} \sim 3$). Если pH менее 1,5, то считается, что кислотообразующая функция желудка повышена. Стимулированная кислотность в норме составляет $\text{pH} 1,21 - 2,0$, соответственно, если pH менее 1,2, то считается, что стимулированная кислотность повышена.

Для защиты клеток желудка от самопереваривания желудочным соком (ведь желудок тоже состоит из белков!) существуют следующие механизмы (их называют *факторами защиты*):

- *Слой нерастворимой слизи*, которая препятствует проникновению желудочного сока к клеткам желудка (рис. 4).
- Под слоем слизи находится *слизисто-щелочной барьер (2)*. Количество образующейся щелочи прямо пропорционально количеству образующейся соляной кислоты.
- *Секреция специальных защитных веществ*, наиболее активными из которых являются простагландины. Они способствуют снижению продукции соляной кислоты, стимулируют образование слизи и бикарбонатов, способствуют оптимизации кровотока в сосудах желудка и ускоряют обновление клеток желудка.
- *Быстрое обновление (регенерация) клеток слизистой оболочки желудка*. Клетки слизистой оболочки обновляются каждые 3 – 5 сут.
- *Интенсивное кровоснабжение*, необходимое для оптимальной регенерации клеток слизистой оболочки желудка, и, соответственно, для выработки защитной слизи.
- *Антродуоденальный кислотный тормоз*. При снижении pH ниже определенного уровня в антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке включаются механизмы, угнетающие последующее образование соляной кислоты и препятствующие продвижению пищи в двенадцатиперстную кишку. Этот механизм регулируется специальными биологическими веществами – гормонами и заперительным рефлексом, который возникает при попадании кислого содержимого в двенадцатиперстную кишку. Этот рефлекс блокирует поступление пищи в двенадцатиперстную кишку до нужного уровня повышения pH .

ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Язвенная болезнь представляет собой хроническое, рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой (рис. 5, II) – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) (рис. 5, I)⁸.

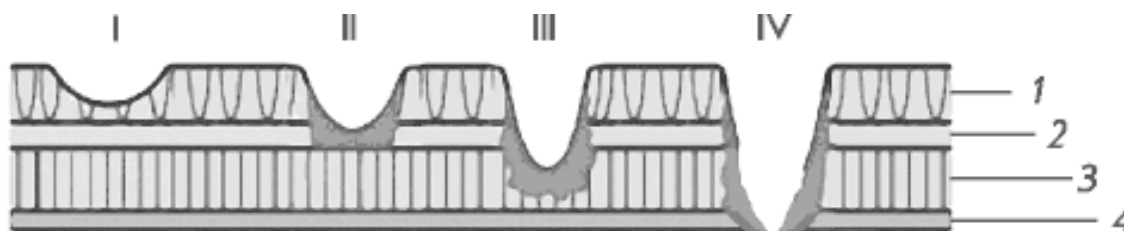


Рис. 5. Виды поражения желудочной стенки:

I – слизистая оболочка; 2 – подслизистая основа слизистой оболочки; 3 – мышечный слой; 4 – серозная оболочка;

I – эрозивное поражение; II – язвенное поражение; III – язва, осложненная кровотечением; IV – язва, осложненная прободением (перфорацией)

Таково определение язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, принятое в России. В странах Европы и США распространен термин «*пептическая язва*»⁹, которым обозначают язвенное поражение, вызванное бактерией *геликобактер пилори* и нестероидными противовоспалительными средствами. Принципиальных противоречий между этими понятиями нет, поскольку в конечном счете развитие язвенного поражения стенки слизистой связывают с повреждающим действием желудочного сока. Однако необходимо отметить, что понятие язвенной болезни более широкое и емкое, чем пептическая язва.

Основные дискуссии между учеными проходят по поводу того, считать ли язвенную болезнь хроническим заболеванием, поскольку, применяя современные методы лечения, как показывает опыт развитых стран, в подавляющем большинстве случаев можно добиться полного излечения заболевания.

По этой причине общепринятой классификации язвенной болезни не существует.

Различают следующие виды язвенной болезни:

- *язвы, возникающие вследствие инфицирования бактерией геликобактер пилори;*
- *симптоматические – лекарственные, стрессовые, эндокринные (при синдроме Золлингера – Эллисона, болезни Иценко – Кушинга, гиперпаратиреозидизме);*
- *язвы, возникающие как осложнение на фоне заболеваний внутренних органов.*

В зависимости от локализации выделяют:

- *язвы желудка (кардиальной и субкардиальной частей, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);*
- *язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы и постбульбарного отдела);*
- *сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.*

⁸ Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей. М., 2002.

⁹ Остальные язвенные поражения считают *симптоматическими*, в отличие от России, где симптоматические язвы также могут обозначаться как язвенная болезнь.

Кроме того, выделяют *язвенную болезнь неуточненной локализации и пептическую гастроэюнальную*¹⁰ *язву после резекции желудка*¹¹.

При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений различают *одиночные* и *множественные язвы*, а в зависимости от размеров язвенного дефекта – *язвы малых* (до 0,5 см в диаметре) и *средних* (0,6 – 1,9 см в диаметре) *размеров*; *большие* (2,0 – 3,0 см в диаметре) и *гигантские* (свыше 3,0 см в диаметре) *язвы*.

По форме течения различают *острую*, или *впервые выявленную*, и *хроническую язвенную болезнь*.

В зависимости от фазы заболевания: *обострение*, *затишающее обострение* (*неполная ремиссия*) и *ремиссия*. Течение заболевания может быть *незаметным* (*скрытым*, или по-научному *латентным*), *редко рецидивирующим* (1 рецидив в 4 – 5 лет), *умеренно рецидивирующим* (1 рецидив в 2 – 3 года), *часто рецидивирующим* (1 рецидив и более в год) или *непрерывно-рецидивирующим*.

Заболевание также может осложняться различными осложнениями¹²: *кровотечением* (рис. 5, III), *перфорацией* (рис. 5, IV), *пенетрацией*, *стенозом*, *малигнизацией*.

В диагнозе отмечаются стадия клинического течения заболевания: *обострение*, *рубцевание* (эндоскопически подтвержденные стадии «красного» и «белого» рубцов) и *ремиссия*, а также наличие *рубцово-язвенной деформации* желудка и двенадцатиперстной кишки.

При формулировке диагноза язвенной болезни указываются осложнения заболевания (кровотечение, прободение, пенетрация, перигастрит и перидуоденит, рубцово-язвенный стеноз привратника), в том числе и отмечавшиеся ранее, а также операции, перенесенные по поводу язвенной болезни.

¹⁰ Желудочно-тонкокишечная язва. Подробнее см. в словаре.

¹¹ Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов (методические рекомендации) / Авт-сост. В. С. Гасилин, П. С. Григорьев, О. Н. Минушкин, Б. А. Блохин. М., 1995.

¹² См. раздел «Осложнения язвенной болезни».

ПОЧЕМУ И КАК РАЗВИВАЕТСЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Причины возникновения язвенной болезни

Чаще всего возникновение язвенной болезни связывают с инфекцией, вызываемой бактерией геликобактер пилори. Считается, что она играет решающую роль в развитии 48 – 70% желудочных и 70 – 95% язв двенадцатиперстной кишки¹³.

Второй по частоте причиной возникновения язвы является прием лекарственных препаратов, – в основном это касается медикаментов из группы нестероидных противовоспалительных средств. Ими обусловлено 20 – 25% желудочных язв и около 3 – 5% язв двенадцатиперстной кишки. В остальных случаях развитие язвенного поражения желудка или двенадцатиперстной кишки возникает как осложнение какого-либо острого или хронического заболевания.

¹³ Kurata J. H., Nogawa A. N. Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, Helicobacter pylori, and smoking // J Clin Gastroenterol, 1997. 24: 2 – 17. Баранская Е. К. Язвенная болезнь и инфекция Helicobacter pylori // БОП, 2000. 1: 8 – 14.

Что такое бактерия геликобактер пилори (*Helicobacter pylori*)

Бактерия, с которой связывают возникновение язвенной болезни, называется *Helicobacter pylori* (произносится как «г(х)еликобактер пилори»), что в переводе с латинского языка означает «спиралевидная бактерия, обитающая в привратнике желудка» (рис. 6). Она была открыта сравнительно недавно – в 1983 г. – австралийскими учеными Барри Маршаллом и Робинот Уорреном¹⁴. Это микроорганизм шириной 0,5 мкм, длиной от 2 до 6,5 мкм и толщиной 0,5 – 1,0 мкм¹⁵, по форме напоминает спираль, на одном конце которой находится несколько отростков-жгутиков.

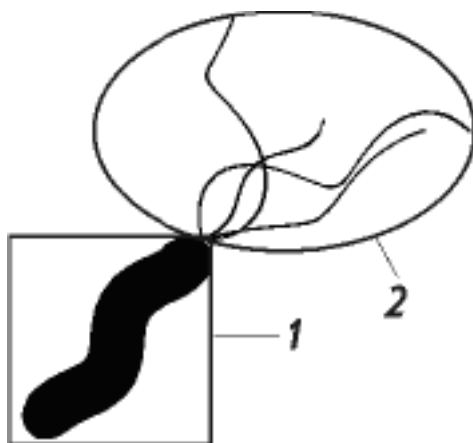


Рис. 6. Вид бактерии геликобактер пилори под микроскопом:

1 – спиралевидное тело бактерии; 2 – жгутики бактерии

Такая форма и наличие жгутиков позволяют бактерии активно передвигаться в желудочной слизи к стенке желудка, что способствует ее выживанию.

Источником заражения является болеющий человек или бактерионоситель¹⁶. Заражение может происходить, например, при поцелуе, через грязные руки, посуду, зараженную воду, пищу, предметы личной гигиены. Бактерия может передаваться через плохо простерилизованные медицинские инструменты, применяемые для исследования желудка (эндоскопы, зонды).

Бактерии могут присутствовать в зубном налете¹⁷, в слюне, они способны сохраняться некоторое время в различных средах – испражнениях, рвотных массах, в холодной морской и речной воде. Полагают, что инфекция может передаваться от матери к плоду, и даже при кашле или разговоре¹⁸.

¹⁴ Marshall B. J., Warren J. R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration // Lancet, 1984. Vol. 7. P. 1311 – 1315. Warren J. R., Marshall B. J. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis // Lancet, 1983. P. 1273 – 1275.

¹⁵ Микрометр (мкм) – единица длины, равная 10^{-6} метра. Ранее также использовалось название *микрон* (мк).

¹⁶ Dominici P., Bellentani S., Di Biase A. R. et al. Familial clustering of *Helicobacter pylori* infection: population based study // BMJ, 1999. 319: 537 – 541.

¹⁷ Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. *Helicobacter pylori*: гастрит, дуоденит (гастродуоденит), язвенная болезнь и другие геликобактер-ассоциированные заболевания. По материалам 12-го Международного форума по изучению гастродуоденальной патологии и *Helicobacter pylori*. 2 – 4 сентября 1999 г. Хельсинки // Рос. гастроэнтерол. журн., 1999. 4: 38 – 42.

¹⁸ Hildebrand P., Meyer-Wyss B. M., Mossi S., Beglinger C. Risk among gastroenterologists of acquiring *Helicobacter pylori* infection: case-control study // BMJ, 2000. 321: 149.

Заражению способствует низкий социальный уровень, несоблюдение правил личной гигиены или невозможность их соблюдать.

Риск заболеть или быть инфицированным выше в семьях, где уже имеется инфекция¹⁹, а также в местах совместного проживания (общежития, специнтернаты, психиатрические стационары, детские дома и др.). В группу риска входят и медработники, особенно те, кто работает в клиниках гастроэнтерологического профиля.

Препятствуют заражению и распространению инфекции: соблюдение правил личной гигиены, благополучное социально-экономическое положение, низкая бытовая скученность.

Через 6 – 8 дней после заражения могут отмечаться в разной степени выраженности признаки воспалительного процесса желудка и двенадцатиперстной кишки: болевой синдром, тошнота, рвота, отрыжка. К сожалению, ни один из этих признаков не является характерным только для этой инфекции. Затем эти признаки стихают и эпизод инфицирования (не возникновения язвы!) проходит, как правило, незамеченным.

Легкость заражения и стертая нехарактерная клиническая картина заболевания, а чаще всего ее полное отсутствие, обуславливает большую распространенность инфекции. Полагают, что в мире этой бактерией инфицировано до 50% населения. Распространение инфекции по странам и регионам различно. Так, например, в странах Европы бактерия *геликобактер пилори* обнаруживается у 30 – 70% населения²⁰, в США – у 30% населения, в соседней к ней Мексике – у 40%, а в Южной Америке и Африке – у 80 – 90%, меньше всего болеющих в Австралии – 20% населения²¹. В России инфицировано не менее 70 – 80%²², а по некоторым данным – 92% населения²³.

Хотя распространенность бактерионосительства в мире велика, болезнь развивается в 10 – 15% случаев инфицирования²⁴. Считается, что для развития заболевания необходимо не только наличие бактерии в организме, но и различные неблагоприятные воздействия, которые ослабляют факторы защиты и усиливают факторы агрессии²⁵. В остальных случаях бактерия может существовать, не вызывая никаких повреждений и не отторгаясь организмом²⁶.

Благодаря открытию бактерии *геликобактер пилори*²⁷ и изучению ее роли в развитии заболевания был достигнут существенный прогресс в лечении язвенной болезни. После специфического лечения частота рецидивов у пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки уменьшается с 67 до 6% и с 59 до 4% у больных с желудочными язвами²⁸.

Однако до сих пор не ясно, почему в некоторых случаях, даже при наличии бактерии *геликобактер пилори* и факторов риска, заболевание может не развиваться, и, наоборот, при отсутствии факторов риска оно развивается. Пока не удастся объяснить, чем обусловлена

¹⁹ Dominici P., Bellentani S., Di Biase A. R. et al. Familial clustering of *Helicobacter pylori* infection: population based study // BMJ, 1999. 319: 537 – 541.

²⁰ Справочник практического врача по гастроэнтерологии / Под ред. В. Т. Ивашкина, С. И. Рапопорта. М., Советский спорт, 1999. 432 с.

²¹ http://www.plivazdravlje.hr/?id=9036&ion=stanja&ion_menu=musko&show=1

²² Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. *Helicobacter pylori*: гастрит, дуоденит (гастродуоденит), язвенная болезнь и другие *геликобактер*-ассоциированные заболевания. По материалам 12-го Международного форума по изучению гастродуоденальной патологии и *Helicobacter pylori*. 2 – 4 сентября 1999 г. Хельсинки // Рос. Гастроэнтерол. журн., 1999. 4: 38 – 42.

²³ Курилович С. А., Решетников О. В., Шлыкова Л. Г. Некоторые итоги и перспективы изучения *Helicobacter pylori*-инфекции в Западной Сибири // Педиатрия, 2002. 2 (Прилож.): 65 – 71.

²⁴ NIH Consensus Conference. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on *Helicobacter pylori* in Peptic Ulcer Disease // JAMA, 1994. 272: 65 – 69.

²⁵ См. раздел «Факторы, повышающие риск развития язвенной болезни».

²⁶ Katicic M. Is the only good *Helicobacter* a dead *Helicobacter*? // Med. Arh., 2002. Vol. 56 (Suppl. 1). P. 17 – 20.

²⁷ Об истории открытия см. раздел «История изучения язвенной болезни».

²⁸ Hopkins R. J., Girardi L. S., Turney E. A. Relationship between *Helicobacter pylori* eradication and reduced duodenal and gastric ulcer recurrence: a review // Gastroenterology, 1996. 110: 1244 – 1252.

цикличность течения и различные ритмы рецидивирования заболевания. Можно сказать, что благодаря открытию бактерии геликобактер пилори проблема уже вышла из кромешной ночной тьмы, но до полной ясности безоблачного солнечного полдня еще далеко. Как отмечают исследователи: «В мире черного и белого бактерия геликобактер пилори – серая»²⁹.

Научные исследования последних лет показали, что бактерия геликобактер пилори в 30% случаев в драме язвенной болезни является «невинным свидетелем», а не «злоумышленником»³⁰. Более того, оказалось, что, помимо «зловредных» и «невинных» бактерий геликобактер пилори, существуют и «хорошие»³¹.

Поэтому на смену первоначальной гипотезе: «Нет бактерии геликобактер пилори – нет и язвенной болезни» пришли две другие: «Нет бактерии геликобактер пилори – нет и геликобактер-ассоциированной язвенной болезни» и «Нет цитотоксических штаммов бактерии геликобактер пилори и патологического снижения pH соляной кислоты – нет язвы».

Согласно этим гипотезам, исследователи полагают, что, помимо наличия бактерии геликобактер пилори и факторов риска, необходимо присутствие у бактерии генов цитотоксичности, что позволяет объяснить, почему инфицирование бактерией геликобактер пилори в различных случаях проявляется неодинаковой клинической картиной³².

Как же развивается язвенное поражение в результате инфицирования бактерией геликобактер пилори?

После того как бактерия попадет в желудок, она, в отличие от других бактерий, не погибает под воздействием желудочного сока, а начинает бороться за существование. Выжить в желудке ей удастся вовсе не потому, что она устойчива к действию соляной кислоты, как раз оптимальной для существования бактерии является pH 4,0 – 6,0, а благодаря тому, что она синтезирует для этого различные вещества. Так, например, она выделяет такой фермент, как уреаза³³, который разлагает мочевины, находящуюся в желудочном содержимом, на углекислый газ и аммиак³⁴. Они образуют вокруг бактерии оболочку с оптимальным pH, и бактерия может существовать³⁵. Благодаря жгутикам (см. рис. 6) бактерия движется к клеткам желудка сквозь слой слизи подальше от кислоты. Там она прикрепляется к клеткам и заселяет собой значительные пространства. Продукты, выделяемые бактерией геликобактер пилори в результате жизнедеятельности, значительно ослабляют факторы защиты, а факторы агрессии усиливаются. Слой слизистой разрушается и желудочный сок устремляется к клеткам. Возникает воспаление желудка – *гастрит*.

На повышение pH, хоть и локальное, желудок реагирует тотальным снижением pH и усилением своей двигательной активности. Вследствие этого кислое содержимое и бактерии забрасываются в двенадцатиперстную кишку. Чтобы защититься от агрессивной среды в кишке, эпителий начинает перерождаться и становится таким же, как в желудке. Бактерии заселяют двенадцатиперстную кишку, что в конечном счете приводит к разрушению защитного слоя и ее воспалению – *дуодениту*. В местах, наименее защищенных слизью, где поврежденные клетки хуже всего восстанавливаются и плохо кровоснабжаются, образуется язва.

²⁹ Blaser M. J. In a world of black and white *Helicobacter pylori* is grey // Ann. Intern. Med., 1999. Vol. 130. № 8. P. 695 – 697.

³⁰ Arakawa T., Higuchi K., Fujiwara Y. et al. *Helicobacter pylori*: criminal or innocent bystander? // J. Gastroenterol., 2000. Vol. 35 (Suppl. 12). P. 42 – 46.

³¹ Gisbert J., Pajares J. Son todos los *H. pylori* malos? // Rev. Enferm. Dig., 1999. Vol. 91. № 7. P. 508 – 515.

³² Gunn M. C., Stephens J. C., Stewart J. D., Rathbone B. J. Detection and typing of the virulence determinants *cagA* and *vacA* of *Helicobacter pylori* directly from biopsy DNA: are in vitro strains representative of in vivo strains? // Eur J Gastroenterol Hepatol, 1998. 10: 683 – 687.

³³ Dunn B. E., Vakil N. B., Schneider B. G. et al. Localization of *Helicobacter pylori* urease and heat shock protein homolog in human gastric biopsies // Infect Immun, 1997. 65: 1181 – 1188.

³⁴ Berger A. Scientists discover how *helicobacter* survives gastric acid // Br Med J, 2000. 320: 268.

³⁵ Bell G. D. Clinical practice – breath tests // Br Med Bull, 1998. 54: 187 – 193.

Язвенная болезнь, возникающая вследствие приема медикаментов

Язвенное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки может возникнуть и вследствие приема различных медикаментов, главным образом после употребления лекарственных препаратов, относящихся к группе нестероидных противовоспалительных средств. Это вторая³⁶ по частоте причина развития язвенного поражения. Тяжелые осложнения (перфорация, кровотечение) при этом развиваются не часто, однако многое зависит от величины принимаемой дозы препарата и состояния здоровья пациента.

Как уже отмечалось, нестероидные противовоспалительные средства вызывают 20 – 25% желудочных и 3 – 5% язв двенадцатиперстной кишки.

Вероятность возникновения язвенного поражения среди пациентов, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные средства, составляет 20 – 25%, а вероятность эрозивного поражения – более чем 50%.

Что такое нестероидные противовоспалительные средства

Нестероидные противовоспалительные средства – это группа препаратов, к которым относятся лекарственные средства, обладающие противовоспалительным действием. Использование в названии термина «нестероидные» подчеркивает их отличие от других противовоспалительных средств – стероидов (глюкокортикоидов)³⁷.

Для того чтобы понять, почему эти препараты способны вызывать язвенную болезнь, необходимо рассмотреть механизм их действия.

В 1935 г. шведским физиологом Ульфом фон Ойлером в семенной жидкости были открыты биологически активные вещества, которые назвали *простагландинами* – от латинского названия предстательной железы *glandula prostatica*.

В 1971 г. английский исследователь Дж. Вейн выяснил, что нестероидные противовоспалительные средства осуществляют свое противовоспалительное действие, блокируя синтез биологически активных веществ – простагландинов. О важности этого открытия говорит то, что оно было отмечено в 1982 г. Нобелевской премией по физиологии и медицине. Помимо участия в воспалительных процессах, простагландины выполняют в организме множество важных функций, в частности обеспечивают регуляцию различных защитных механизмов стенок желудка и обеспечивают адекватный местный кровоток.

Синтез простагландинов регулируется различными ферментами: тот, что защищает желудок, называется ферментом *циклооксигеназа-1*, а тот, который участвует в воспалении, – ферментом *циклооксигеназа-2*. Нестероидные противовоспалительные средства оказывают свое противовоспалительное действие, влияя на синтез простагландинов путем торможения (ингибирования) синтеза обеих разновидностей фермента циклооксигеназы. Таким образом, с одной стороны, помогая организму справиться с воспалением, нестероидные противовоспалительные средства, с другой стороны, нарушают баланс между факторами защиты и агрессии, провоцируя возникновение язвенного поражения.

Чтобы избежать этих отрицательных эффектов, были созданы новые нестероидные противовоспалительные средства, которые блокируют только фермент циклооксигеназу-2. В настоящее время существуют два класса нестероидных противовоспалительных средств

³⁶ Kurata J. H., Nogawa A. N. Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, Helicobacter pylory, and smoking // J Clin Gastroenterol, 1997. 24: 2 – 17.

³⁷ О стероидах см. в словаре.

– *старые*, или *традиционные (неселективные)*, и *новые*. К традиционным относится подавляющее большинство известных препаратов: ибупрофен, диклофенак, индометацин, бутадион, кетопрофен, аспирин (ацетилсалициловая кислота). К новым относятся *селективные* нестероидные противовоспалительные средства, которые избирательно блокируют фермент циклооксигеназу-2: рофекоксиб, целекоксиб, мелоксикам, нимесулид и др.

Механизм и условия возникновения язвенной болезни на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств

В настоящее время полагают, что механизм повреждения нестероидными противовоспалительными средствами слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки следующий:

1) *прямое повреждающее действие* – местная реакция желудка на лекарственное средство как на химическое вещество. В большинстве случаев возникают эрозии, которые в течение нескольких недель заживают самостоятельно даже при продолжении приема нестероидных противовоспалительных средств. В редких случаях язва может возникнуть и в первую неделю приема;

2) *нарушение синтеза простагландинов*, участвующих в защите слизистой оболочки желудка.

Язвенная болезнь при приеме нестероидных противовоспалительных средств чаще всего возникает на фоне их длительного употребления, а также при сочетании различных неблагоприятных факторов, таких как: пожилой возраст, ранее перенесенная язвенная болезнь, имевшее место в прошлом желудочно-кишечное кровотечение, наличие бактерии *геликобактер пилори*, тяжелые сопутствующие заболевания, проявления каких-либо осложнений при предыдущем приеме нестероидных противовоспалительных средств, а также одновременный прием стероидов или антикоагулянтов.

Связь бактерии *геликобактер пилори* и нестероидных противовоспалительных средств

В современной научной литературе подчеркивается, что нестероидные противовоспалительные средства и бактерия *геликобактер пилори* являются независимыми факторами язвообразования³⁸. Если прием нестероидных противовоспалительных средств проводится на фоне язвенной болезни, связанной с бактерией *геликобактер пилори*, то это ухудшает течение болезни, что проявляется не только в замедлении заживления язвы, но и способствует возникновению осложнений (например, кровотечений), а также увеличивает вероятность рецидива заболевания. Особенно опасен сочетанный прием ацетилсалициловой кислоты одновременно с алкоголем.

Положительным моментом является тот факт, что нестероидные противовоспалительные средства не способствуют размножению бактерии *геликобактер пилори* в желудке.

Другие медикаменты, способные вызвать язвенную болезнь

К лекарственным средствам, которые значительно реже, но все-таки могут вызывать язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, также относятся: стероиды (кортикостероиды), препараты, применяющиеся в онкологии (цитостатики, бисфосфонаты, фтороурацил), хлорид калия, резерпин³⁹.

³⁸ Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht 2-2000 consensus report // *Aliment Pharmacol Ther*, 2002. 16: 167 – 180.

³⁹ Это вещество входит в состав некоторых лекарственных средств, которые применяются в кардиологии, неврологии,

Язвенная болезнь, возникающая вследствие различных заболеваний и состояний

Язвенное поражение слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки также может возникнуть как осложнение различных хронических заболеваний, в результате которых нарушается баланс между факторами агрессии и защиты. К таким заболеваниям относятся⁴⁰: гиперпаратиреоз, туберкулез, болезнь Крона, хроническая почечная недостаточность, саркоидоз, рак легких, рак желудка, цирроз печени, хронический гепатит, заболевания поджелудочной железы (например, синдром Золлингера – Эллисона), хронические обструктивные заболевания легких, целиакия, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, сахарный диабет, сифилис и др.

Баланс между факторами агрессии и защиты может нарушаться также в результате острых заболеваний и состояний, таких как: шок, ожоги (такие язвы называются по имени автора, их описавшего, – *язвы Курлинга*), обморожения, сепсис, острая недостаточность различных органов (острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность и др.), тяжелые и средней тяжести травмы, повреждения головного и спинного мозга (такие язвы называются по имени автора, их описавшего, – *язвы Кушинга*), психические травмы (стрессы), после хирургических операций, после пересадки органов, при искусственной вентиляции легких более 48 ч, при нарушениях свертываемости крови, возникших вследствие различных причин.

⁴⁰ Modlin I. M., Sachs G. Acid related disease. Biology and treatment. Schnetztor-Verlag GmbH Konstanz, 1998.

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Для того чтобы после заражения бактерией геликобактер пилори развилась язвенная болезнь, необходимо, как правило, также наличие одного или нескольких неблагоприятных факторов, или, как их называют, *факторов риска*. Их действие в конечном счете сводится к нарушению динамического равновесия между факторами агрессии и защиты.

Существуют две группы факторов риска: *модифицируемые*, на которые можно воздействовать, и *немодифицируемые*, которые нельзя изменить, но можно, зная о них, предпринять профилактические шаги, особенно при наличии других факторов риска.

К немодифицируемым факторам относятся: возраст, пол, наследственность, группа крови; к модифицируемым – все остальные, речь о которых пойдет ниже.

Немодифицируемые факторы

Возраст

Язвенная болезнь обычно возникает в возрасте от 25 до 40 лет: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – в период от 20 до 30 лет, язвенная болезнь желудка – после 35 лет.

Пол

В молодом возрасте язвенной болезнью страдают преимущественно мужчины, у них она встречается в 2 – 7 раз чаще, чем у женщин.

После 45 – 50 лет соотношение количества заболевших мужчин и женщин становится примерно одинаковым.

Наследственность

Вероятность заболеть язвенной болезнью в 5 – 10 раз выше у тех, кто имеет родственников первой линии с язвенной болезнью. Наследуется не сама болезнь, а факторы, предрасполагающие к возникновению заболевания.

Группа крови

Предрасполагающим фактором является наличие I группы крови, что повышает риск заболеваемости язвенной болезнью в 2,5 раза.

Модифицируемые факторы риска

Психосоциальные проблемы

• Негативные эмоции

Возникновение язвенной болезни наиболее вероятно у лиц, испытывающих длительное время негативные эмоции – гнев, испуг, враждебность, депрессию, страх, ожидание неприятностей, негодование, возмущение, постоянные обиды, чувство вины, ощущение незащищенности и беспомощности.

Способствуют развитию язвенной болезни индивидуальные особенности поведения – эгоцентризм, чрезмерные претензии, резко выраженная быстрая вспыльчивость.

Вот что пишет по этому поводу авторитетный ученый-психолог Носсрат Пезешкиан⁴¹:

«Если у кого-то “что-то давит на желудок” или если он “не может что-то переварить”, это раздражает его “до рвоты”, от этого “делается дурно, тошнит”, то человек в конце концов “наживает себе дыру в желудке”, разочарование “съедает” его. Кто-то становится, “как кислота”, или реагирует, “показывая зубы”. Не может быть совпадением то, что от больных с язвой двенадцатиперстной кишки мы часто слышим выражения о проявлении гнева, желании мести и расплаты»⁴².

Об этом же пишут и другие авторы. В. Грейс и Д. Грэхем⁴³ констатируют поведение пациентов в ситуации заболевания: пациенты описывают свое состояние в типичных выражениях следующим образом: «Я бы охотно с ним разделался», «Я хочу отомстить», «Он меня оскорбил так, что и я ему отвечу тем же», «Я делаю это из чистой злости», «Я хочу укротить его».

• Стрессы

Спровоцировать язвенную болезнь может сочетание постоянного нервного напряжения и большой ответственности, присущие различным профессиям: летчикам, авиадиспетчерам, хирургам, анестезиологам-реаниматологам.

В середине прошлого века наиболее часто язвенная болезнь отмечалась во время Второй мировой войны и в послевоенное время у молодых мужчин. В Англии из-за этого заболевания было отчислено с военной службы 20 000 солдат, в Германии формировались «желудочные роты». Военные и послевоенные годы были периодом утраты безопасности, межчеловеческих связей, жилья, родины, работы. Послевоенное время было временем неопределенности, требовавшим от множества людей изнурительных усилий, чтобы начать все заново. И только с начала 1960-х гг. началось быстрое снижение заболеваемости более чем в 2 раза⁴⁴.

• Влияние социокультурных факторов

У людей, утративших общество, в котором они были в безопасности и имели признание (например, гастарбайтеры, беженцы, переселенцы), язвы встречаются чаще⁴⁵.

⁴¹ Пезешкиан Носсрат (р. 1933) – немецкий психолог иранского происхождения. Директор Международного центра позитивной психотерапии, семейной психотерапии, транскультурной психиатрии и психосоматической медицины в Висбадене.

⁴² Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Перевод с немецкого. М., Медицина, 1996.

⁴³ Grace W. J., Graham D. P. Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases // Psychosom. Med. 14 (1952). 143.

⁴⁴ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999.

⁴⁵ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999.

Грубые погрешности в питании

- Несоблюдение регулярного режима питания – длительные перерывы между приемами пищи, перекусы в спешке, «на ходу», поздний ужин.
- Длительное употребление пищи, содержащей обильное количество грубой клетчатки; блюд, содержащих большое количество поваренной соли, специй, острых приправ, уксус, майонез, горчицу, аджику и др.; потребление большого количества мяса, бульонов, кофе, крепкого чая, шоколада и других продуктов, вызывающих повышенное выделение желудочного сока⁴⁶.
- Еда всухомятку, употребление очень горячих или очень холодных продуктов.

Курение

В 1974 г. в Женеве на заседании Комитета экспертов ВОЗ⁴⁷ были представлены данные, свидетельствующие о том, что курение является фактором, провоцирующим язвенную болезнь.

В настоящее время считаются установленными следующие факты:

- язвенная болезнь встречается в 2 раза чаще у курящих, чем у некурящих;
- частота возникновения язвенной болезни прямо пропорциональна количеству выкуриваемых сигарет;
- курение существенно замедляет заживление язв, даже при своевременной диагностике и правильном лечении;
- вероятность излечения заболевания у курящих в 2 раза меньше, чем у некурящих;
- рецидивирование заболевания у курящих в 2 раза выше, чем у некурящих;
- осложненное течение заболевания у курящих встречается в 2 раза чаще, а частота осложнений (кровотечения и прободения) прямо пропорциональна количеству выкуриваемых сигарет.

В России курят примерно 70% мужчин и 30% женщин. Для сравнения заметим, что в США в период расцвета табачного бизнеса (40-е годы прошлого века) курили более 60% населения, что побудило американцев начать широкомасштабную борьбу с никотином. Об успешности этой борьбы свидетельствуют следующие цифры: к середине 60-х гг. XX в. число курильщиков снизилось до 30%, к середине 90-х гг. – до 20 – 25%, в настоящее время в США курят не более 10 – 15% населения.

В Западной Европе курят 34% мужчин и 25% женщин, в Канаде – 28% мужчин и 25% женщин.

У нас, в отличие от этих стран, созданы максимально благоприятные условия для развития табачной промышленности. Руководители самых высоких рангов всячески способствуют открытию табачных фабрик, поскольку последние являются самыми крупными налогоплательщиками. Это неудивительно, поскольку в России мужчины в среднем выкуривают 15 – 20 сигарет в день, а женщины – 7 – 12. Как свидетельствует неумолимая статистика в России мальчики начинают курить с 10 лет, девочки – с 12. В результате 33% российских детей и подростков становятся постоянными курильщиками. По количеству курящих детей Россия занимает первое место в мире.

Если по поводу активного курения известно достаточно много и предупреждения написаны на каждой пачке сигарет, то на пассивное курение (длительное и частое нахождение

⁴⁶ Подробнее см. раздел «Профилактика язвенной болезни».

⁴⁷ Всемирная организация здравоохранения.

ние в накурленном помещении некурящих лиц) у нас вовсе не обращают внимание. Между тем один час пребывания в накурленном помещении для некурящего равняется выкуриванию от 8 до 37 сигарет.

В опубликованном 21 марта 2006 г. совместном докладе «Удаление дымовой завесы: 10 причин для освобождения от табачного дыма», подготовленном Европейским респираторным обществом, Фондом исследования рака Великобритании и Национальным институтом рака Франции⁴⁸, сообщается, что в 25 странах Европейского союза, где проживают 450 млн жителей, от пассивного курения умирают ежегодно 79 тыс. человек. И это неполные данные, поскольку в них не учитывается смертность среди детей, обусловленная пассивным курением.

К сожалению, данные о вреде пассивного курения тщательно замалчиваются табачными кампаниями. Как установили швейцарские и британские исследователи в одной из лабораторий компании Philip Morris, доказательства вреда пассивного курения были получены еще в 1982 г., однако эта компания 10 лет скрывала факты, свидетельствующие о вреде пассивного курения⁴⁹.

В связи с этим и многими другими фактами правительство США подало 280-миллиардный иск против нескольких крупных компаний, занимающихся производством табачных изделий, обвиняя их в утаивании от общественности информации о воздействии табака на человеческий организм, в том числе о связи курения с раком легких и хроническим бронхитом⁵⁰.

Злоупотребление алкоголем

Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность возникновения язвенной болезни в несколько раз. Употребление алкоголя на фоне лечения замедляет заживление язв и способствует рецидивированию заболевания.

С медицинской точки зрения злоупотреблением спиртным считается регулярное потребление в сутки более 50 мл чистого этанола для мужчин и 30 мл для женщин.

Избыточное употребление кофе и кофеинсодержащих продуктов

Кофеин, содержащийся в кофе, является химическим веществом, стимулирующим многие процессы в организме, в том числе работу нервной системы, и значительно усиливает выработку желудочного сока. Многие не представляют себе день, а особенно утро, без чашки крепкого кофе. Недаром «кава» по-арабски означает «быть сильным, активным, укреплять».

Некоторые без кофе просто не могут жить. «Он меня стимулирует» – говорят они, не видя в слове «стимулятор» ничего плохого. А жаль. Ведь слово stimulator в переводе с латинского означает «подстрекатель», т. е. тот, кто побуждает к вредным и опасным своим последствиям действиям. А происходит слово от латинского stimulus – так называлась остроконечная палка, которой погоняли лошадей. Так вот, чтобы не загнать собственный организм, необходимо знать, что стимуляция происходит за счет внутренних резервов, которые постепенно истощаются. Поэтому если их не пополнять за счет полноценного отдыха, возникает хронический отрицательный стресс, депрессия, усталость. Это побуждает прини-

⁴⁸ http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509

⁴⁹ <http://www.medportal.ru/encyclopaedia/narcology/smoke/17/>

⁵⁰ <http://www.stopsmoking.ru/newsblock.php?action=fullnews&id=587&showcomments=1>

мать успокоительные средства, которые вызывают вялость и сонливость. Чтобы «разбудить» себя, необходимы уже большие дозы кофеина, а чтобы «успокоить», возникает потребность увеличивать дозы успокоительных средств. Человек мечется в этом замкнутом круге, все больше истощая себя, а довольные производители кофе и фармацевты подсчитывают прибыль.

К сожалению, кофе без кофеина, также не лишен вредного действия. Как установили ученые из Американского кардиологического общества в рамках клинического исследования «Кофе и обмен липопротеидов», кофе без кофеина гораздо хуже действует на сердечно-сосудистую систему, чем кофе с кофеином⁵¹. Выяснилось, что кофе без кофеина способствует увеличению в крови вредных жиров, провоцируя таким образом рост атеросклеротических бляшек.

Атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия

Ухудшение кровоснабжения в сосудах желудка и кишечника, возникающее в результате различных заболеваний, в частности таких как атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия, приводит к ослаблению защитных факторов и может способствовать развитию язвенной болезни.

Финансовое благополучие

Исследователями многих стран наглядно показано, что инфицированность населения бактерией геликобактер пилори напрямую зависит от общего экономического уровня развития страны: чем выше социальный уровень жизни населения, тем ниже инфицированность.

В 1994 г. американскими исследователями продемонстрировано, что инфицированность бактерией геликобактер пилори не наблюдается в семьях, годовой доход которых превышает 70 тыс. долларов США⁵².

При исследовании распространенности бактерии геликобактер пилори в Бразилии было установлено, что 96,7% семей с годовым доходом менее 5 тыс. долларов США, которые пользуются сырой водопроводной водой, проживают более 1 человека в комнате, – инфицированы⁵³.

В России, в малообеспеченных многодетных семьях, проживающих в густонаселенных квартирах или домах, без достаточных бытовых удобств (канализация, отопление, горячее водоснабжение), инфицированность бактерией геликобактер пилори на 30 – 40% выше, чем в семьях, проживающих в нормальных условиях⁵⁴.

Другие факторы риска

Проживание в городе (интенсивный ритм жизни, постоянная нехватка времени, плохая экология – грязный воздух, шум и т. д.). Поэтому городское население страдает язвенной болезнью чаще, чем сельское.

⁵¹ <http://www.kadets.info/showpost.php?s=144a0b12b2bb916444673ef5d6c9862f&p=307199&postcount=120>

⁵² Rosha G. A., Oliveira A. M. et al. Prevalence of Helicobacter infection in two different population. Helicobacter pylori: beginning the second decade. Houston, Texas, VSA, 1994. Abstracts-on-disk (TM) from Astra/Merck.

⁵³ Oliveira A. M., Queiroz D. M., Rocha G. A., Mendes E. N. Seroprevalence of Helicobacter pylori infection in children of low socioeconomic level in Belo Horizonte // Brazil. Am. J. Gastroenterol, 1994. Dec 89 (12). P. 2201 – 2204.

⁵⁴ Диагностика и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с инфекцией Helicobacter pylori (практическое руководство для врачей). М., 2006.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ЦИФРАХ

Болезни желудочно-кишечного тракта входят в пятерку самых распространенных заболеваний в мире. Считается, что из общего числа желудочно-кишечных заболеваний 30% приходится на язвенную болезнь, это составляет примерно 10% всего населения земного шара. В России по разным данным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки больны от 1,5 до 3 млн взрослых, 18 тыс. подростков и около 10 тыс. детей до 14 лет.

В США по статистике ежегодно регистрируется примерно от 500 до 800 тыс. новых случаев язвенной болезни; 4 млн рецидивов заболевания язвой желудка и более 1 млн пациентов госпитализируются в связи с осложнениями язвенной болезни. Масштабы распространенности заболевания в России не уступают показателям в США⁵⁵.

Смертность от язвенной болезни колеблется в разных странах от 6 до 7,1 на 100 тыс. населения при язве желудка, от 0,2 до 9,7 – при язве двенадцатиперстной кишки.

Ежегодные финансовые потери, связанные с язвенной болезнью, только в США составляют около 6 млрд долларов.

Наиболее частой причиной, провоцирующей возникновение язвенной болезни, как уже отмечалось, является бактерия геликобактер пилори, которой заражено от 50 до 75% населения Земли. В разных странах распространенность инфекции колеблется от 20% в Австралии до 90% в Южной Америке и Африке⁵⁶. Инфицированность бактерией геликобактер пилори взрослого населения России очень высокая и достигает по некоторым данным 92%⁵⁷.

Частота встречаемости язвы двенадцатиперстной кишки в 4 раза выше, чем язвы желудка.

⁵⁵ <http://www.newsru.com/russia/12oct2005/helicobacter.html>

⁵⁶ http://www.plivazdravlje.hr/?id=9036&ion=stanja&ion_menu=musko&show=1

⁵⁷ Курилович С. А., Решетников О. В., Шлыкова Л. Г. Некоторые итоги и перспективы изучения *Helicobacter pylori*-инфекции в Западной Сибири // Педиатрия, 2002. 2 (Прилож.): 65 – 71.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Признаки, которыми проявляется язвенная болезнь, могут быть чрезвычайно многообразны и зависеть от многих причин, таких, например, как место расположения язвы – желудок или двенадцатиперстная кишка, размер язвы, индивидуальная чувствительность к боли, фаза болезни (обострение или ремиссия), наличие осложнений, возраст пациента и наличие сопутствующей патологии.

Симптомы, которыми характеризуется язвенная болезнь, можно разделить на *болевой* и иные, *неболевые*, их еще называют *диспептическими* (изжога, тошнота, рвота и др.), которые могут либо сопровождать боль, либо являться единственным проявлением язвенной болезни.

В данном разделе описываются классические признаки, характерные для неосложненной язвенной болезни⁵⁸.

Необходимо знать и помнить, что признаки, которыми проявляется язвенная болезнь, не дают возможности с уверенностью судить ни о локализации язвы, ни о наличии или отсутствии осложнений, и даже достоверно (со 100%-ной вероятностью) диагностировать заболевание. Важно только одно – появление описанных признаков – повод для консультации со специалистом. В некоторых случаях, которые оговорены особо в заключении этого раздела «Когда вызывать “скорую помощь”», необходимо срочно обратиться к врачу или даже вызвать «скорую помощь».

⁵⁸ Наличие осложнений может существенно изменить клиническую картину, см. раздел «Осложнения язвенной болезни».

Характеристика болей при язвенной болезни

Боли при язвенной болезни характеризуются четкой периодичностью:

- *Связь с приемом пищи.* Самой характерной особенностью болей при язвенной болезни является появление приступов в зависимости от приема пищи.

Эта взаимосвязь как признак язвенной болезни была впервые описана немецким ученым К. Мойнинганом еще в 1925 г., поэтому получила название «мойнингановский ритм болей».

По времени возникновения различают боли ранние, поздние, тощаковые и ночные.

Если боли возникают в первые 2 ч после приема пищи, то они называются *ранними*. Затем их интенсивность снижается или они полностью проходят. *Поздними* называются боли, которые появляются через 2 ч и позднее. *Голодными (тощаковыми)* называются боли, которые возникают через 6 – 7 ч после еды. Такие боли часто прекращаются после приема пищи. *Ночными* называются боли, возникающие во 2-й половине ночи, которые могут быть причиной пробуждения.

- *Чередование болевых приступов с их отсутствием.* При неосложненном заболевании периоды обострения при поражении желудка длятся от 6 до 12 нед, двенадцатиперстной кишки – от 4 до 8 нед.

- *Сезонность обострений заболевания.* Наиболее часто заболевание обостряется весной и осенью, реже – зимой.

Важно знать!!!

Изменение привычной периодичной симптоматики, особенно у лиц длительно страдающих язвенной болезнью, должно насторожить вас и явиться поводом для срочного обращения к врачу.

Локализация болей

Локализация болей при язвенной болезни может быть типичной и атипичной. Под *типичной локализацией* понимают место проявления болей в эпигастральной (подложечной) области. Из этой области они могут распространяться вверх и влево (в левую половину грудной клетки, под левую лопатку, в левое подреберье), вверх и вправо (в правое подреберье, под правую лопатку) и в спину. При *атипичной картине* боль может появляться за грудиной, слева от нее, в правой подлопаточной области, в правом плече, в спине, в пояснице (грудной и поясничные отделы позвоночника).

В 30% случаев заболевание протекает бессимптомно – так называемая *безболевая форма*⁵⁹. Такая форма более характерна для лиц пожилого возраста, пациентов, страдающих сахарным диабетом, а также для язв, возникших на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов.

Характер болей, их продолжительность и интенсивность

По характеру боли могут быть: острыми схваткообразными, приступообразными, режущими, пронизывающими, ноющими, сверлящими, сжимающими, тупыми. Иногда боль воспринимается как чувство жжения или изжоги.

Продолжительность болей может составлять до 1 – 2 ч.

⁵⁹ Hilton D., Iman N., Burke G. J., Moore A., O'Mara G., Signorini D. et al. Absence of abdominal pain in older persons with endoscopic ulcers: a prospective study // Am J Gastroenterol, 2001. 96: 380 – 384.

Интенсивность болей различна – от едва ощутимых признаков до очень выраженных.

Механизм возникновения болей

В настоящее время считается, что боли могут провоцироваться следующими факторами:

- Воздействие соляной кислоты в районе язвенного дефекта на нервные окончания. Доказательством этого механизма является то, что боли снимаются антацидами или проходят после рвоты.
- Нарушение (усиление) двигательной активности желудка и двенадцатиперстной кишки. Доказательством этого механизма является то, что боли снимаются приемом антихолинергических и спазмолитических средств.

Обстоятельства, способствующие возникновению и облегчению болей

В старых руководствах описывался такой характерный диагностический признак язвенной болезни – приступ болей полностью исчезает, если выпить стакан теплого цельного молока.

Кроме того, боли могут уменьшаться или прекращаться после еды, после рвоты, прикладыванием горячей грелки, а также после приема следующих лекарственных средств: антацидов, соды, антихолинергических и спазмолитических средств. Какие именно применять средства для уменьшения такого рода болей, нужно выяснить у вашего лечащего врача, и ни в коем случае не делать этого самостоятельно.

Боли могут возникать или усиливаться после употребления грубой, острой или раздражающей пищи: солений, копчений, жилистого мяса, жирного мяса, баранины, сала, редьки, лука, специй, спиртных напитков⁶⁰.

Боли могут усиливаться при надавливании на подложечную область.

⁶⁰ Подробнее о влиянии пищевых продуктов на секрецию желудочного сока см. в разделе «Профилактика язвенной болезни» (питание).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.