



СНИЖЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ — УДИВИТЕЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН КОНЦА XX — НАЧАЛА XXI ВЕКА

Васильев Ю. В.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Васильев Юрий Васильевич

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел.: 8 (495) 303 1771

РЕЗЮМЕ

Представлены сведения о снижении распространенности и заболеваемости язвенной болезни за прошедшие 10 лет в Москве, а также собственные наблюдения авторов о возможных факторах, лежащих в основе развития тенденции снижения распространенности и заболеваемости населения язвенной болезнью.

Ключевые слова: язвенная болезнь; распространенность; заболеваемость.

SUMMARY

There demonstrated information on reducing the prevalence and incidence of peptic ulcer in the past 10 years in Moscow, as well as the authors' observations about the possible factors underlying the development trend in reducing the incidence and morbidity of peptic disease.

Keywords: peptic ulcer; prevalence; incidence.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время рассматривается как хроническое, гетерогенное, с различной периодичностью рецидивирующее заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, с отчетливой тенденцией к снижению распространенности и заболеваемости [2], однако у части больных при отсутствии своевременного и эффективного лечения все же приводящее к серьезным осложнениям. В последние годы замечена тенденция уменьшения частоты и распространенности язвенной болезни. Об этом косвенно свидетельствует такой факт: количество больных, госпитализируемых в ЦНИИГ по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и особенно язвенной болезни желудка, значительно уменьшилось, что, по-видимому, связано с общей тенденцией уменьшения частоты распространенности и заболеваемости язвенной болезнью населения, прежде всего в экономически развитых странах (в США и Европе), в последнее время и в России.

Еще в конце прошедшего века мы обратили внимание на уменьшение частоты распространенности

и заболеваемости язвенной болезнью населения в Москве, а также на значительно более легкое течение этого заболевания по сравнению с 1950–1970 годами. Об этом в определенной степени свидетельствуют и такие факты: снизилось количество больных язвенной болезнью, прежде всего больных язвенной болезнью желудка, обращающихся в поликлиники и поступающих в стационары на обследование и лечение по поводу язвенной болезни. Собственные многолетние наблюдения за больными язвенной болезнью по результатам систематического личного клинико-эндоскопического обследования и лечения больных, госпитализируемых в ЦНИИГ, свидетельствуют о существенных переменах в развитии язвенной болезни и результатах лечения больных. Во второй половине прошедшего века больных язвенной болезнью, госпитализируемых в ЦНИИГ, прежде всего беспокоил более или менее выраженный болевой синдром, при эндоскопических исследованиях желудка и двенадцатиперстной кишки, чаще всего в период ухудшения состояния у больных, обычно выявляли язвы желудка

и /или двенадцатиперстной кишки размерами более 1,5 см, нередко глубокие и пенетрирующие язвы размерами до 3–4 см, нередко — более или менее выраженный стеноз пилоробульбарной области. В последнее время количество таких больных значительно уменьшилось.

Большинство госпитализируемых больных язвенной болезнью, как правило, в последнее время беспокоят незначительно, лишь временами умеренно усиливающиеся боли в эпигастриальной и /или в пилородуоденальной области, интенсивность которых к моменту поступления в стационар снизилась благодаря начатому в поликлинических условиях лечению больных. При обследовании этих больных, нередко уже в первые дни пребывания в стационаре, при эндоскопическом исследовании луковицы двенадцатиперстной кишки часто выявляются лишь небольшие, рубцующиеся язвы или свежий постязвенный рубец.

Об уменьшении частоты и распространенности язвенной болезни свидетельствуют и сравнительные данные Департамента здравоохранения Москвы. Так, заболеваемость язвенной болезнью в Москве в 2005 году составила лишь 66 случаев на 100000 населения города (по сравнению с 1994 годом — 167 случаев на 100000 населения города). Таким образом, почти за 10 лет заболеваемость язвенной болезнью населения Москвы снизилась на 60,5% случаев.

Распространенность язвенной болезни в Москве в 2005 году составила всего 1308 случаев на 100000 населения города (по сравнению с этим же показателем 1994 года — 1992 случая на 100000 населения города). Следовательно, распространенность язвенной болезни в Москве снизилась на 34%.

При оценке этих данных по динамике снижения заболеваемости и распространенности язвенной болезни в Москве в период 1994–2005 годов невольно возникает следующий вопрос: какие все же факторы способствовали уменьшению частоты распространенности и заболеваемости язвенной болезнью населения Москвы?

Рассматривая этиопатогенетические аспекты развития язвенной болезни, следует заметить, что генетическая предрасположенность, нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты, наличие *Helicobacter pylori* (Hр) — три фактора, которые в настоящее время чаще всего учитываются [7] в качестве вероятных факторов, способствующих появлению язвенной болезни и возникновению ее рецидивов. Однако даже одновременное наличие этих факторов у людей в тот или иной период жизни не всегда приводит [2] к появлению или к рецидивам язвенной болезни.

Известный принцип Шварцца, выдвинутый еще в 1910 году: «Без кислоты нет язвы», казалось бы, выдержал испытания временем, однако одно увеличение кислотности еще не является убедительной причиной [6] появления язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Все же считается [6], что уровень секреции соляной кислоты в определенной степени

влияет на локализацию язв; в частности, при гиперсекреции кислоты в желудке язвы чаще располагаются в луковице двенадцатиперстной кишки и в дистальной части желудка. Возникновение язв в проксимальной части желудка, по-видимому, больше связано, особенно у больных пожилого и «старческого» возраста, с нарушением его трофики, появлением склеротических изменений в сосудах желудка и т. д., что приводит к ухудшению кровоснабжения.

С чем же было связано начало и последующее уменьшение частоты заболеваемости и распространенности язвенной болезни? Среди возможных факторов, вероятно, в большей или в меньшей степени связанных со снижением частоты распространенности и заболеваемости населения язвенной болезнью, можно выделить некоторые из них, представленные ниже.

Прежде всего вклад правительства Москвы в улучшение жизни населения города и создание лучших условий для работы медицинского персонала в больницах и стационарах столицы, обеспечение этих учреждений современным диагностическим инструментарием. Существенно важная работа по улучшению работы медицинских учреждений города проведена Департаментом здравоохранения Москвы, в том числе ЦНИИ гастроэнтерологии, по внедрению в практику более эффективных методов обследования и лечения больных язвенной болезнью.

В определенной степени разработке более эффективных на тот период методов лечения больных язвенной болезнью способствовало в первой четверти прошлого века появление на аптечном рынке России прежде всего антагонистов гистаминовых H₂-рецепторов (циметидин, ранитидин, фамотидин), «цитопротективных» препаратов (висмута трикалия дицитрат, сукральфат) и невсасывающихся антацидных препаратов. В 1981–1983 годах австралийский патолог J. Worren и терапевт R. Marshall привлекли внимание многих исследователей к *Helicobacter* (*Campylobacter pylori*), что послужило существенным толчком к развитию, прежде всего уточнению, этиопатогенеза язвенной болезни и повышению эффективности лечения больных. Это был период, когда в качестве аксиомы (положения, не требующего доказательства) авторы многих публикаций считали, что эрадикационная терапия Hр непосредственно уничтожает Hр. Но это ошибочное утверждение было и остается лишь в качестве гипотезы [4; 5]. Тем не менее появление и внедрение ингибиторов протонного насоса (PPI), в том числе и в сочетании с антибиотиками, в практику лечения больных язвенной болезнью, более широкое использование в лечении больных де-нола, опубликование и пропаганда Маастрихтских соглашений 2000, 2002, 2005 годов по диагностике и эрадикации Hр при неосложненной язвенной болезни, предназначенных лишь для врачей общей практики стран Европейского

союза, как и Московских соглашений 2000, 2002, 2005 годов по диагностике и терапии не только не осложненной, но и осложненной язвенной болезни, предназначенные для врачей-гастроэнтерологов и терапевтов Российской Федерации [11], внесли существенный вклад в повышение эффективности лечения больных неосложненной и осложненной язвенной болезнью.

В этот период оптимисты разных стран нередко утверждали, что эрадикационная терапия *Hp* ускоряет сроки заживления язв и удлиняет ремиссию язвенной болезни, а также нормализует состояние слизистой оболочки желудка, «ликвидируя» гастрит. Однако позднее по материалам различных рандомизированных исследований было установлено, что эрадикация *Hp* при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциируемой с *Hp*, ускоряет заживление язв двенадцатиперстной кишки лишь в 24,3% случаев, а временное восстановление слизистой оболочки желудка до нормальной отмечается не более чем в 45–50% случаев.

Отдаленные результаты, полученные в среднем через 7,1 года после эрадикации *Hp*, свидетельствуют о том, что слизистая оболочка желудка у больных, которым была проведена эрадикация *Hp*, и у больных, которым эрадикация *Hp* не проводилась, существенно не различаются — в сопоставимых группах больных имеется хронический хеликобактерный гастрит [6].

Эрадикационная *Hp*-терапия — это лишь часть общего лечения больных, страдающих тяжело протекающей, у части больных осложненной, язвенной болезнью [11]. Несмотря на обилие схем разных комбинаций лекарственных препаратов различного механизма действия, не удастся, как правило, добиться стопроцентной эрадикации *Hp* [5; 6]. После эрадикации *Hp* все еще персистирует воспалительный инфильтрат. К тому же эрадикация *Hp* у части больных нарушает биологическое равновесие за счет в основном повышения уровня кислотности, что способствует (без последующего 6–12-месячного лечения больных антисекреторной терапией) увеличению частоты распространенности ГЭРБ.

Эрадикационная терапия *Hp* (по существу противовоспалительная терапия) — использование антибиотиков в лечении больных язвенной болезнью — способствует уменьшению выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и улучшению состояния больных, соответственно косвенно гибели *Hp*. Очевидно, так называемую «эрадикационную» терапию следует рассматривать как «противовоспалительную» терапию. Поэтому такая терапия показана и больным с «идиопатической» язвенной болезнью, не связанной с *Hp*. Еще в 1965–1968 годах, работая в одной из ведомственных больниц Москвы, в комплексном лечении больных, страдающих тяжело протекающей язвенной болезнью (с большими язвами), по предложению зав. терапевтическим гастроэнтерологическим отделением к. м. н. К. П. Романченковой

мы дополнительно в лечении таких больных использовали внутримышечное лечение пенициллином и получали хорошие результаты, по-видимому, в основном за счет уменьшения воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и улучшения общего состояния больных.

По мере дальнейших наблюдений за больными язвенной болезнью стало достаточно ясно, что ulcerogenesis — процесс, не всегда связанный с *Hp* (Ю. В. Васильев, 1996; Н. Tsuji и соавт., 1999). У большей части людей с обсемененностью *Hp* слизистой оболочки желудка язвенная болезнь не развивается. Однако есть больные язвенной болезнью, у которых отсутствует *Hp*. По этому поводу однажды G. N. J. Tytgat заметил: «Мы как-то приняли считать в качестве аксиомы, что эрадикационная терапия непосредственно уничтожает *Hp*, а может быть, это лишь гипотеза?» На смену гипотезы «Нет *Hp* — нет и язвенной болезни» (D. Graham, 1989) пришла другая гипотеза: «Нет *Hp* — нет и *Hp*-ассоциированной язвенной болезни» (G. N. J. Tytgat, 1995). Известно и другое: есть штаммы *Hp* как патогенные, так и не патогенные; если 7–10 из них в виде гипотезы как-то можно связать с некоторыми заболеваниями, то что делать с другими, пока никто не знает. Очевидно, в связи с этим фактами были выделены язвенная болезнь, ассоциируемая с *Hp*, и язвенная болезнь, не ассоциируемая с *Hp*; последняя встречается в 8–20% случаев. Выделена «идиопатическая» язвенная болезнь [6], при которой у больных выявляется доброкачественная язва, но не удается выявить достоверных этиологических признаков, способствующих развитию язвенной болезни, в частности, таких, как наличие *Hp*, прием больными нестероидных противовоспалительных и стероидных препаратов и т. д.

Изучение использования в лечении больных язвенной болезнью омепразола, рабепразола, эзомепразола, панктопризола, лансопризола и их копий, а также де-нола, вентера, ранитидина и фамотидина (в том числе и в сочетании с антибиотиками) показало несколько различную эффективность этих лекарственных препаратов и возможность использования их в качестве альтернативных препаратов в терапии язвенной болезни ([3; 8–10] и др.). Проведенные наблюдения показали, что наряду с ликвидацией *Hp* (по существу, проведением противовоспалительной терапии) есть и другие факторы, способствующие уменьшению регистрируемой меньшей заболеваемости и распространенности язвенной болезни среди населения, отмечаемым в последние годы.

Среди этих факторов определенное положительное значение имеет улучшение качества жизни и питания людей, прежде всего проживающих в экономически хорошо развитых странах; увеличение количества лиц со средним и высшим образованием,

прямо или косвенно влияющего на повышение санитарно-гигиенического уровня населения и условий их проживания в конкретных регионах.

Не менее важное значение имеют факторы, непосредственно связанные со своевременным и эффективным обследованием и лечением больных язвенной болезнью, что стало возможным в последние годы. Более широкое, чем раньше, проведение клинических исследований по изучению эффективности и безопасности медицинских лекарственных средств в медицинских учреждениях и объективная информация о полученных данных, представляемая в докладах и лекциях для врачей на конференциях и съездах, в том числе и на специальных симпозиумах по этим препаратам, публикация полученных данных в медицинской печати; чтение лекций научными сотрудниками и медицинскими представителями фирм в поликлиниках и стационарах для врачей; публикация сведений в доступной медицинской печати об этих препаратах и схемах их применения, а также эффективности в терапии язвенной болезни; непосредственное лечение больных язвенной болезнью в стационарах и поликлиниках послужили существенным толчком к повышению качества и эффективности лечения больных и проведения профилактических мероприятий, в том числе и непосредственно больными.

Сюда же относится доступность в продаже препаратов, устраняющих боль и изжогу (жжение) — основные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и язвенной болезни; объективная реклама современных препаратов, устраняющих симптомы ГЭРБ и язвенной болезни, безопасность которых установлена. Это, в первую очередь, относится к рекламе для населения этих препаратов по телевидению, радио, в печати и к доступности в продаже населению не только антацидных препаратов, антагонистов гистаминовых H_2 -рецепторов, ингибиторов протонного насоса, позволяющих устранять изжогу (жжение) за грудиной и в эпигастральной области, снижать интенсивность боли, возникновение которой связано с кислотнопептическим фактором, у части больных — даже устранять умеренную по интенсивности боль.

Широкая, часто безрецептурная продажа в аптеках и аптечных киосках населению различных антисекреторных, цитопротективных препаратов и особенно различных антибиотиков, прямо или косвенно оказывающих противовоспалительное действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, — факторы, улучшающие состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю. В. Всегда ли хеликобактер пилори — один из факторов, характерных для язвенной болезни // Новости гастроэнтерологии. — М., — 1996. — № 1. — С. 6–57.
2. Васильев Ю. В. Патогенетические аспекты язвенной болезни // Рос. гастроэнтерол. журн. — 1998. — № 4. — С. 63–64.
3. Васильев Ю. В. Коллоидный субцитрат висмута в терапии язвенной болезни // Современные аспекты терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта в рамках 9-й Рос. гастроэнтерологической недели. Москва, 22 октября 2003. — Yamapouchi, 2003. — С. 5–8.
4. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori* // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — Т. 11, № 5. — С. 19.
5. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori* (вопросы для дискуссии) // Губернские мед. вести. — 2002. — № 2. — С. 8–9.
6. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь // Избранные главы клинической гастроэнтерологии / Под ред. Лазебника Л. Б. — М., 2005. — С. 82–112.
7. Васильев Ю. В., Яшина Н. В. Этиопатогенез язвенной болезни (основные аспекты) // Актуальные вопросы клинической медицины (Посвящается 55-летию поликлиники МИД России). — М, 2001. — С. 82–87.
8. Васильев Ю. В., Касьяненко В. И. Эффективность 1-недельного применения эзомепразола (нексиума), кларитромицина и амоксициллина в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 2. — С. 47–51.
9. Высоцкая Р. А., Васильев Ю. В. и др. Участие простагландинов гастродуоденальной слизистой оболочки в механизме действия противоязвенного препарата вентер // Бюлл. эксперим. биол. и мед. — 1998. — № 7. — С. 90–93.
10. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В. 7-дневная терапия неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Consilium Medicum. — 2004. — Т. 6, № 6. — С. 390–392.
11. Стандарты «Диагностика и терапия кислотозависимых заболеваний, в том числе ассоциируемых с *Helicobacter pylori*» (Третье Московское соглашение, 4 февр. 2003 года) / Под ред. Лазебника Л. Б. и Васильева Ю. В. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2005. — № 3. — С. 1–4.