

А.А. КАНАТБАЕВА

«Республиканский центр аллергологии», г.Алматы

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Аннотация. Язвенная болезнь (ЯБ)- хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке (ЯЖ) или двенадцатиперстной кишке (ЯДПК) образуется язва (реже- две язвы и более).

Эпидемиология. Истинная частота не уточнена. Болеют преимущественно мужчины, в 4-7 раз чаще женщин. Среди городского населения ЯБ регистрируется в 2-3 раза чаще, чем среди сельского. Преобладает дуоденальная локализация над желудочной 4:1.

Этиология. Можно говорить о провоцирующей роли бактерий Хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*-HP) в развитии язвенной болезни. HP- грамотрицательный, спиралевидный, жгутиковидный микроорганизм, выявляемый в желудке. Он вырабатывает уреазу, липополисахариды и цитотоксин, которые повреждают мембраны эпителиальных клеток, разрушают защитный слизистый барьер. Инфекция HP вызывает повышение уровня сывороточного гастрина, который в свою очередь повышает продукцию соляной кислоты. При язве желудка HP обнаруживается у 60%, язве ДПК- у 95%, у здоровых – в 10% случаев. Рецидиву ЯБ предшествует обсеменение HP. Среди больных язвенной болезнью отягощенная наследственность имеет место у 70% больных. Генетический фактор может определять возможность формирования заболевания, сочетаясь с HP и метаплазией эпителия, создавать условия для возникновения пептической язвы.

Патогенез. Защитные свойства слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки повреждаются токсическим действием HP, воздействующим на участки метаплазии слизистой оболочки желудка, что является результатом гиперсекреции соляной кислоты или быстрого опорожнения желудка. Нарушается равновесие агрессивных и защитных механизмов. Факторы «агрессии»: соляная кислота, пепсин, нарушение эвакуаторной функции желудка, дуоденогастральный рефлюкс. Факторы «защиты»: образование слизи, секреция бикарбонатов, регенерация эпителия, должный кровоток, иммунная система. Другие факторы риска: наследственность, курение, побочное действие лекарств (стероиды, нестероидные противовоспалительные препараты).

Клиника. Боль, диспепсический синдром обычно возникают вне фазы пищеварения. Для классической ЯБ характерны «голодные» боли. Интенсивность болей нарастает к тому моменту, когда особенно нарушается соотношение факторов агрессии и защиты в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке. Другой характерный симптом – изжоги, связанные с забросом кислого содержимого желудка в пищевод. Для язвенной болезни характерна склонность больных к запорам. Остальные симптомы связаны с определенным конституциональным типом больного. Несколько иная клиническая картина у больных язвой желудка. Основные симптомы те же: болевой и диспепсический. Более выражены симптомы гастрита. Иногда на первый план выходят заболевания других органов желудочно-кишечного тракта: поджелудочной железы, кишечника.

Диагностика. Обязательные лабораторные исследования: общий анализ крови, группа крови, резус- фактор, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ мочи, железо сыворотки крови, ретикулоциты, сахар крови; гистологическое исследование биоптата, цитологическое исследование биоптат; уреазный тест. Обязательные инструментальные исследования: однократно- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы; двукратно – эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием. Дополнительные исследования проводятся при подозрении на злокачественную язву, при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний. Консультации специалистов по показаниям.

Симптомокомплекс, характеризующийся болями в надчревной области, ощущением переполнения желудка, отрыжкой, изжогой тошнотой и иногда рвотой при отсутствии явного язвенного дефекта, расценивается как «неязвенная диспепсия».

Лечение. Цели: Эрадикация HP, заживление язв, профилактика обострений и осложнений ЯБ. Диетическое питание больных язвенной болезнью должно сводиться к механически и химически щадящей диете только из тех соображений, чтобы не «подстегивать» дополнительно выделение соляной кислоты в этот самый острый момент. Рекомендуется избегать прием продуктов, повышающих секрецию соляной кислоты (цитрусовые, томаты, алкоголь, кофе, чай, кола, кофеин, мятные таблетки, жирная пища, шоколад, лук). Не рекомендуется поздний ужин. Принцип лекарственной терапии: уменьшение кислотности желудочного сока; лечение инфекции *H. pylori*.

Тройная терапия (1 неделя):

-ингибиторы протонной помпы+ кларитромицин 500 мг+ амоксициллин 1 г, все препараты принимают 2 раза в сутки;

-ингибиторы протонной помпы + метронидазол 500 мг + амоксициллин 1 г, все препараты принимают 2 раза в сутки.

Повторное лечение при неэффективности первичного:

-ингибиторы протонной помпы 2 раза в сутки + метронидазол 3 раза в сутки + тетрациклин 4 раза в сутки в течении 7 дней.

Ингибиторы « протонной помпы» (группа бензимидазолов): омепразол-20 мг, лансопрозол 20 мг, пантопрозол 20 мг, рабепразол 20 мг.

Антибиотики, используемые для эрадикации *H.pylori*: кларитромицин – 500 мг, амоксициллин -1 г, метронидазол 500 мг, тетрациклин 500 мг.

При неязвенной диспепсии терапия, направленная на эрадикацию *H.pylori*, устраняет клинические проявления более эффективно, чем плацебо.

Осложнения: прободение язвы, стеноз привратника, пенетрация язвы, кровотечение и озлокачествление.

Материалы и методы. Проведено скрининговое исследование в Республиканском центре аллергологии на выявляемость Хеликобактера с язвенной болезнью методом иммуноферментного анализа (ИФА) из числа обратившихся пациентов за период 2012 год- 287, из них: мужчин-122; женщин- 165.

Таблица 1 - Частота распространенности Хеликобактера среди обследованных с ЯБ.

	Всего консультировано			Всего выявлено		
		город	село	абс/%	город/%	село/%
мужчины	122/42,5	113/46,5	9/20,4	45/46,8	32/4,1	13/54,1
женщины	165/57,4	130/53,4	35/79,5	51/53,1	40/55,5	11/45,8
все	287/100	243/84,6	44/15,3	96/33,4	72/75,0	24/25,0

Результаты. Данные скринингового исследования на выявляемость Хеликобактера с ЯБ.

Результаты анализа свидетельствуют: в первую очередь, что среди заболевших с ЯБ -287, из них : город-243/84,6%, село-44/15,3%. Во вторую очередь, выявлено Хеликобактер-96/33,4%, из них: город- 72/75%, село-24/25%.

По данным официальной статистики выявляемость язвенной болезнью на 100000 населения составляет: всего-119,4, из них: город- 227,1, село- 85,5.

Из таблицы видим, что болеют с язвенной болезнью больше городские жители, чем сельские (город-243/84,6%, село-44/15,3%), городские страдают с ЯБ больше в 5 раз, чем сельские. А также можно говорить о провоцирующей роли *H.pylori* в развитии язвенной болезни, выявлено Хеликобактер у 96/33,4%, из них: город-72/75%, село-24/25%. Выявленность Хеликобактера среди городского населения превысило в 3-раза.

Вывод. Таким образом, среди городского населения язвенная болезнь регистрируется в 3 раза чаще, чем среди сельского по выявляемости бактерий Хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*- HP), которая провоцирует заболевание.

Улучшение образа жизни, рациональное питание, своевременное выявление и диспансеризация лиц группы повышенного риска, прекращение курения и употребления алкоголя, отмена нестероидных противовоспалительных препаратов и стероидов- это важные шаги для продуктивной и долгой жизни без болезней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Е.Б.Ужегова.Язвенная болезнь.Кафедра семейной медицины АГИУВ.2011.Алматы;
- 2 Б.И. Шулушко, С.В.Макаренко. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней.2007.С.235-240.Санкт-Петербург;
- 3 Статистический сборник. Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения.2011.С.79-80.Астана;
- 4 Отчетные данные врачей за 2012год. Республиканский центр аллергологии.Алматы;