

УДК 616-022.7

АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Чичерина Е.Н., Говорун С.М., Русских В.Э.

ФГБОУ ВО Кировский Государственный Медицинский Университет (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса 137)

E-mail: Verona-1998russkih@yandex.ru

Аннотация: Данная статья посвящена основным вопросам, связанным с антихеликобактерной терапией и её ролью в профилактике возникновения и развития язвенной болезни желудка. В работе рассмотрена этиология, патогенез данного заболевания, а так же его распространенность среди населения всей планеты. Проведено сравнение факторов защиты и факторов агрессии язвенной болезни на основе анализа современной литературы. Также была проведена объективная оценка главного этиологического фактора в развитии язвенной болезни – бактерии *Helicobacter pylori* - неинвазивного микроба, обитающего преимущественно в поверхностном слое слизистой оболочки желудка. Опираясь на научную литературу, были рассмотрены масштабы инфицирования этим микроорганизмом у населения всего земного шара. Кроме того, в данной статье поставлен острый вопрос о проведении антихеликобактерной терапии не только у людей, имеющих язвенную болезнь желудка, но также и у тех, у кого было выявлено наличие бактерии *Helicobacter pylori* в профилактических мероприятиях, для предотвращения возникновения и развития данного заболевания. Подведены итоги о том, что данная терапия играет важную роль в профилактике язвенной болезни желудка. Освящены и проанализированы основные федеральные законы и приказы Минздравсоцразвития, в которых говорится о профессиональных медицинских осмотрах. Так же в данной работе был сделан вывод о значимости введения теста на определение *Helicobacter pylori* в регистр основных исследований в ежегодных профилактических осмотрах, и, соответственно при необходимости назначения и проведения антихеликобактерной терапии в профилактических целях.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, язвенная болезнь, антихеликобактерная терапия, профилактический медицинский осмотр

ANTIHILICOBACTER THERAPY IN THE PREVENTION OF PEPTIC ULCER DISEASE

Chicherina E.N., Govorun S.M., Russkikh V.E.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, st. Karl Marx, 112)

E-mail: Verona-1998russkih@yandex.ru

Abstract: This article is devoted to the main issues related to anti-*Helicobacter* therapy and its role in the prevention of the occurrence and development of gastric ulcer. The paper considers the etiology, pathogenesis of the disease, as well as its prevalence among the population of the entire planet. The factors of protection and aggression of peptic ulcer disease are compared on the basis of the analysis of modern literature. Also, an objective assessment of the main etiological factor in the development of peptic ulcer disease – the bacterium *Helicobacter pylori* - a non-invasive microbe that lives mainly in the surface layer of the gastric mucosa. Based on the scientific literature, the scale of infection with this microorganism in the population of the entire globe was considered. In addition, this article raises the urgent issue of anti-*Helicobacter* therapy not only in people with gastric ulcer, but also in those who have been identified the presence of the bacterium *Helicobacter pylori* in preventive measures to prevent the occurrence and development of this disease. The results that this therapy plays an important role in the prevention of gastric ulcer are summed up. The main Federal laws and orders of the Ministry of health and social development, which refers to professional medical examinations, were consecrated and analyzed. Also in this work, it was concluded that the importance of the test for the determination of *Helicobacter pylori* in the register of basic studies in the annual preventive examinations, and, accordingly, if necessary, the appointment and conduct of anti-*Helicobacter* therapy for preventive purposes.

The key words: *Helicobacter pylori*, peptic ulcer disease, antihelikobakter therapy, prophylactic examination.

Язвенная болезнь желудка – гетерогенное заболевание гастродуоденальной зоны с рецидивирующим клиническим течением и чередованием периодов обострения и ремиссии, морфологически характеризующееся формированием локального язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и/или ДПК до подслизистой основы [2].

Проанализировав литература, одни авторов считают, что возрастная категория заболеваемости язвой желудка - 50-60 лет [9], другие приводят следующие значения - 35 – 40 лет [1][4]. «Омолаживание» заболевания связано с тем, что в этом возрасте люди более уязвимы: восприимчивы к стрессам и ведут нездоровый образ жизни, а подвергают себя пагубным привычкам.

Однако доказано, что женщины болеют в 4 раза реже, чем мужчины. Это обусловлено тем, что гормоны, вырабатываемые женским организмом, содействуют лучшей регенерацией тканей. В мужском организме такие гормоны отсутствуют, а даже напротив, способствуют повышению кислотности желудочного сока. В результате этого слизистая оболочка желудка сильнее травмируется, а не рубцуется [9]. Так же нужно учесть то, что сильный пол употребляет много «вредных» продуктов, одновременно с нарушенным рационом, - это всё плохо сказывается на здоровье желудочно-кишечного тракта. Недостаток отдыха, курение и, конечно, позднее обращение к специалисту значительно ухудшает ситуацию.

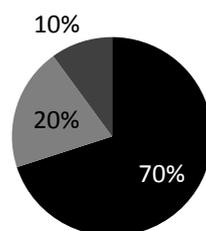
Клиническая картина язвенной болезни желудка в основном сопровождается болевым синдромом, а именно боли в эпигастральной части желудка, ранние боли, постепенно нарастают по своей интенсивности и продолжаются в течении 30-60 минут. Поздние боли начинают беспокоить через 1,5-2 ч после приёма пищи, равномерно увеличиваясь по мере эвакуации содержимого из желудка. «Голодные» (ночные) боли возникают через 2,5-4 ч после еды и проходят после повторного приёма пищи. Сочетание ранних и поздних болей наблюдают у больных с сочетанными или множественными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки [9].

Причины развития язвенной болезни желудка складываются из факторов агрессии и факторов защиты. Проанализировав несколько источников литературы по гастроэнтерологии, ряд авторов выделяют следующие факторы защиты: секреция желудочной слизи, продукция организмом бикарбонатов, регенерация эпителиальных клеток, кровотока в слизистой оболочке желудка, синтез простагландинов. К факторам агрессии относят: гиперпродукция соляной кислоты, нарушение гастродуоденальной моторики, *Helicobacter pylori*, прямое травмирующее действие пищи. [1][2][4]

Однако основным агрессором является бактерия *Helicobacter pylori*. Существует теория, заключающаяся в наличие бактерии, которая вызывает избыточную секрецию соляной кислоты в желудке. Воздействуя на слизистую оболочку желудка, соляная кислота приводит к её повреждению, влекущему за собой возникновение очагов желудочной метаплазии, которая в дальнейшем приводит к возникновению язвенной болезни желудка. [4]

В доказательство значимости *Helicobacter pylori* на развитие заболевания является частота выявления данных микроорганизмов с язвами желудка, а именно это число составляет 70-85% населения. [1]

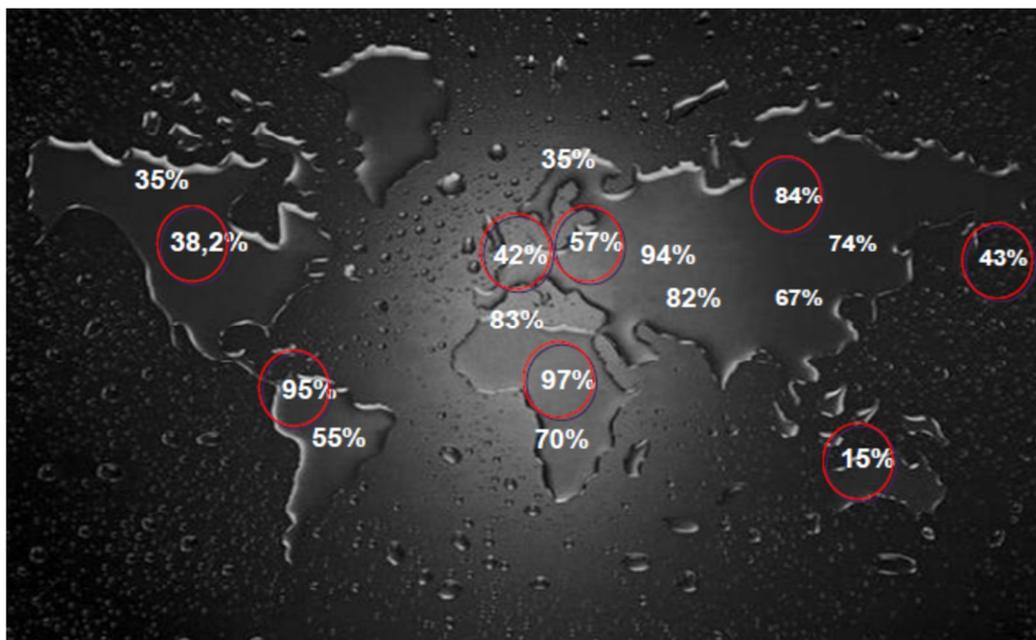
■ *Helicobacter pylori* ■ НПВС ■ Другое



«Рисунок 1. Диаграмма этиологических факторов в развитии язвенной болезни»

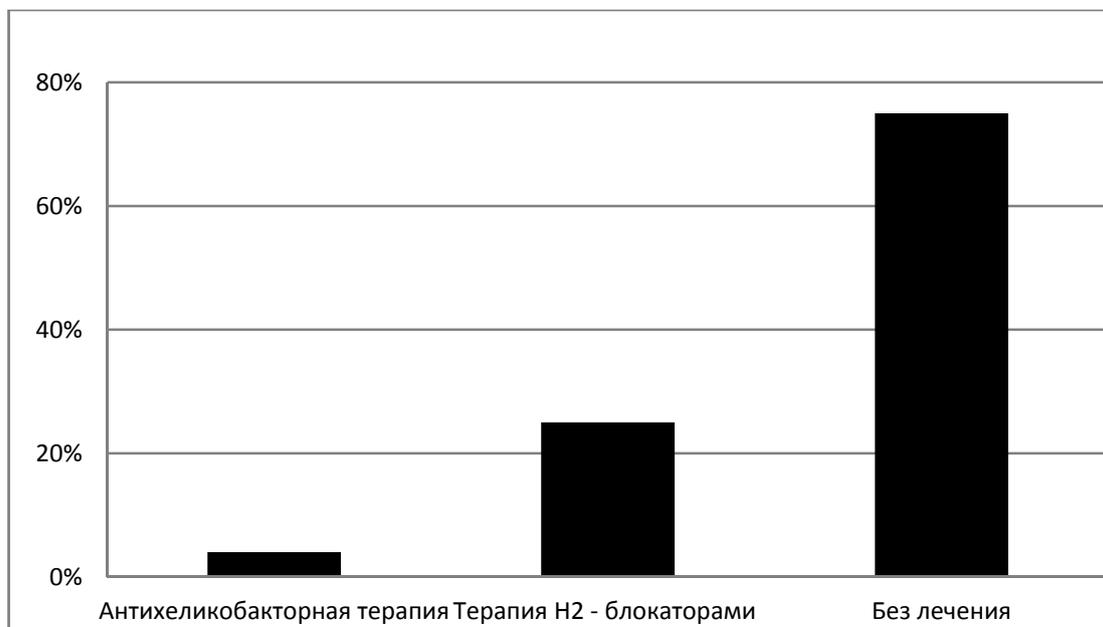
Главной оценкой тяжести заболевания является степень её распространенности. Анализируя данные ВОЗ, язвенной болезнью желудка в разных странах страдают от 20 до 220 человек на 100 тысяч населения. Россия занимает среднюю позицию, распространенность составляет 120-140 человек на 100 тысяч. [5] Ряд авторов о наличии у людей данного заболевания в разных странах приводят следующие значения: 8-15%, под диспансерным наблюдением находится около 3 млн. человек. За последние годы доля больных с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18% до 26%. [1] [2]

В это же время распространенность самой причины возникновения заболевания по данным ряда авторов, около 50% населения земного шара (более трех миллиардов человек) инфицировано этим микроорганизмом, при этом в развивающихся странах частота значительно выше. Частота инфекции *Helicobacter pylori* взрослого населения Российской Федерации, по данным отечественных исследований, составляет более 80% [3].



«Рисунок 2. Распространенность бактерии *Helicobacter pylori* в разных странах»

На сегодняшний день одной из основных и эффективных методов лечения язвенной болезни является антихеликобактерная терапия. Антихеликобактерная терапия — это лечение, направленное на эрадикацию *Helicobacter pylori*. Фактом её эффективности является проведенное статистическое исследование в 1997 году. [8]



«Рисунок 3. График частоты рецидивов язвенной болезни на фоне различных видов лечения»

В федеральном приказе Минздравсоцразвития РФ от 13.04.2011 № 302н сказано, что целью профессионального осмотра является раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития, а также определение группы здоровья и разработка рекомендаций для пациентов [6]. Изучив перечень основных врачей и исследований, проводимых при профессиональных осмотрах, мы обнаружили, что тест на выявление бактерии *Helicobacter pylori* отсутствует. [6][7]

Проанализировав данный материал, мы задались вопросом: «Есть ли возможность включить тест на выявление *Helicobacter pylori* в перечень исследований в профессиональных осмотрах, и в дальнейшем, при положительном результате, применять антихеликобактерную терапию с целью профилактики язвенной болезни?». Найдя данные о количестве людей, проходивших профилактические осмотры, они показывают, что более 100000 человек в день проводят данные исследования. Так же в Российской Федерации действует программа, которая заключается в проведении для любых желающих 1 раз в 3 года диспансеризацию. По последним данным в данной программе приняли участие более 17 миллионов взрослого населения и более 11 миллионов детей. [7] Среди людей, проходящих профессиональные осмотры ежегодно, имеются медицинские работники, работники в пищевой промышленности и многие другие. [6] Все они могут быть потенциальными носителями бактерии *Helicobacter pylori*. Засчёт включения в перечень исследований анализ на выявление данной бактерии и при положительном результате назначение антихеликобактерной терапии, своевременная инактивация микроорганизма может гораздо

снизить заболеваемость, как гастритов, так и язвенной болезни.

Список литературы:

- 1) Анохина Г. А. Болезни пищевода, желудка и кишечника / Г.А. Анохина. - М.: Кворум, 2011. - 1837 с.
- 2) Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700с.
- 3) Тактика введения больных с *Helicobacter pylori* от простого к сложному/ Н.Н. Дехнич, Н.В. Захарова, М.И. Кузьмин - Крутецкий, Т.Л. Лапина, С.С. Пирогов, О.А. Саблин, А.А. Самсонов // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. – 2014. - № 3 (16).- С. 176 - 181
- 4) Фирсова Л. Д., Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки / А.А. Машарова, Д.С. Бордин, О.Б. Янова. - М.: Планида, 2011.- 52 с.
- 5) Чижиков Д.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: фокус на идиопатические язвы и вегетативную регуляцию / Д.А. Чижиков, Т.В. Копытова, В.И. Борисов // МедиАль.-2015. №3 (17). С.-125-138
- 6) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (зарегистрировано в Минюсте РФ 21 октября 2011 г. N 22111) // Российская газета, N -5619(243), 28.11.2011
- 7) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 г. № 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано в Минюсте РФ 12.12.2017 N49214// Российская газета,- 15.11.2017
- 8) Misiewicz JJ. Management of c*Helicobacter pylori*-related disorders//Eur. J.Gastroenterol. Hepatol. -1997.- Apr.-9 Suppl 1.-P.517-520

9) Хирургические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Учебное пособие/ И.В. Михин, В.А. Голуб. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2014. – 80 с.