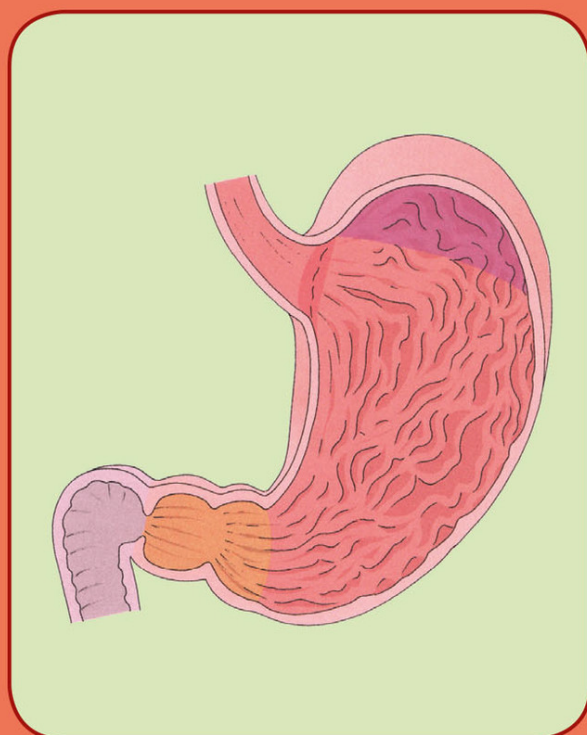


как победить болезнь

П. А. ФАДЕЕВ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ



**[самая
достоверная
и современная
информация]**



Мир и Образование

Как победить болезнь

Павел Фадеев

Язвенная болезнь

«Мир и Образование»

2009

Фадеев П. А.

Язвенная болезнь / П. А. Фадеев — «Мир и Образование»,
2009 — (Как победить болезнь)

ISBN 978-5-94666-722-7

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.

ISBN 978-5-94666-722-7

© Фадеев П. А., 2009
© Мир и Образование, 2009

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
Конец ознакомительного фрагмента.	20

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 назвали «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)*.

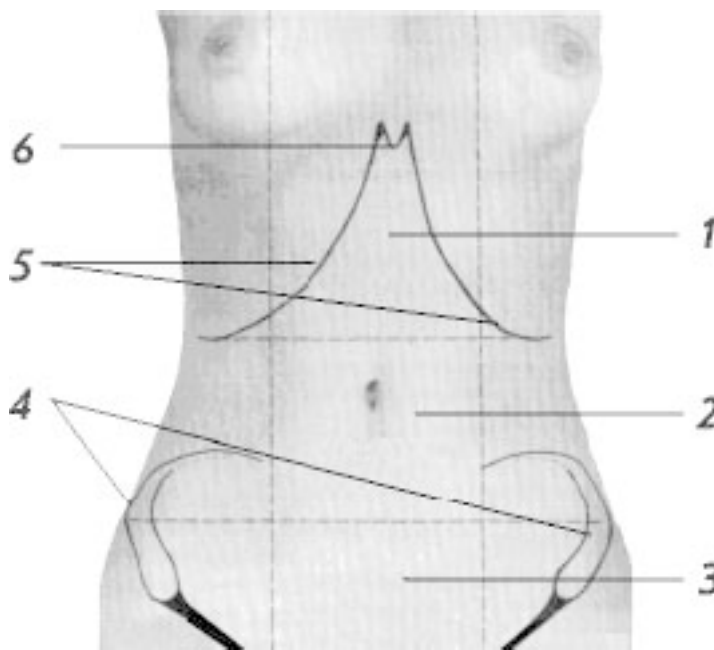


Рис. 1. Топография передней брюшной стенки:

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 *кардией*, или *кар-*

¹ Т. е. область, находящаяся над желудком.

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

диальной 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.

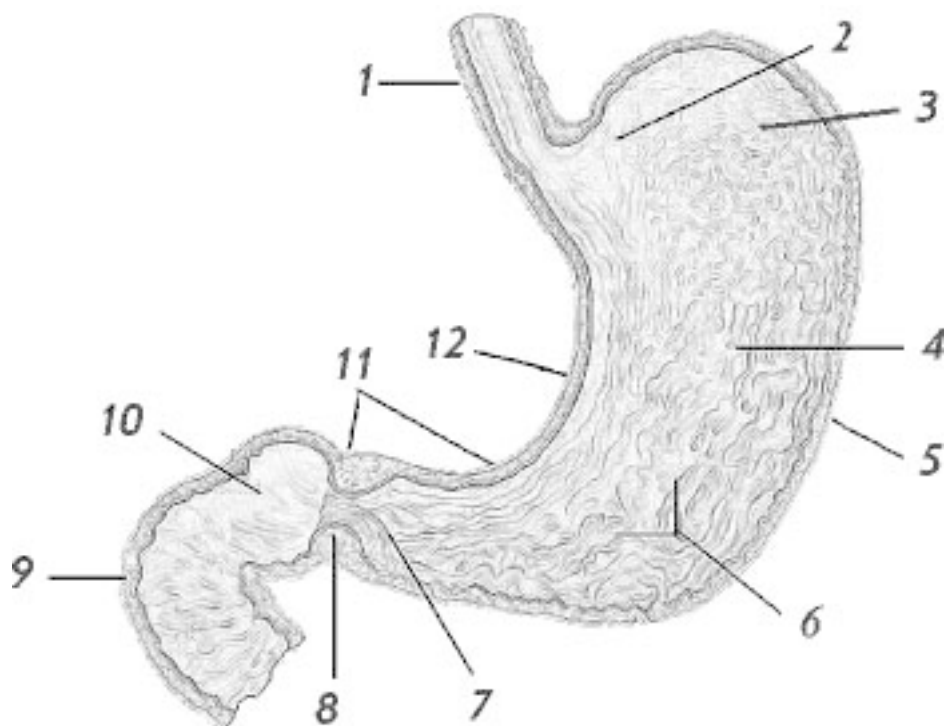


Рис. 2. Схема пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

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 *пищевых комков*, 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».

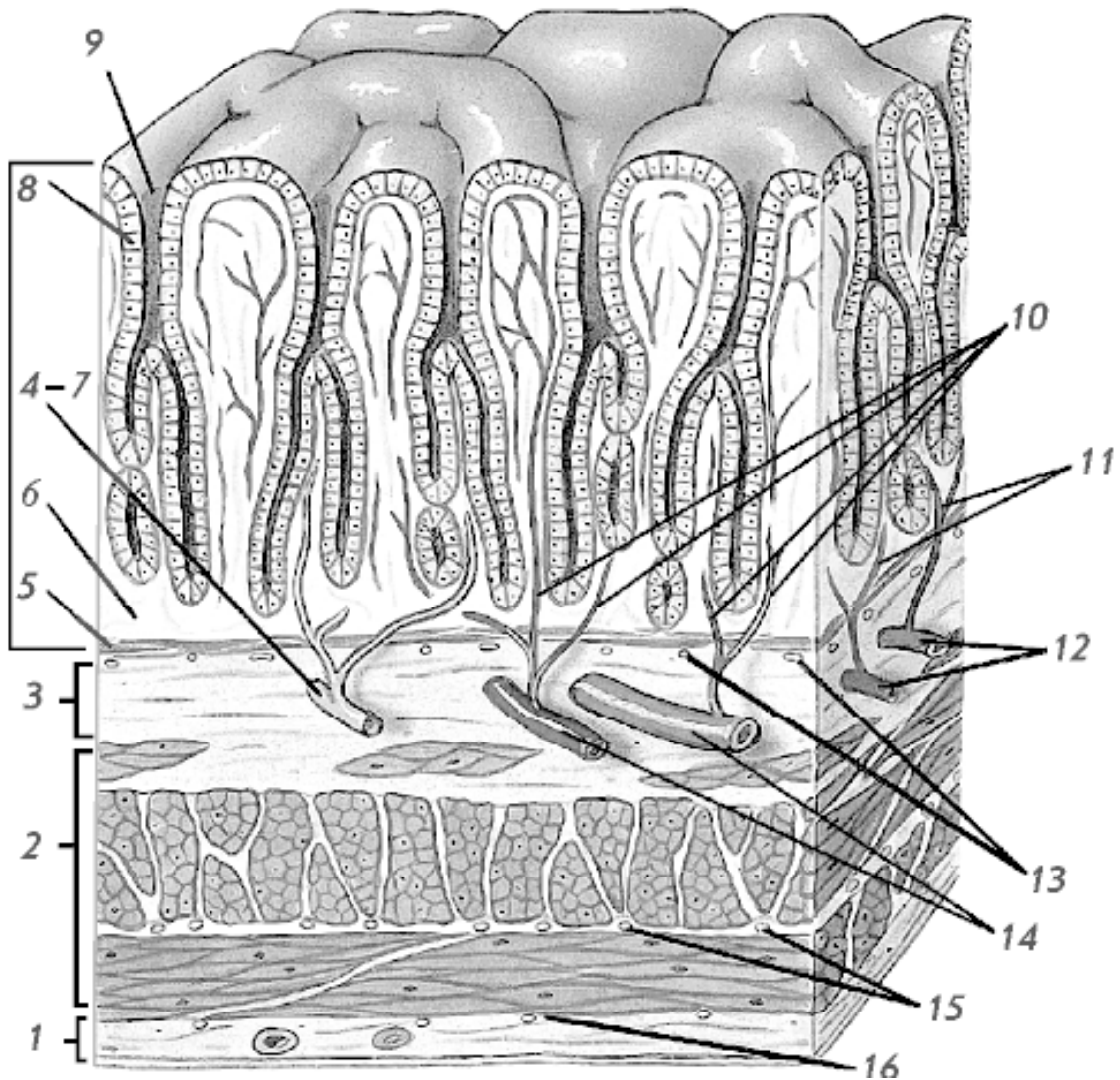


Рис. 3. Анатомия стенок желудка:

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 двенадцатиперстной кишке. Наружный, четвертый слой называется *серозной оболочкой* (1), которая покрывает желудок снаружи. Внутри стенок желудка находятся *артериальные, венозные и лимфатические сосуды*,

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

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.

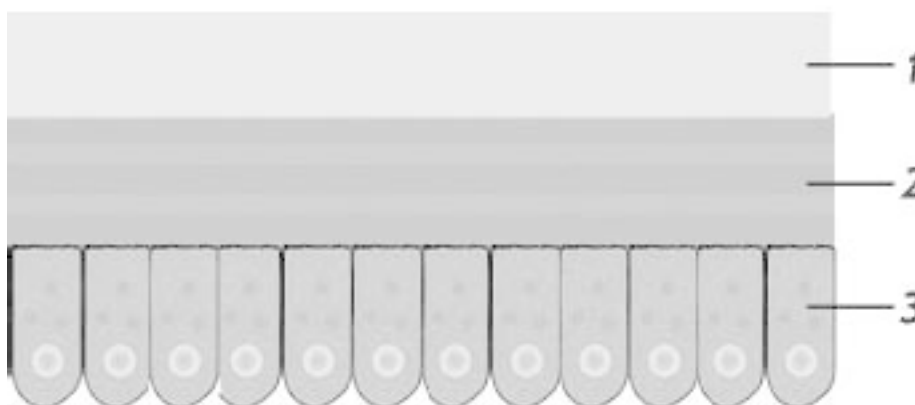


Рис. 4. Слои желудочного содержимого и желудочный эпителий:

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 каналы. 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 лимонного сока

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

pH ~ 3). Если pH менее 1,5, то считается, что кислотообразующая функция желудка повышена. Стимулированная кислотность в норме составляет 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 заперательным 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.

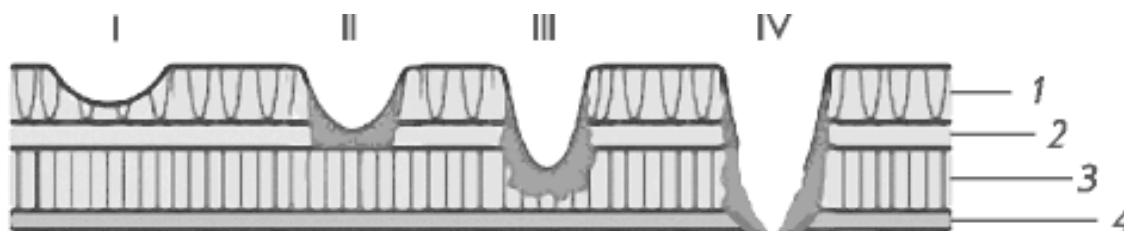


Рис. 5. Виды поражения желудочной стенки:

1 – 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, затихающее 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 отягощаться 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. Мицушкин, 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 pylory, 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.

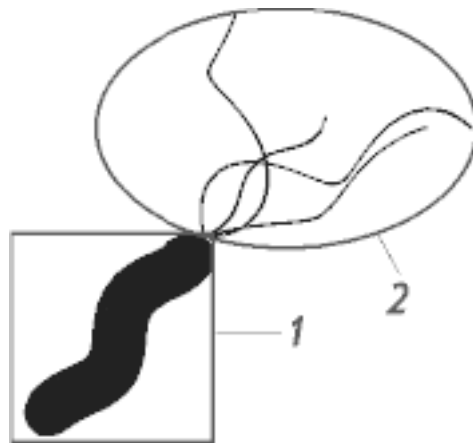


Рис. 6. Вид бактерии геликобактер пилори под микроскопом:

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

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 (гастроуденит), 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., Рецетников 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».

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.