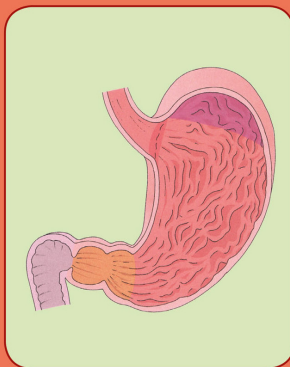


как победить болезнь

П. А. ФАДЕЕВ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ



**[самая
достоверная
и современная
информация]**



Мир и Образование

Павел Александрович Фадеев
Язвенная болезнь
Серия «Как победить болезнь»

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

*Павел Фадеев. Язвенная болезнь: Оникс. Мир и Образование; Москва;
2009*

ISBN 978-5-94666-722-7

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	5
НЕБОЛЬШАЯ ЗАМЕТКА О «НЕПОНЯТНЫХ» СЛОВАХ, ИЛИ О НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНАХ	8
НЕМНОГО СВЕДЕНИЙ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	10
Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки	10
Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки	17
ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	21
ПОЧЕМУ И КАК РАЗВИВАЕТСЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	25
Причины возникновения язвенной болезни	25
Что такое бактерия геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>)	26
Конец ознакомительного фрагмента.	31

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 свое-

временно 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 при-

водится 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)*.

¹ Т. е. область, находящаяся над желудком.

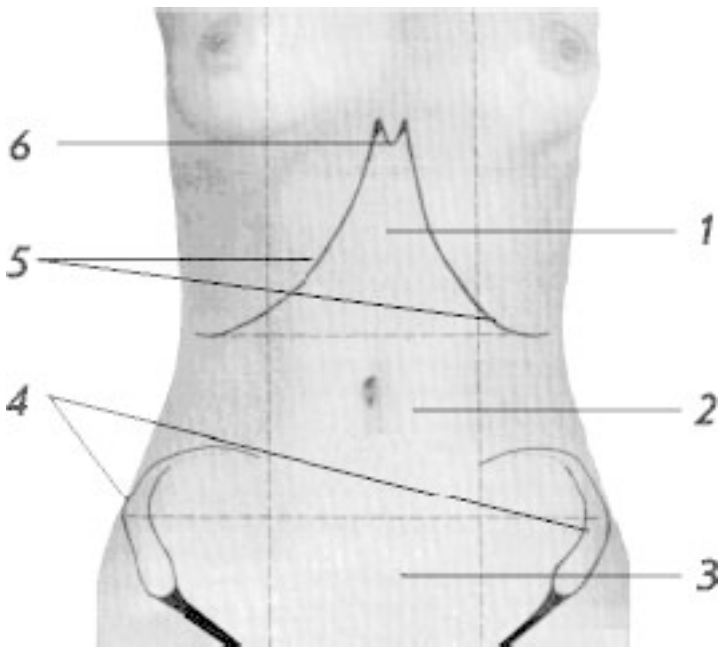


Рис. 1. Топография передней брюшной стенки:

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 киш-*

*кой*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 *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 *постбуль-*

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

³ От *лат.* пилорус – «привратник».

⁴ От *лат.* антрум – «пещера».

⁵ От *лат.* бульбус – «луковица».

барный отдел, и кишка изгибается в виде подковы, продолжаясь в следующий отдел тонкого кишечника.

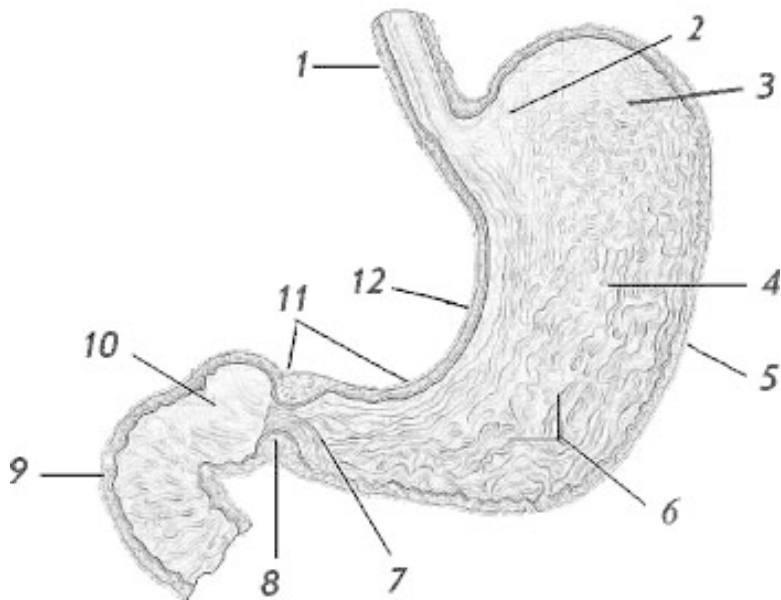


Рис. 2. Схема пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

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.

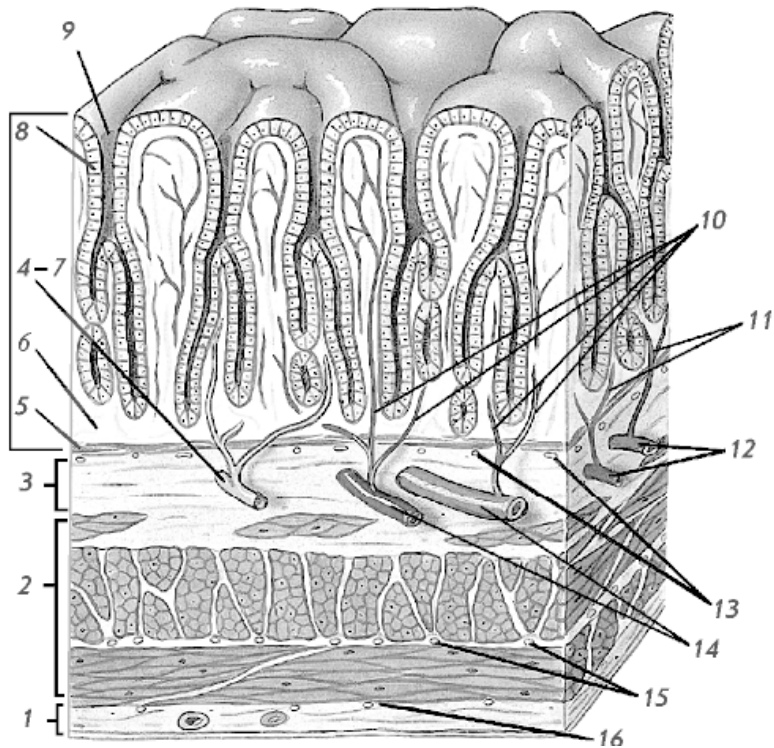


Рис. 3. Анатомия стенок желудка:

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*, 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.

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

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.

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



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 рН* (это отрицательный десятичный логарифм концентрации ионов водорода). Чем выше степень кислотности, тем меньше величина рН.

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 рН, равный 1,6 – 2,0 (сравните, например, с кислотностью лимонного сока рН ~ 3). Если рН менее 1,5, то считается, что кислотообразующая функция желудка повышена. Стимулированная кислотность в норме составляет рН 1,21 – 2,0, соответственно, если рН 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 ак-

тивными 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 рН 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 запирательным рефлексом, который возникает при попадании кислого содержимого в двенадцатиперстную кишку. Этот рефлекс блокирует поступление пищи в двенадцатиперстную кишку до нужного уровня повышения рН.

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.

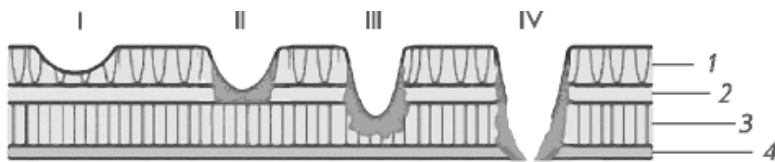


Рис. 5. Виды поражения желудочной стенки:

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)

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

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, эн-*

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

докринные (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.*

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.*

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.

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 отягощаться различными осложнениями¹²: *кровотечением* (рис. 5, III), *перфорацией* (рис. 5, IV), *пенетрацией*, *стенозом*, *малигнизацией*.

В диагнозе отмечают стадию 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.

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.

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).

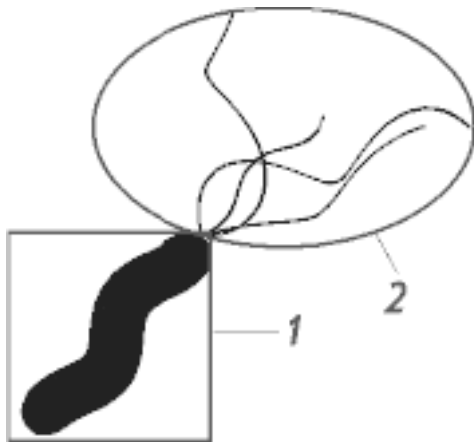


Рис. 6. Вид бактерии геликобактер пилори под микроскопом:

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 (эн-

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.*

доскопы, 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.

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 скучен-

¹⁷ Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. *Helicobacter pylori*: гастрит, дуоденит (гастро-дуоденит), 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.

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.

ность.

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

²⁰ Справочник практического врача по гастроэнтерологии / Под ред. В. Т. Ивашикина, 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 //

– 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

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».

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.