



КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

И.И. Жернакова¹
Д.С. Медведев²

¹ Белгородский
государственный
университет

² Санкт-Петербургский
институт биорегуляции и
геронтологии СЗО РАМН

e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

Проблема распространенности язвенной болезни является в настоящее время одной из наиболее обсуждаемых. В настоящей статье представлен анализ состояния проблемы в зависимости от различных эпидемиологических, клинических составляющих у пациентов различных возрастных групп.

Ключевые слова: язвенная болезнь, клиническая эпидемиология, возрастные группы.

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой чрезвычайно сложную медицинскую научную проблему, которая до конца не решена и в настоящее время [19; 23; 26; 20; 33; 14; 5; 7 и др.]. Актуальность проблемы диагностики и лечения этого заболевания во многом обусловлено его широкой распространенностью [17]. В бывшем СССР на диспансерном наблюдении по поводу ЯБ находилось более одного миллиона больных, а частота ежегодных рецидивов этого заболевания достигала 30–82% [28]. Среди различных категорий населения распространенность ЯБ варьирует в пределах от 10% до 25% [24; 16]. Дуоденальная локализация язвы наблюдается в 3-4 раза чаще, чем желудочная [4].

В 80-е гг. XX столетия, в мире, и особенно в крупных капиталистических странах, распространенность ЯБ заметно снизилась. Данное обстоятельство объяснялось внедрением методов эндоскопической диагностики, открытием роли *Helicobacter pylori* (HP) в патогенезе ЯБ и ее рецидивов, новыми подходами к лечению и профилактике обострений этой патологии [36]. Так, если в 70-80-е годы прошлого столетия считалось, что каждый десятый человек в своей жизни может заболеть ЯБ [1], то по данным ряда исследователей, распространенность ЯБ, в последние годы, снизилась в несколько раз [12; 33].

Однако, несмотря на снижение показателей распространенности ЯБ, число осложненных форм ЯБ и связанная с ними летальность остаются на прежнем уровне или даже растут [6; 35]. Так, во всех странах мира наблюдается увеличение частоты развития язвенных кровотечений и летальности в результате этого осложнения ЯБ [35]. Об отсутствии за последние 30 лет в России уменьшения числа желудочно-кишечных кровотечений, перфораций и хирургической активности по поводу осложнений ЯБ свидетельствуют и исследования отечественных авторов [30; 31].

В течение последних 20-ти лет распространенность ЯБ в России имела тенденцию к росту. Если в 1980-е гг. ЯБ страдало 1,5–5,0% взрослого населения [3] и еще до 7% болели этой формой патологии или находились в группе риска [27], то, по официальным данным Министерства здравоохранения, с 1995 по 1997 гг. количество больных с впервые выявленной ЯБ увеличилось на 8,3% [25]. Согласно статистическим материалам «Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г.», за период с 1997 г. по 1999 г. распространенность ЯБ возросла с 1556,6 до 1611,3 на 100 000 населения [13]. По данным на 2003 г., распространенность и заболеваемость ЯБ среди населения РФ составила 1 807 935 и 164 798 соответственно (на 100 000 населения – 1260,3 и 114,9) [11].



ЯБ носит хронический, рецидивирующий характер, поражает молодой, трудоспособный возраст, нередко являясь основной причиной временной и стойкой утраты трудоспособности [32]. Смертность от ЯБ колеблется в разных странах от 6,0 до 7,1 на 100 000 населения при ЯБ желудка и от 0,2 до 9,7 на 100 000 при ЯБ двенадцатиперстной кишки [29]. Несмотря на применение современных методов терапии, у 2-20% больных клинико-эндоскопической ремиссии ЯБ достичь не удается [6].

С экономической точки зрения проблема ЯБ также стоит очень остро. Например, годовая стоимость поддерживающей терапии H₂-блокаторами во Франции составляет 700 млн. долларов США [34]. Расходы, связанные с лечением больных ЯБ в США достигают 3,1 млрд. долларов, занимая при этом 4-е место после расходов, связанных с лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, желчнокаменной болезни и колоректального рака [10].

Динамика заболеваемости ЯБ в разных возрастных группах носит неравномерный характер. Так, по данным Бюро медицинской статистики, в г. Москве за период с 1994 г. по 2004 г. у взрослого населения заболеваемость ЯБ снизилась на 30,2%, в то же время у подростков наблюдался рост этого показателя [33].

Мужчины и жители городов в целом болеют ЯБ чаще, чем женщины и сельское население, соответственно [18]. Так, по данным Вахрушева Я.М. с соавт. (2008), общая заболеваемость ЯБ у жителей города и села составляла 21,1 и 17,3 на 1000 взрослого населения, соответственно. В отношении первичной заболеваемости данные литературы неоднозначны. Некоторые авторы отмечают более высокую первичную заболеваемость у жителей села, чем у горожан. Так, по данным одних авторов [6], значения этих показателей у сельских и городских жителей составили 2,2 и 1,5 на 1000 взрослого населения, соответственно. Другие авторы указывают, что заболеваемость ЯБ в сельской местности в 2,5 раза меньше, чем в городе [22]. Обращает на себя внимание то, что соотношение больных по полу зависит от возраста пациентов. Так, по данным Вороной Л.П. (2008), мужчины в целом болеют ЯБ в 2-7 раз чаще женщин, однако в пожилом возрасте женщины страдают ЯБ чаще мужчин, соотношение пациентов женского и мужского пола в этой возрастной группе составляет 1,5:1,0 [9].

Наиболее тяжело протекает ЯБ у пожилых пациентов [8; 9]. Доля пациентов в возрасте старше 60 лет среди больных ЯБ составляет около 10% [21; 37]. Эпидемиология заболеваний желудка и 12-перстной кишки в пожилом возрасте представлена следующим образом. Хронический гастрит с атрофическими изменениями слизистой оболочки встречается у лиц пожилого возраста от 69 до 89 лет – в 88% случаев. Язвенная болезнь желудка впервые выявляется у пациентов пожилого и старческого возраста не менее чем в 3% случаев. Язвы желудка у этого контингента больных возникают в 1,7, а двенадцатиперстной кишки – в 3 раза чаще по сравнению с лицами молодого возраста. Частота малигнизации язв желудка и 12-перстной кишки у пожилых пациентов составляет 14,2%, другие осложнения: кровотечение, перфорация и пилоростеноз – возникают в 16,8%, 7,8% и 5,0% случаев, соответственно. У лиц пожилого и старческого возраста чаще встречаются язвы больших и гигантских размеров, осложнения ЯБ возникают гораздо чаще, чем у пациентов молодого и среднего возраста, рубцевание язв происходит медленно, а заболевание имеет тенденцию к частым рецидивам с продолжительными обострениями [2; 15]. Более 2/3 смертельных случаев, связанных с осложнениями ЯЖ, регистрируются именно у пожилых пациентов. Если в возрасте 60-65 лет осложненные формы ЯБ составляют около 30%, то в возрасте 80-85 лет доля таких форм заболевания достигает 75-80% [9].

Таким образом, ЯБ остается актуальной проблемой клинической медицины. В молодом и среднем возрасте это традиционно связано с затратами, связанными с лечением и потерей трудоспособности. Особую актуальность в последние годы она приобретает в гериатрической практике в связи с более тяжелым течением самой язвенной болезни и ее осложнений. Все изложенное диктует необходимость разработки но-



вых клинико-организационных подходов по раннему скринингу и профилактике ЯБ в различных возрастных группах.

Литература

1. Барановский, А. Ю. Прогностическая оценка протективной способности слизистой оболочки желудка при язвенных ее поражениях / А. Ю. Барановский // Клиническая медицина. – 1989. – Т. 67, № 11. – С. 76-80.
2. Буторов, И. В. Иммунологические и патогенетические аспекты клинического применения иммунофана при язве двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / И.В. Буторов, Ю.П. Осояну, С.И. Буторов и др. // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 18-22.
3. Василенко, В. Х. Язвенная болезнь: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении / В. Х. Василенко, А.Л. Гребенев, А.А.Шептулин ; АМН СССР. – М. : Медицина, 1987. – 285 с.
4. Васильев, Ю. В. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с нестероидными противовоспалительными препаратами/ Ю. В. Васильев// Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 2. – С. 14-15.
5. Васильев, Ю. В. Быстродействующие антацидные препараты в терапии кислотозависимых заболеваний / Ю. В. Васильев // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 21-24.
6. Вахрушев, Я. М. Язвенная болезнь: особенности течения на соврем. этапе и прогноз на ближайшие годы / Я. М. Вахрушев, Л. И. Ефремова, В. А. Ефремова // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 80, № 2. – С. 26-29.
7. Вахрушев, Я. М. Опыт применения иммунала в комплексном лечении больных язвенной болезнью с торпидным течением / Я. М. Вахрушев, А.Р. Балагатдинов // Терапевтический архив – 2010. – Т. 82, № 2. – С.13-17.
8. Верткин, А.Л. Острые поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в общемедицинской практике / А. Л. Верткин, [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 6-11.
9. Воронина, Л. П. Язвенная болезнь в практике гериатра / Л. П. Воронина // Медицинские новости. – 2008. – № 15. – С. 28-32.
10. Григорьев, П. Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко. – М. : Мед. информ. агентство, 1997. – 678 с. : ил. – (Б-ка практ. врача. Важнейшие вопр. внутр. медицины).
11. Гусейнзаде, М. Г. Клинико-экономическое и фармакоэпидемиологическое обоснование оптимизации диагностики и фармакотерапии больных язвенной болезнью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.47 : 14.00.25 / М. Г. Гусейнзаде ; ЦНИИ гастроэнтерологии. – М., 2007. – 49 с.
12. Зайцев, С. В. Опыт работы главного гастроэнтеролога Ярославской области / С. В. Зайцев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 1. – С. 68-70.
13. Ивашкин, В. Т. Состояние и перспективы развития гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – Т. 11, № 6. – С. 7-13.
14. Ивашкин, В.Т. Абдоминальная боль в практике врача-интерниста / В. Т. Ивашкин, Е. Л. Буверова, О. М. Драпкина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Том 18, №2. – С. 59-64.
15. Исламова, Е. А. Возрастные особенности течения и диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Е. А. Исламова // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 7. – С. 38.
16. Калинин, А. В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь / А. В. Калинин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 22-31.
17. Колесников, Д.Б. Роль мелатонина в развитии психосоматических заболеваний / Д.Б. Колесников, Л.А.Вознесенская, С.И.Рапопорт // Клиническая медицина. – 2010. – Т. 88, №1. – С.5-9.



18. Куртяну, Б. Н. Язвы желудка: вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения / Б. Н. Куртяну, А. А. Шептулин ; под ред. А. Л. Гребенева ; Кишин. гос. мед. ин-т им. Н. А. Тесемичану. – Кишинев : Штиинца, 1990. – 246 с. : ил.
19. Маев, И. В. Современные принципы лечения кислотозависимых заболеваний / И. В. Маев, Е. С. Вьючнова, Е. Б. Грищенко // Клиническая медицина. – 2003. – Т. 81, № 1. – С. 56-62.
20. Минушкин, О. Н. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / О. Н. Минушкин // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, № 2. – С. 22-26.
21. Орзиев, З. М. Эффективность эрадикационной антигеликобактерной терапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при различном режиме приема препаратов / З. М. Орзиев, Ф. Э. Нурбаев, Г. Ш. Рахимова // Клиническая медицина. – 2003. – Т. 81, № 6. – С. 48-49.
22. Пасечников, В. Д. Сложные вопросы этиологии язвенной болезни / В. Д. Пасечников, С. М. Котелевая, С. З. Чуков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1993. – Т. 3, № 5. – С. 39-44.
23. Пасечников, В. Д. Ключи к выбору оптимального ингибитора протонной помпы для терапии кислотозависимых заболеваний / В. Д. Пасечников // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 32-41.
24. Передерий, В. Г. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее и будущее / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – Киев : [б. и.], 2003. – 256 с.
25. Петров, В. П. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В. П. Петров, В. В. Осипов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 5. – С. 14-18.
26. Динамика морфологических и функциональных характеристик слизистой оболочки желудка после эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с язвами двенадцатиперстной кишки / С. И. Пиманов [и др.] // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 78, № 2. – С. 26-31.
27. Пиманов, С. И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь : рук. для врачей / С. И. Пиманов. – М. ; Н. Новгород : Мед. кн. : Изд-во ННМА, 2000. – 377 с.
28. Самсон, Е. И. Этапное лечение и реабилитация больных язвенной болезнью / Е. И. Самсон. – Киев : Здоров'я, 1979. – 157 с. – (Б-ка практ. врача).
29. Циммерман, Я. С. Лазерная терапия язвенной болезни: методики лечения, механизмы действия, эффективность / Я. С. Циммерман, Н. И. Попова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – Т. 10, № 2. – С. 34-40.
30. Цуканов, В. В. Эпидемиология язвенной болезни: современное состояние и практические выводы / В. В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 5. – С. 48.
31. Цуканов, В. В. Профилактика язвенной болезни: перспективы развития / В. В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14, № 5. – С. 45.
32. Шептулин, А. А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни / А. А. Шептулин // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82, № 1. – С. 57-60.
33. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, № 2. – С. 12-15.
34. Deltenre, M. A. Economics of *Helicobacter pylori* eradication therapy / M. A. Deltenre // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1997. – Vol. 9, suppl. 1. – P. 23-26.
35. Laine, L. Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here? / L. Laine // AGA Postgraduate Course, San Francisco, May 18-19, 2002 : course syllabus / American Gastroenterological Association. – San Francisco, 2002. – P. 20-25.
36. Susser, M. Period effects, generation effects and age effects in peptic ulcer mortality / M. Susser // J. Chronik. Dis. – 1982. – Vol. 35, № 1. – P. 29-4
37. Tolcea, P. Studiu comparativ între trei regimuri diferite de tratament al infecției cu *Helicobacter pylori* / F. Tolcea, I. Răviș // Romanian J. Gastroenterol. – 2001. – № 9. – P. 82.



CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL PARTICULARITIES OF ULCER DISEASE IN DIFFERENT AGE GROUPS

N.I. Zhernakova¹

D.S. Medvedev²

*¹Belgorod
State
University*

*²Saint-Petersburg Institute of
Bioregulation and Gerontology*

e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

The prevalence of ulcer disease is one of the important problems in modern medicine. The analysis of this problem in epidemiological, clinic, age aspects is presented in this article.

Key words: ulcer disease, clinic epidemiology, age groups.