

# “Тезисы о язвенной болезни” или комментарий на статью Н.Н. Крылова “Проблемы, которые не могут не волновать...” [1]

**В.М. Лобанков**

*Кафедра госпитальной хирургии Гомельского ГМУ (ректор – профессор А.Н. Лызиков)*

Обсуждаемая в статье проблема язвенной болезни (ЯБ) чрезвычайно актуальна для стран СНГ. Теоретически уровень развития лечебных технологий позволяет контролировать течение заболевания у подавляющего большинства больных. На практике, на территории бывшего СССР острота ситуации с ЯБ превышает такую 60–70-х годов прошлого века, когда медицина не владела ни современными знаниями о патогенезе (еще не был открыт назначенный первопричиной ЯБ *Helicobacter pylori* (Hр), ни эффективными противоязвенными препаратами и схемами лечения.

Причины настоящего положения вещей неоднозначны. Это и лоббирование пресловутой “проблемы хеликобактериоза” фармацевтическими фирмами, производящими весьма недешевые медикаменты для эрадикации этого микроба, и отсутствие общепринятых критериев популяционной тяжести ЯБ, эффективности применяемой лечебной доктрины при этом заболевании, четко обозначенной конечной цели этой самой доктрины. Кроме того, за углубленным изучением важных, но частных вопросов по ЯБ (разработка “еще более эффективных” протоколов лечения 2-й, 3-й линии; преодоление нарастающей лекарственной резистентности Hр и т.д.) ускользают от внимания методологические подходы к лечебной тактике и стратегии при этом недуге в современных условиях.

В настоящей статье мы хотим поделиться нашими взглядами по проблеме ЯБ. Ограниченный

объем комментариев вынуждает к тезисному изложению материала.

1. На сегодня следует признать, что монополия Hр на роль главного “ульцерогена” оказалась несостоятельной. На новом витке диалектической спирали мы должны рассматривать ЯБ как генетически обусловленное и фенотипически зависимое общее психо-соматическое заболевание, тяжесть течения которого зависит от взаимодействия множества эндогенных и экзогенных факторов. В связи с вышесказанным, попытки поиска универсального способа лечения больных – не верны.

2. Учитывая многократную разницу показателей первичной заболеваемости ЯБ по выявляемости и по обращаемости (2000–3000 и более и 140–180 на 100 тыс. населения в год соответственно), можно заключить, что у подавляющего большинства больных заболевание протекает в легкой (в том числе – “субклинической”) форме и не побуждает их обращаться за медицинской помощью. У них классический цикл заболевания: “ремиссия–рецидив–ремиссия” многие годы может быть редуцированным, то есть рецидив в морфологическом понимании язвы не развивается, а спонтанное или спровоцированное обострение ограничивается “эрозивным бульбитом или гастритом”.

3. Тяжесть течения заболевания и риски развития осложнений во многом определяются особенностями образа и стиля жизни пациента (подверженность стрессам, курение, злоупотребле-

ние алкоголем, низкая медицинская культура и др.). На популяционном уровне тяжесть заболевания существенно возрастает под действием любых массовых стрессовых воздействий (социальные и экономические кризисы, техногенные и экологические катастрофы, военные конфликты и т.п.). Это неизбежно влечет за собой рост потребности в хирургическом лечении.

4. Понятие тяжести заболевания для ЯБ желудка (ЯБЖ) и ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) не однозначны. В первом случае – оно в большей мере – морфологическое, во втором – клиническое. При тяжелом течении ЯБДК превентивная органосохраняющая операция в период ремиссии – один из оптимальных методов лечения. (Превентивная хирургия ЯБЖ – абсурд).

5. Ни один из существующих (и, по-видимому, перспективных) методов консервативного или хирургического лечения ЯБ (кроме гастрэктомии) не может гарантировать окончательного излечения больного. Склонность к обострениям или рецидивам пожизненна. Достаточным успехом лечения можно считать достижение длительной многолетней ремиссии. При тяжелом варианте ЯБДК – это стабильный перевод ее в легкую форму. При ЯБЖ – стойкое заживление или устранение язвенного дефекта. Чем выше тяжесть ЯБ, тем более интенсивные и квалифицированные лечебные меры, в том числе – хирургические, необходимо применять. При легком течении, естественно, хирургия не нужна, но вряд ли оправдана и эрадикационная терапия.

6. Необходимо ввести понятие популяционной тяжести ЯБ. Важнейшим ее критерием является частота неотложных операций при язвенных кровотечениях и прободениях на 100 тыс. населения региона (страны) в год. (Процент неотложно оперируемых из общего числа больных не подходит из-за сложности учета первичной заболеваемости). Так как лечебная тактика при кровотечениях неоднозначна, наиболее простым и наглядным показателем популяционной тяжести ЯБ может служить частота перфоративных язв на 100 тыс. населения в год. При показателе менее 10 случаев – популяционная тяжесть ЯБ низкая, при 10–20 – средняя, 20–30 – высокая, более 30 – очень высокая. В экономически развитых странах этот показатель составляет около 5 [5–7]. В СССР в 60–80-е годы он был 10–15 [5]. В 1999 г в России после экономического “дефолта” в среднем он превысил 30 (а в некоторых регионах даже 40. Так, в Кировской области при населении 1596,8 тыс. чел. произошло 659 случа-

ев перфоративных язв) [2, 4]. В последние 5 лет в Беларуси, России, Украине этот показатель составляет 20–25.

7. Для динамической оценки популяционной тяжести необходимо сформировать региональный реестр частоты перфоративных язв (например, с 1990 г, в последующем начался резкий рост показателя). В ряде областей России эта задача выполнена. В Беларуси такой реестр разработан нами с 1965 г. [3]. Целесообразно, чтобы за показатель популяционной тяжести ЯБ отчитывались терапевты (гастроэнтерологи), тогда появится реальная заинтересованность во взаимодействии.

8. Так как “немые” прободные не превышают 10% (более высокие цифры – результат ретроспективной оценки медицинской документации со всеми ее недостатками), целью лечебной доктрины и критерием ее эффективности является снижение популяционной тяжести ЯБ и, следовательно, – минимизация частоты перфоративных язв (и неотложных операций вообще). Частота плановых и неотложных операций при ЯБ в отечественных условиях находятся в обратно пропорциональной зависимости, поэтому достижение означенной цели возможно путем оптимального сочетания терапевтических и хирургических подходов.

9. Среди оперируемых отечественных больных доминируют пациенты с ЯБДК (более 80% прободных язв, около 70% язвенных кровотечений и не менее 75% плановых вмешательств), поэтому в качестве операции выбора следует рассматривать селективную проксимальную ваготомию (СПВ). Помня о не вполне удачном опыте внедрения СПВ в СССР в 70–80-е годы, следует разрешать хирургам выполнение этого весьма деликатного и специфического вмешательства после обучения в лицензированных клиниках, имеющих достаточный положительный опыт применения органосохраняющих операций. Основной упор в деле “ренессанса” СПВ следует делать на молодых, лишенных предрубления против этой операции, хирургах.

10. Проблема ЯБ без хирургии не решаема в принципе. Даже в США сокращение суммарной частоты операций при ЯБ по сравнению с 70–80-ми годами XX века не превысило двукратного (около 50 тыс. операций тогда против 40 тыс. в настоящее время, учитывая рост населения). Хирургическая активность при этом заболевании – величина объективная. Неадекватное снижение плановой хирургии при недостаточной эффективности консервативной терапии поддерживает повышенный уровень хирургии неотложной (летальность отличается на порядок!).

**Список литературы**

1. Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестн. хир. гастроэнтерол., 2007. № 1. С. 25–31.
2. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
3. Лобанков В.М. Региональный мониторинг перфоративных язв у населения Беларуси. – Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004, № 3, С. 8–13.
4. Статистика здоровья населения и здравоохранения Кировской области в 2000 году / Киров, МИАЦ, 2001г. – 235 с.
5. Paimela H., Paimela R., Myllykangas E. et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the during the past twenty five years // Scand. J. Gastroenterol. – 2002; 37 (4): 399–403.
6. Soll A.H. Peptic ulcer and its complications. In: Slesinger and Fordtran's. Gastrointestinal and liver disease. Philadelphia-London-Toronto-Monreal-Sydney-Tokyo, 1998; 1: 620–678.
7. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis // Wld. J. Surg. – 2000; 24 (3): 277–283.