

С.И. ПИМАНОВ, Е.В. МАКАРЕНКО

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

В консервативной терапии гастродуоденальных язв существует два направления. Первое направление – это антисекреторная терапия, которая позволяет добиться репарации язвы или предупредить язвообразование на время приёма кислотосупрессивного препарата. При лечении язвы больной должен принимать ингибитор протонной помпы в стандартной дозе. Второе направление в лечении гастродуоденальных язв подразумевает эрадикацию микроорганизма *Helicobacter pylori* в строгом соответствии с правилами. При успешной эрадикации наблюдается снижение частоты рецидивов язвы, язвенных кровотечений и перфораций. Кроме того, отмечаются позитивные изменения функциональных и морфологических характеристик слизистой оболочки желудка: снижается уровень сывороточного гастрин-17, уменьшаются воспалительные и атрофические изменения слизистой оболочки желудка.

Еще одной актуальной причиной язвообразования является приём аспирина и нестероидных противовоспалительных препаратов. В случае язвенного анамнеза или присутствия факторов риска пациент на все время приема аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов (дни или годы) должен получать ингибитор протонной помпы в стандартной дозе.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение, перфорация язвы, Helicobacter pylori, эрадикационная терапия, антисекреторная терапия, аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты

There are two tendencies in the conservative therapy of the gastroduodenal ulcers. The first one is an anti-secretory therapy which permits to achieve ulcer reparation or to prevent ulcer formation while taking antacid preparations. During the period of ulcer treatment a patient has to take inhibitor of the protonic pump in the standard dosage. The second tendency in the treatment of gastroduodenal ulcers implies eradication of *Helicobacter pylori* strictly according to the definite rules. In case of successful eradication one may observe decrease in frequency of ulcer recurrence as well as of ulcerous bleedings and perforations. Also positive changes of the functional and morphological characteristics of the stomach mucous membrane are registered: the level of serumal gastrin-17 decreases, inflammatory and atrophic changes in the stomach mucous membrane also reduce.

One more actual cause for ulcer forming is intake of aspirin and of non-steroid anti-inflammatory preparations. In case of ulcer anamnesis or presence of risk factors a patient should receive the inhibitor of the protonic pump in the standard dosage during the whole period of aspirin or non-steroid anti-inflammatory preparations intake (days or years).

Keywords: gastric ulcer, duodenal ulcer, ulcerous bleeding, ulcer perforation, Helicobacter pylori, eradication therapy, anti-secretory therapy, aspirin, non-steroid anti-inflammatory preparations

Введение**Для терапевтов ситуация изменилась
в последние годы**

Гастродуоденальные язвы (ГДЯ), или язвенная болезнь, и симптоматические язвы являлись многие десятилетия предметом внимания и ожесточённых дискуссий

терапевтов и хирургов. Заинтересованность врачей двух основных специальностей понятна: как только больной гастродуоденальной язвой получает неадекватное лечение у терапевта и/или развивается осложнение, к лечению приступает хирург.

В настоящее время для гастроэнтеро-

логов терапевтического профиля гастродуоденальная язва перестала быть неразрешимой проблемой. Все стало предельно ясно и просто. Для репарации язвы имеются мощные антисекреторные препараты – ингибиторы протонной помпы (ИПП). Для профилактики образования язв используется эрадикация микроорганизма *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) и, в ряде ситуаций, – опять же ИПП. Если придерживаться такой тактики, утверждают терапевты, количество язвенных рецидивов, кровотечений и перфораций уменьшится в несколько раз среди тех больных, которые проявляют приверженность к фармакотерапии.

Хирурги настроены менее оптимистично, а чаще скептически, потому что их ежедневная практическая работа показывает: обещанного многократного уменьшения числа гастродуоденальных язвенных кровотечений и перфораций пока нет. Попытаемся понять, почему так происходит, а для этого сначала следует определить позиции терапевта-гастроэнтеролога по лечению и профилактике ГДЯ.

Лечение и профилактика

Существует два направления в лечении ГДЯ. Первое – антисекреторная терапия, которая позволяет добиться репарации (заживления) язвы или предупредить язвообразование на время приёма кислотосупрессивного препарата. Реализуется тезис, сформулированный в 1910 г. Карлом Шварцем: «Нет кислоты – нет язвы». При лечении язвы больной должен принимать ИПП в стандартной дозе (для омепразола – это 20 мг, лансопразола – 30 мг, пантопразола – 40 мг, рабепразола – 20 мг, эзомепразола – 20 мг), лучше утром натощак за 30–60 минут до еды. Капсулу следует проглатывать целиком, не разжёвывая, т.к. омепразол разрушается в желудочном соке. Такие

условия приёма обеспечивают наилучшие условия для всасывания препарата в тонкой кишке. Иногда целесообразно в первые 3–7 дней лечения принимать вторую стандартную дозу ИПП вечером. Длительность лечения при дуоденальной язве должна составлять 4–6 нед., при желудочной – 6–8 нед. После окончания таких курсов лечения хорошо принимать в течение 1–2 недель антисекреторный препарат в половинной дозе. В случае профилактического использования антисекреторного препарата курящие должны принимать его в полной дозе, некурящие – в половинной. Антисекреторная терапия гарантирована действующими стандартами (протоколами) лечения.

Второе направление в лечении ГДЯ подразумевает эрадикацию микроорганизма *H.pylori*. Эрадикация даёт шанс больному излечить язву как хроническое рецидивирующее заболевание. Разумеется, общее правило требует прежде всего убедиться в наличии хеликобактерной инфекции. Это можно сделать у нас на сегодняшний день после получения гастробиоптата с помощью быстрого уреазного теста или при патогистологическом исследовании гастробиоптата, окрашенного по Гимзе. Эти же методы можно использовать для оценки эрадикации, но не ранее, чем через месяц (лучше – два) после окончания курса лечения, причём последний приём ИПП должен быть прекращён за неделю и более до теста, а любого антибактериального препарата – за две недели до исследования. Можно установить наличие *H.pylori*, определяя в крови антитела к микроорганизму, однако этот тест можно использовать только до эрадикации. Преимуществом серологического метода перед другими является отсутствие влияния на результаты теста приёма ИПП и антибиотиков. В то же время серологический метод диагностики *H.pylori* рассматривается

преимущественно как скрининговый для эпидемиологических исследований.

Правила эрадикации строго определены и обновляются в серии международных согласительных документах, которые называются Маастрихтским консенсусом [1, 2]. Сначала используется однонедельная или двухнедельная тройная терапия первой линии, при отсутствии эффекта – квадротерапия второй линии. Все предложенные протоколы лечения основаны на многочисленных дорогостоящих исследованиях, проведенных гастроэнтерологами всего мира, и учитывают особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, а также чувствительность микроорганизма к тому или иному препарату. Категорически запрещается «рационализаторский» подход к схемам лечения. Нельзя заменять препараты «аналогами», следует строго придерживаться рекомендованной дозы и длительности приема. Эрадикацию можно проводить как в стадии обострения, так и в стадию ремиссии язвенной болезни. При наличии язвы большого легче мотивировать к проведению антихеликобактерной терапии. Бесспорным выигрышем в такой ситуации будет то, что антисекреторный компонент эрадикационного лечения обеспечит надёжную защиту от агрессивного желудочного сока в течение 1–2 нед.

Пациенту необходимо объяснить суть эрадикационной терапии, убедить в необходимости использовать свой шанс излечиться от язвенной болезни. Опыт показывает, что при создании мотивации наши больные согласны пойти на затраты по эрадикационной терапии. Кстати, в мире проведены фармакоэкономические исследования, которые убедительно показали, что эрадикация является самым выгодным вариантом лечения гастродуоденальных язв.

Первая линия эрадикационной терапии – одновременное применение в течение 7-и, 10-и, или 14-и дней следующих препа-

ратов: ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозировке 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Все препараты принимают за 20–30 минут до еды.

При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды.

Более продолжительное лечение достоверно улучшает результаты эрадикационной терапии. В связи с этим предпочтение следует отдавать 14-дневной тройной терапии в сравнении с 7-дневной. В соответствии с данными Маастрихтского-III Консенсуса 2005 г. выигрыш в частоте эрадикации при удлинении длительности лечения с 7 до 14 дней составляет около 12%. Проблемой становится относительно высокая стоимость кларитромицина. Стоимость курса однонедельной тройной терапии составляет от 55 тысяч белорусских рублей.

Вторая линия эрадикационной терапии – однонедельная квадротерапия используется при неэффективности терапии первой линии: ИПП в стандартной дозировке 2 раза в день – например, омепразол по 20 мг 2 раза в день – за 20–30 минут до еды + препарат коллоидного субцитрата висмута 120 мг 4 раза в день за 20–30 минут до еды + тетрациклин 500 мг 4 раза в день до еды + метронидазол 500 мг 3 раза в день во время еды. Вторая линия эрадикационной терапии дешевле более чем в два раза тройной терапии, однако из-за малой дозировки тетрациклина в таблетке общее суточное количество таблеток весьма большое, что снижает приверженность больного фармакотерапии – «compliance». Следует также учитывать, что метронидазол несовместим с алкоголем, поэтому пациенты могут пропустить приём препаратов, если в течение 1–2 недель предполагается

приём алкоголя. Метронидазол можно заменить на орнидазол, который совместим с алкоголем.

В качестве терапии третьего выбора Консенсус Маастрихт-III рекомендует протокол с левофлорксацином. Обычно используется левофлорксацин (500 мг 2 раза в день) +ИПП (в стандартной дозе 2 раза в день) + амоксициллин (1000 мг 2 раза в день) при тройной терапии, длительность 7 или 10 дней. Частота эрадикации (PP – per protocol, т.е. среди тех, кто полностью выполнил протокол лечения) такого лечения, по данным систематизированного обзора, – 63–86% [3]. Повторное заражение микроорганизмом *H.pylori* (реинфекция) у взрослых наблюдается редко – не чаще 1–4% в год. К сожалению, строгое соблюдение методических правил по диагностике микроорганизма *H.pylori* после эрадикации наблюдается редко. В результате создаётся ошибочное впечатление о высокой частоте реинфекции.

На наш взгляд, в настоящее время в Республике Беларусь назрела необходимость использования имеющейся в стандартах ведения больных язвенными кровотечениями или перфорациями эрадикационной терапии как обязательного компонента лечения.

Что касается профилактики, то лучшим её методом является успешная эрадикационная терапия. Кроме того, в амбулаторной практике пациента, находящегося на диспансерном наблюдении, следует использовать «терапию по требованию». Это означает, что при появлении первых, знакомых пациенту симптомов обострения заболевания (обычно это боли) следует самостоятельно принять антисекреторный препарат (ИПП или фамотидин) в полной дозе и продолжать приём в течение 2–3 дней, затем 2–3 недели принимать в половинной дозе при условии хорошего самочувствия. Кстати, в первый день приёма ле-

карства эффект от фамотидина может наступить раньше. Разумеется, больной может (и должен) обратиться к врачу, но в реальной жизни ото дня обращения до момента получения результатов эндоскопии, по которым будет проводиться окончательное лечение, проходит несколько дней. Если не лечиться в эти дни, язва будет прогрессировать и возможно развитие осложнений. Непрерывный профилактический приём ИПП требуется в следующих ситуациях: сочетание с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, приём аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), наличие гастриномы, вахтовые командировки в отдалённые от медицинской помощи регионы.

Показания к оперативному лечению остаются классическими – развитие любого из осложнений ГДЯ. Необходимость оперативного лечения при язвенном кровотечении осуществляется с учётом ряда условий. Терапевтам не следует забывать, что компенсированный и субкомпенсированный пилородуоденальный стеноз являются бесспорными показаниями к оперативному лечению, причём оптимальным вариантом может быть органосохраняющая пилоропластика. Нельзя ожидать развития декомпенсированного стеноза. Существует и другая особенность: при пилорической или бульбарной локализации полциркулярной язвы больших размеров с пышной околоязвенной инфильтрацией наблюдается преходящий компенсированный и субкомпенсированный стеноз, который нередко исчезает после репарации язвы.

За последние годы нам приходилось встречать пациентов с неосложнённой язвой, которым было проведено хирургическое лечение из-за «неэффективности» консервативных мероприятий. Однако в действительности ни в одном случае перед операцией не проводилась адекватная кон-

сервативная терапия. Впрочем, при гастриноме, характеризующейся упорными, нередко множественными язвами в сочетании с диареей, терапия обычными дозами ИПП неэффективна.

Нередко приходится наблюдать, как в хирургической практике наличие язвы желудка рассматривается как потенциальный рак и «на всякий случай» хирурги (не онкологи) осуществляют резекцию желудка по Бильрот-II. Действительно, у больных раком желудка около 10% гастробиопсий являются ложноотрицательными. При появлении язвы желудка впервые у человека среднего или пожилого возраста без предшествующего приёма аспирина или НПВП прежде всего врач должен исключить рак желудка. Вместе с тем, нельзя допускать дефект логики. Следует улучшать эндоскопическую и патоморфологическую диагностику, а не расширять показания к резекции желудка.

Анализ ситуации

Итак, с точки зрения терапевта проблем с лечением и профилактикой ГДЯ нет. Можно привести огромное количество западноевропейских и американских исследований, которые подтверждают это с самым высоким уровнем доказательности и степенью рекомендаций. Хотя кое-какие теоретические вопросы хеликобактериологии остаются спорными. Не вызывает сомнений следующий факт: если уничтожить *H.pylori*, количество рецидивов гастродуоденальных язв резко уменьшается. Как обстоит ситуация у нас и что взять за ключевые анализируемые показатели? Число рецидивов могло бы быть весьма показательным, однако эта величина будет зависеть, в частности, от организационных особенностей системы здравоохранения и частоты проведения эндоскопий. В отличие от койко-дня и продолжительности времен-

ной нетрудоспособности, язвенные кровотечения и перфорации являются административно нерегулируемыми показателями. Это означает, что количество кровотечений и перфораций объективно отражает частоту ГДЯ в популяции, а также качество их лечения и профилактики.

В 2001 г. Витебская область лидировала в Республике Беларусь по частоте осложнённых гастродуоденальных язв: количество кровотечений составило 804, перфораций – 444 случая. Была проведена популяризация вышеизложенных принципов лечения и усилена требовательность к соблюдению стандартов (протоколов) ведения больных. В результате отмечено ежегодное снижение язвенных осложнений и в 2006 г. число кровотечений составило 635 (79,0%), а перфораций – 259 случаев за год, т.е. уменьшилось до 58,3% от исходного значения. В 2007 г. количество осложнений ГДЯ возросло. Мы связываем этот рост с тем, что внимание терапевтов было сосредоточено, прежде всего, на снижении смертности от болезней системы кровообращения.

Следует учитывать, что мы не получим снижения язвенных осложнений в 5 раз, как этого можно ожидать, если проведём эрадикацию всем больным, находящимся на диспансерном наблюдении по поводу ГДЯ. Анализ 401 случая осложнения гастродуоденальных язв показал, что 49,4% пациентов не имели язвенного анамнеза, т.е. не состояли на диспансерном наблюдении и никакие профилактические мероприятия им не проводились, а 9,7% больных вели асоциальный образ жизни. Получается, что воздействовать можно было только примерно на 41% пациентов. Большинство больных, не находившихся на диспансерном наблюдении, поступают в стационар с язвенными кровотечениями и перфорациями после употребления аспирина или НПВП, хотя, как правило, сами

больные не придают значения приёму этих препаратов.

Аспирин и НПВП: актуальная причина язв

В США от осложнённых НПВП-индуцированных ГДЯ умирает столько же людей, сколько от СПИДа. В нашей стране население не использует так широко аспирин и НПВП, как в западных странах, но увеличение частоты НПВП - и аспирин-индуцированных язв несомненно. В условиях областного центра при тщательном опросе больных с язвенными кровотечениями и перфорациями нам удалось установить связь с приёмом аспирина или НПВП в 27% случаев.

В кардиологии без всяких сомнений доказан благоприятный эффект приёма аспирина при риске инфаркта миокарда. Кардиологи всё чаще назначают аспирин, поэтому следует ожидать роста частоты эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

В случае язвенного анамнеза пациент на всё время приёма аспирина или НПВП (дни или годы) должен получать ИПП в стандартной дозе. Если в анамнезе было кровотечение или перфорация, кроме профилактического приёма ИПП требуется выбор НПВП, следует сделать в пользу селективного ингибитора циклооксигеназы-2.

Что даёт эрадикация

При успешной эрадикации наблюдается ряд клинических позитивных изменений, а также функциональных и морфологических характеристик слизистой оболочки желудка.

Снижение частоты язвенных кровотечений и перфораций после эрадикации является одним из основных современных

достижений гастроэнтерологии. Проведённый J.P. Gisbert и соавторами Кохрейновский мета-анализ показал, что при успешном уничтожении инфекции *H.pylori* частота кровотечений составляет всего лишь 2,9%, а в контрольной группе достигает 20%, отношение шансов (OR) равнялось 0,17 (95% CI: 0,10–0,32); NNT при эрадикации в отношении кровотечений равно 7 (95% CI: 5–11) [3]. При отсутствии приёма нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) эрадикация также превосходит поддерживающую антисекреторную терапию по способности предупредить язвенные кровотечения: их частота составляет 1,6% и 5,6% соответственно (OR = 0,24; 95% CI: 0,10–0,32).

Проведённое нами сравнение суммарных показателей физического и психологического компонентов здоровья по опроснику качества жизни SF-36 показало, что при успешной эрадикации *H.pylori* отмечается положительная динамика по обоим показателям, однако превалируют изменения в физической сфере [4].

Устранение хеликобактерной инфекции снижает воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка: через несколько недель после успешной эрадикации уменьшается нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка, а через 1–3 года – мононуклеарная [5].

Через год после успешной эрадикации у больных дуоденальной язвой мы наблюдали достоверное снижение воспалительных явлений СОЖ, т.е. уменьшение полиморфноядерной (на 42,6%), мононуклеарной (на 29,3%) инфильтрации и количества лимфоцитарных фолликулов (в 16,8 раза). Атрофия СОЖ уменьшилась на 47,8%. Кроме того, отмечено благоприятно изменение уровней сывороточного гастрин-17, пепсиногена-I и пепсиногена-II [6].

Эксперты Консенсуса Маастрихт-III высказались по проблеме прогрессирова-

ния предопухолевых изменений слизистой оболочки желудка достаточно убедительно: «эрадикация *H.pylori* останавливает развитие атрофического гастрита и может привести к регрессии атрофии. Эффект эрадикации на кишечную метаплазию не ясен». Приведён уровень доказательности, равный *1b* (по использованным в Маастрихтском Консенсусе грациям, соответствует единичным рандомизированным контролируемым исследованиям с ограниченным доверительным интервалом), степень рекомендаций – *A* (соответствует уровню доказательности *1*). Итоговый вывод Консенсуса Маастрихт-III, касающийся возможности профилактики рака желудка путём эрадикации, следующий: «Эрадикация *H.pylori* имеет возможность снизить риск развития рака желудка», причём такое положение имеет уровень доказательности *2b* (соответствует единичному когортному исследованию, включая рандомизированные контролируемые исследования низкого качества, а степень рекомендаций – *B* (соответствует уровню доказательности *2*)).

В 2008 г. опубликованы материалы Азиатско-Тихоокеанского Консенсуса (2006 г.), в которых был подведён итог мировых достижений по профилактике рака желудка [7]. Неслучайна заинтересованность в вопросах профилактики рака желудка стран Юго-Восточной Азии, где в отдельных регионах наблюдается рекордная заболеваемость этой злокачественной опухолью. Кроме того, в ряде этих стран высокий уровень экономики позволил подойти вплотную к возможности эрадикационной терапии населения. Ключевое значение имеют ряд принятых Азиатско-Тихоокеанским Консенсусом положений с самыми высокими уровнями доказательности (*1*) и степенями рекомендаций (*A*):

- эрадикация *H.pylori* снижает риск развития рака желудка;

- скрининг и лечение *H.pylori* является стратегией по уменьшению риска развития рака желудка в популяциях с высоким риском;

- в популяциях с высоким риском рака желудка в азиатско-тихоокеанском регионе, популяционный скрининг и лечение инфекции *H.pylori* является стратегией выбора.

Высокий риск рака желудка определен как более 20 случаев на 100 000 населения в год (при стандартизации по возрасту). В 2006 г. в Республике Беларусь заболеваемость по раку желудка составила 37,2/100 000, по World Standard – 20,5 (мужчины – 30,5, женщины – 14, 2).

Сомнения и мифы

Весьма живучи ошибочные представления о том, что приём ИПП приводит к возникновению рака желудка. Сейчас доказано, что это не так по каждому из положительных путей. Действительно, при многолетнем ежедневном приеме ИПП (например, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) атрофические изменения хронического хеликобактерного гастрита несколько прогрессируют, но проведение эрадикации позволяет предотвратить этот процесс.

Увеличение числа случаев кардиального рака желудка после эрадикации также убедительно не подтверждается. В то же время в Юго-Восточной Азии гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь возникает чаще после уничтожения хеликобактерной инфекции, что объясняется восстановлением кислотопродуцирующей функции желудка в связи с уменьшением проявлений гастрита.

Репарация ракового изъязвления желудка была замечена врачами ещё после применения H_2 -блокаторов. ИПП, как более мощные антисекреторные препараты,

так же обладают таким эффектом. В такой ситуации при ложноотрицательных результатах гастробиопсии слизистая над уже имеющимся изъязвленным раком на фоне лечения подвергается эпителизации, но злокачественная опухоль продолжает прогрессировать. Выходом в этой ситуации может быть только адекватная гастробиопсия, при наличии сомнений в результатах – повторная. Если при очередном обострении язвы желудка морфолог не дал ответ «хроническая язва», скорее всего, гастробиопсия сделана не в полном объеме. В случае имевшихся подозрений на раковую природу язвы желудка при эндоскопии и отрицательных (не подтверждающих рак) результатах патоморфологического исследования гастробиоптата, эндоскопию с биопсией необходимо повторить. В отдельных случаях приходится осуществлять эндоскопию с биопсией несколько раз.

Эксперты ВОЗ признали *H.pylori* канцерогеном 1-го класса. Эрадикацию рекомендуется проводить близким кровным родственникам больных раком желудка. Успешная эрадикация уменьшает проявления воспаления и атрофии слизистой оболочки желудка. Как известно, атрофия слизистой предшествует раку желудка.

По своему конечному клиническому эффекту как при репарации язвы, так и в протоколах эрадикационной терапии, все ИПП являются схожими при условии их одинаково высокого качества.

Нередко врачи остерегаются назначать эрадикационную терапию из-за боязни «дисбактериоза». Наш опыт эрадикации сотен больных показал, что такие опасения излишние. Антибиотико-ассоциированная диарея встречается в нескольких процентах случаев. Для предупреждения таких побочных эффектов можно рекомендовать больным во время лечения включить в рацион питания кефиры и йогурты с живой бифидо- и лактофлорой. Есть данные,

что приём препаратов с такой флорой повышает частоту эрадикации. Следует учитывать, что кларитромицин, как макролид, обладает мотилиноподобным эффектом и ускоряет кишечную перистальтику, что само по себе может вызвать безобидное послабление стула. Нельзя из-за эфемерных сомнений лишать пациента, находящегося многие годы на диспансерном наблюдении, возможности излечиться.

Разумеется, влияние социальных факторов на частоту ГДЯ не вызывает сомнений. Ярким доказательством этого является рост язвенных осложнений с 1991 г. Однако, если мы хотим добиться результата минимальными затратами, следует придерживаться вышеизложенных общепринятых методов лечения.

Почему все-таки нет желаемого результата по снижению частоты осложнений гастроуденальных язв? Наши данные показывают, что эрадикационная терапия, соответствующая правилам, проводится достаточно редко. Не осуществляется профилактика аспири- и НПВП-индуцированных язв, а также банальная антисекреторная терапия при возникновении гастроуденальной язвы нередко не назначается своевременно.

Заключение

Возможно изменение к лучшему

Благодаря современной антисекреторной и эрадикационной терапии ГДЯ, ушли в прошлое сотни и тысячи методов лечения, над которыми когда-то подтрунивал академик В.Х. Василенко: «Язва заживает от лечения, без лечения и несмотря на лечение...». На сегодняшний день лечить язву стало просто – или мощные антисекреторные препараты для репарации язвы, или эрадикационная терапия для излечения заболевания. Западноевропейские и американские гастроэнтерологи считают

язву желудка и двенадцатиперстной кишки уходящей патологией. Хотя в развитых странах уровень гастродуоденальных кровотечений и перфораций относительно высокий, контингент таких больных отличается от нашего: чаще это пожилые люди, после трансплантаций органов или с тяжёлой сопутствующей патологией. В целом распространённость инфекции *H.pylori* снижается, как и заболеваемость ГДЯ и раком желудка.

Терапевту-гастроэнтерологу ситуация с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки представляется совершенно понятной. Любое из приведённых нами положений может быть обосновано более детально и подтверждено уже выполненными на самом высоком уровне десятками исследований. Собственный опыт с доказательной базой также соответствует сформулированным положениям по лечению ГДЯ.

Для реализации современных лечебных технологий, дающих колоссальный выигрыш, обусловленный снижением числа рецидивов ГДЯ, требуется постоянная работа врача и желание пациента отвечать за своё здоровье и предпринимать для этого определённые усилия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] //

Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol. 16. – P. 167-180.

2. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht III Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // Gut. – 2007. – Vol. 56. – P. 772-781.

3. Gisbert, J. P. Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure / J. P. Gisbert, F. De La Morena // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 23. – P. 35-44.

4. Пиманов, С. И. Что происходит после эрадикации *Helicobacter pylori*: ожидаемые, доказанные и спорные эффекты / С. И. Пиманов, Е. В. Макаренко, Ю. И. Королева // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 48-55.

5. Alteration of histological gastritis after cure of *Helicobacter pylori* Infection / M. Hojo [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol. 16. – P. 1923-1932.

6. *Helicobacter pylori* eradication improves gastric histology and decreases serum gastrin, pepsinogen I and pepsinogen II levels in patients with duodenal ulcer / S. Pimanov [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2008. – Vol. 23. – P. 1666-1671.

7. Asia Pacific consensus guideline on gastric cancer prevention / K. M. Fock [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2008. – Vol. 23. – P. 351-365.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27.
Витебский государственный
медицинский университет,
кафедра терапии № 2 ФПК и ПК,
тел/факс: 8 (0212) 21-22-92,
e-mail: Pimanov-S@tut.by
Пиманов С.И.

Поступила 8.01.2009 г.