Сообщение подготовлено ординатором кафедры госпитальная хирургия с курсом детской хирургии медицинского факультета Российского университета дружбы народов Хмыровой Анной Валерьевной.

Проверено проф., д.м.н. Бычковым В.А.

**Анализ структуры заболеваемости язвенной болезнью**

Болезни органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре соматической заболеваемости как взрослого так и детского населения. Наиболее распространенными являются хронический гастрит и язвенная болезнь (ЯБ) [1-3].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – гетерогенное, хроническое, с различной периодичностью рецидивирующее заболевание, с различными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к серьезным осложнениям[2] .



По данным мировой статистики, около 7-14% взрослого населения страдают ЯБ [4] . Распространенность ЯБ в детской популяции значительно колеблется в различных странах мира.

В Российской федерации больных с язвенной болезнью более 3 млн. Распространенность ЯБ у женщин по сравнению с мужчинами колеблется от 1:2 до 1:7. Соотношение локализации язв в желудке и двенадцатиперстной кишке – 1:7, в том числе в возрасте до 25 лет 1:4, в подростковом возрасте 1:8.

Эпидемиологические исследования Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии показали, что в Российской федерации распространенность ЯБ среди детского населения определяется на уровне 1,6 \_+0,1%, что составляет 8-12% в структуре заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и 5-6% среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Большинство специалистов сходится во мнении, что ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) выявляется у 81-87% детей, ЯБ желудка (ЯБЖ) – у 11-13% детей, а сочетанная локализация у 4-6% детей [5-8] с данным заболеванием.

Случаи этой патологии у населения учтены с помощью показателя первичной заболеваемости (incidence – по терминологии ВОЗ), так как этот показатель в наилучшей мере характеризует риск возникновения заболевания у здорового человека [9]. Заболеваемость анализировалась отдельно по детскому (0-14 лет), подростковому (15-17 лет) и взрослому (18 лет и старше) населению (рис.1).

Рис.1. Первичная заболеваемость Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Российской федерации за 2005 г., 2008г. на 100000 населения.

Анализ многолетней динамики заболеваемости ЯБ показал, что в Российской Федерации отмечается рост изучаемой патологии среди детской возрастной группы. Темп прироста с 1991 по 2008г. cоставил - 1,07%.

По мнению большинства отечественных и иностранных авторов, важнейшую этиологическую роль в развитии и течении ЯБ у взрослых и детей играет инфекция Helicobacter pylori (HP), повреждающее действие которой на слизистую оболочку желудка и ДПК вызвано действием белков кодируемых cagA, vacA, iceA, babA, ureI, dupA и способностью НР усиливать выработку нетрофильными гранулоцитами активных форм кислорода и большого количества хемокинов, инициирующих воспаление ( IL8, IL6, IL7 и TNF ) [9-11]. Первичное инфицирование человека НР чаще всего происходит в раннем возрасте. С возрастом частота встречаемости НР увеличивается, достигая уровня взрослого населения к 12-14годам, а в развивающихся странах к 8-10годам.

Распространенность НР инфекции в Российской федерации составляет 60-70% у детей, достигая 80-90% к 20-летннему возрасту, и в более старших возрастных группах сохраняется примерно такая же частота. В развитых странах показатель инфицирования НР составляет приблизительно 16,5% у детей, 20% у подростков, но увеличивается с возрастом в среднем на 1% в год, достигая уровня 50-60% у пожилых жителей. [12].НР – инфекция выявляется у 85-95% больных ЯБДПК и 60-70% с ЯБЖ [13-15].

Таблица 1.

Частота обнаружения НР в различных странах.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страна | n | Частота, % |
| Бразилия | 134 | 35 |
| Венесуэла | 98 | 38 |
| США | 992 | 14,1 |
| Латвия | 56 | 55,3 |
| Германия | 540 | 9,4 |
| Болгария | 321 | 52,6 |
| Индия | 65 | 77 |
| Турция | 162 | 49,5 |
| Италия | 307 | 13 |
| Индейцы Южной Америки | 1024 | 92 |

При анализе частоты выявления НР в различных исследованиях, выполненных в Российской Федерации, странах СНГ и мира (табл.1), установлено, что в развитых странах мира НР обнаруживается у 5-15%, в развивающихся - у 50-70%, а в России - у 60 - 80% . К сожалению, показатели характерные для России, находятся в промежутке между результатами обследования в развивающихся странах ( Восточная Европа ) и данными изучения индейцев Южной Америки [16].

Анализ частоты локализаций ЯБ выявил :

у подавляющего большинства детей, страдающих ЯБ в 93,3% диагностируется локализация язвенного дефекта в ДПК, в 6,4% - в желудке, а сочетанная локализация (желудок и ДПК) в 0,28% ;

у подростков страдающих язвенной болезнью ЯБДПК диагностируется в 81-87%, ЯБЖ в 11-13%, сочетанная в 4-6%;

у взрослых страдающих ЯБ, ЯБДПК встречается в 64,8-78,6% , ЯБЖ в 15-27,4%, сочетанная в 6,2-7% случаев.

Рис 2. Частота локализаций ЯБ у детей.

Рис 3. Частота локализации ЯБ у взрослых.

Рис 4. Частота локализаций ЯБ у подростков.

Рис 5. Соотношение частот локализации ЯБ.

Анализ возрастно-полового распределения ЯБ позволяет говорить о том , что заболевание встречается во всех возрастных группах начиная с 8-месячного возраста. При этом у детей максимальная частота ЯБДПК выявляется в возрасте 12-13лет у девочек и 14-15лет у мальчиков. Половые различия по частоте встречаемости ЯБДПК у детей до 4 - 8-летнего возраста отсутствуют, в то же время в дальнейшем имеет место тенденция увеличения числа больных мальчиков над девочкам до 3:1 в возрасте 12-14 лет и достигает к 17-18 летнему возрасту 5:1 [17]. У мужчин трудоспособного возраста (25-50лет) ЯБ встречается в 6-7 раз чаще, чем у женщин, что составляет соотношение мужчин и женщин с ЯБЖ 3:1, а ЯБДПК от 5:1 до 8:1. У женщин заболеваемость ЯБ возрастает после наступления менопаузы и в пожилом возрасте эти показатели сравниваются у представителей обоих полов.[18]

Анализ генеалогического анамнеза детей с ЯБ показал , что у 83,5% больных близкие родственники имели заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе у 49,1% выявлена отягощенная наследственность по ЯБДПК или ЯБЖ [19]. Во взрослом возрасте эти показатели достигают почти 99,5%

Выводы: По данным мировой статистики ЯБ страдают в любом возрасте начиная с 8 месяцев, во взрослом возрасте достигает в среднем 5% населения мира.

По уровню первичной заболеваемости в Российской Федерации отмечается рост изучаемой патологии среди детской возрастной группы. Темп прироста с 1991 по 2008г. cоставил - 1,07%.

Распространенность НР инфекции в Российской федерации составляет 60-70% у детей, достигая 80-90% к 20-летннему возрасту, и в более старших возрастных группах сохраняется примерно такая же частота.

Анализ локализации ЯБ в разных группах показал ,что частота заболеваемости ЯБДПК находится на высоком уровне во всех возрастных и половых группах .

Отягощенная наследственность определяется в среднем в 99,5% .

**Литература**

1. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. – М., 1984.
2. Leoci C., Ierardi E.,Chiloiro M.// J.Clin. Gastroenterol. – 1995. – Vol.44, №. 2. – 104-109.
3. Tovey F.I.//J. Gastroenterol. Hepatol. – 1992. – Vol. 7, №. 4. – P. 427-431.
4. Жебрун А.Б., Александрова В.А., Гончарова Л.Б., Ткаченко Е.И. Диагностика, профилактика и лечение заболеваний ассоциированных с Helicobacter pylori-инфекцией. Пособие для врачей СПб., 2002.
5. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология . Новейший справочник. М.: Изд-во Эксмо,2006 : 331-355.
6. Цветкова Л.Н. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей- взгляд с позиции 30-летнего изучения проблемы детской диетологии.2004; 2(2): 42-46.
7. Кильдиарова Р.Р., Захарова М.Г. особенности клинических проявлений язвенной болезни у детей на современном этапе. Материалы XIV конгресса детских гастроэнтерологов России. «Актуальные проблемы в абдоминальной патологии у детей» .Под ред.В.А. Таболина. М.: ИД Медпрактика-М, 2007.
8. Марченко Б.И.Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования : руководство для врачей. – Таганрог : Сфинкс, 1997.
9. Царегородцева Т.М., Серова М.В., Соколова Г.Н. и др. Иммунный статус при болезнях органов пищеварения. Мед.иммунология. 2005; (2-3): 2-3.
10. Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г. Иммунитет при хеликобактерной инфекции. Рос. Ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.,2002; 3: 37 – 45.
11. Хомерики С.Г. Helicobacter pylori – индуктор и эффектор окислительного стресса в слизистой оболочке желудка : традиционные представления и новые данные. Эксп. И клин. Гастроэнтерология. 2006; 1: 37 – 46.
12. Корниенко Е.А. Клиника, диагностика и лечение гастродуоденальной патологии, ассоциированной с инфекцией Helicobacter pylori у детей. Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб., 1999, 33.
13. Баранская Е.К. Язвенная болезнь и инфекция Helicobacter pylori. Болезни органов пищеварения. 2000; 1: 8 – 14.
14. Коваленко Т.В. Частота встречаемости Helicobacter pylori в разных отделах желудочно-кишечного тракта.иммунопатология, аллергология, инфектология. 2006; 2: 85 - 91.
15. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С.В. Бельмера и А.И. Хавкина. М.: ИД Медпрактика-М, 2003.
16. Цветкова Л.Н., Горячева О.А, Нечаева Л.В., Гуреев А.Н. Современное течение язвенной болезни у детей. М: Педиатрия. 2008; 8: 31 - 33.
17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Глава II. – PortalLgUa :).
18. Медицинский портал EUROLAB/. Наследственность. От 06.04.2010.