**Язвенная болезнь - история медицины**

Вне всякого сомнения, история изучения такого заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заслуживает особенного внимания. Лучшие умы человечества работали над проблемой диагностики и лечения этого заболевания. О том, как развивались представления о язвенной болезнии, и о том, каким методам лечения следует отдавать предпочтение в настоящее время, мы беседовали с академиком РАМН, профессором Владимиром Трофимовичем ИВАШКИНЫМ.

Язвенная болезнь, или пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, - это патология, которая, без сомнения, известна каждому врачу. В нашей стране предпочтение отдается термину "язвенная болезнь". На Западе говорят о пептической язве. Это междисциплинарная проблема - и терапевтическая, и хирургическая. И здесь можно провести достаточно серьезную грань между воззрениями хирургов и интернистов на подходы к лечению язвенной болезни. Терапевты изначально считали, что язвенная болезнь, неосложненная рецидивируюшим кровотечением, перфорацией или сужением выходного отдела желудка, должна лечиться консервативно. У хирургов на этот счет было другое мнение.

Обе линии лечения язвенной болезни и терапевтическая, и хирургическая - базировались на правиле, которое гласило: "без кислоты нет язвы". Как интернисты, применяющие антациды, ингибиторы желудочной секреции атропиноподобного ряда и ганглиоблокаторы, так и хирурги, осуществляющие ваготомию, стремились угнетать желудочную секрецию. Но эти подходы имели свои издержки. Кроме того, какое-то время обсуждалась даже роль психологического фактора в развитии язвенной болезни.

**Психогенный фактор**

Я застал тот период, когда была создана кортиковисцеральная теория и роль ЦНС была провозглашена доминирующей. Когда мы были студентами, нам нельзя было и шагу ступить без объяснения любого заболевания с точки зрения этой теории. Тогда крайности доходили до того, что язвенную болезнь лечили снотворными и длительным сном.

Как военный врач я могу привести пример гастроскопического обследования среди солдат, проведенного американскими исследователями. У 50% нераненых солдат после боя нашли эрозии в желудке, а у всех раненых солдат обнаружили эрозивно-язвенные изменения. Но это не язвенная болезнь. Это стресс, который наиболее рельефно проявляется в желудке. Но в большей степени он проявляется в другом. Значительная часть солдат страдает посттравматическим дистрессом. И в этой ситуации ведущую роль чаще играют вовсе не эрозивные изменения в желудке, а тяжелейшие депрессии, наркомания, алкоголизм.

Конечно, психологический фактор присутствует при любом заболевании, но вопросами внутреннего мира человека должен заниматься психолог. Если врач-интернист обладает задатками психолога, то он лучше помогает своему пациенту. Но на настоящем этапе нет никакого основания гипертрофировать психологический фактор в развитии язвенной болезни.

**Хирургический подход и ваготомия**

Хирургическому воззрению на активное лечение язвенной болезни способствовали работы И.П. Павлова и его школы. Эти работы показали важную роль вагуса (блуждающего нерва) в стимуляции желудочной секреции. Огромный вклад И.П. Павлова в физиологию пищеварительной системы был удостоен высокой награды - Нобелевской премии. В январе 1943 г. выдающийся американский врач Lester Dragstedt из Чикагского университета, начавший изучать хирургию после того, как состоялся в качестве физиолога, впервые произвел поддиафрагмальную перерезку вагуса у пациента с активной дуоденальной язвой.

Этим пациентом был 35-летний мужчина, у которого, несмотря на продолжавшееся консервативное лечение, повторялись эпизоды кровотечений из дуоденальной язвы, требовавшие множественных инфузий крови. Молодому человеку была произведена двухсторонняя ваготомия. Сразу после операции абдоминальная боль стихла.

С 1946 г. эта операция стала применяться весьма широко. Хирурги постоянно совершенствовали метод ваготомии, предлагая все новые и новые технические подходы. И в 1967 г. Holle и Hart провели первую высокоселективную ваготомию, рассчитывая на то, что такой подход даст возможность денервировать основную массу париетальных клеток без ущерба для иннервации антрума, пилоруса и других органов желудочно-кишечного тракта. Подобная операция позволила отказаться от дренирующих процедур. Казалось, что найден "золотой стандарт" хирургического лечения пептической язвы. Первоначально было заявлено о рецидивах язвы только у 5% больных. Однако в дальнейшем выяснилось, что со временем частота рецидивов существенно возрастала и достигала 50%.

Ваготомия приводила и к другим, более неприятным последствиям. У многих пациентов развивался так называемый постваготомический синдром, основное проявление которого состояло в развивающемся нарушении эвакуации содержимого желудка, что приводило к тяжелым, драматическим последствиям.

В середине 70-х годов представлениям о целесообразности ваготомии как метода лечения язвенной болезни был нанесен сильнейший удар введением в клинику высокоэффективных ингибиторов желудочной секреции. С этого момента хирургам Запада и Америки стало ясно, что от хирургической ваготомии пора отказываться. К 1985 г. применение процедуры ваготомии в экономически развитых странах существенно уменьшилось. В 1993 г. на конференции в школе медицины Йельского университета, посвященной памяти Драгстедта, было принято соглашение о том, что ваготомия не может рассматриваться как метод выбора в лечении пептической язвенной болезни.

Это соглашение было принято через 56 лет после встречи Драгстедта с И.П. Павловым в 1935 г. в Ленинграде и Москве на Всемирном конгрессе физиологов. И с этого момента в США и в Европе хирурги прекратили производить ваготомию. К сожалению, в России до настоящего времени в некоторых регионах хирурги продолжают осуществлять ваготомию, оперируя пациентов с неосложненной язвой. На сегодняшний день это огромная грубая ошибка.

**Терапевтические подходы и протонная помпа**

Интернисты в течение всего прошлого века неуклонно совершенствовали терапевтические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучалось действие различных антацидных препаратов, создавались новые лекарства (всасывающиеся и невсасывающиеся), которые должны были ощелачивать желудочную среду. Применялись различные ингибиторы желудочной секреции (атропин, ганглиоблокаторы) и их комбинации с антацидами.

Пик терапевтической активности в стремлении полностью нейтрализовать кислое желудочное содержимое, пожалуй, наиболее ярко был выражен в так называемой диете Сиппи. Этот метод лечения подразумевал, что пациенты каждый час должны были принимать антациды в сочетании со сливками. Подобной диетой особенно увлекались американские гастроэнтерологи. Но ее осложнением было развитие у 10-15% пациентов так называемого молочно-щелочного синдрома. Употребление большого количества антацидов вместе с молочными продуктами приводило к нарушениям мочеотделения и к отложению камней в почках.

"Без кислоты нет язвы". Подобный подход к лечению был основным до последних десятилетий прошлого столетия, когда Блэк обнаружил гистаминовые рецепторы и, дав им классификацию, разделил на Н1 и Н2-гистаминовые рецепторы. Выяснив, что Н2-гистаминовые рецепторы ответственны за секрецию соляной кислоты, он создал селективный конкурент-ингибитор Н2-гистаминовых рецепторов. С этого момента началась история применения в медицинской практике селективных ингибиторов Н2-гистаминовых рецепторов. И именно с этого момента контроль за уровнем желудочной секреции стал очень точным, а время заживления язвы намного сократилось. Уже в то время многие хирурги поставили вопрос о том, что применение блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов есть не что иное, как химическая ваготомия. Именно это открытие позволило отказаться от хирургической ваготомии.

В 1973 г. американские исследователи Форте и Сакс в экспериментах на слизистой оболочке желудка обнаружили в париетальных клетках уникальный энзим - К+-стимулируемую АТФазу. Последующие работы Форте и Сакса позволили определить локализацию и характеристики этого энзима, признанного конечным звеном секреции соляной кислоты - кислотной помпой.

В 1979 г был синтезирован омепразол. Это соединение обладало высокой стабильностью и высокой селективностью в кислой среде секреторных канальцев париетальных клеток. Препарат был представлен в 1988 г. в Риме на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов. Все препараты, угнетающие желудочную Н+/K+-АТФазу, были отнесены к классу ингибиторов протонной помпы.

Идентификация желудочной Н+/K+-АТФазы и создание ее ингибиторов представляют в настоящее время высшее достижение биохимии, физиологии и клиники в таком важном разделе практической гастроэнтерологии, как кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Helicobacter pylori - революция в гастроэнтерологии**

На cмену концепции "без кислоты нет язвы" постепенно начала приходить иная, новая концепция. Ее началом послужили работы австралийских исследователей Уоррена и Маршалла.

Связь между развитием пептической язвы и одновременным наличием в желудке бактерий Helicobacter pylori привлекла внимание австралийского патолога Уоррена в 1979 г., а культура микроорганизма была получена его молодым коллегой Маршаллом в 1982 г. Маршалл осуществил самозаражение и показал безусловную связь Helicobacter pylori с развитием как язвы астрального отдела желудка, так и язвы двенадцатиперстной кишки.

Нужно сказать, что в первые годы эта концепция, полностью меняющая представления о развитии язвенной болезни как кислотозависимой болезни на концепцию язвенной болезни как инфекционного заболевания, была скептически встречена специалистами. Но это был очень короткий период времени.

Вслед за этим началось взрывоподобное и всеобщее признание важной роли концепции Helicobacter pylori среди ученых и гастроэнтерологов. Широкомасштабные исследования, развернувшиеся во многих лабораториях мира, и ежегодные конгрессы, посвященные проблеме Helicobacter pylori, привели к более ясному пониманию патогенной роли этого микроорганизма. Был выделен Helicobacter pylori-ассоциированный хронический гастрит, обоснованно рассматриваемый как предраковое заболевание. Было постулировано новое положение "без кислоты и Helicobacter pylori нет язвы", поскольку данный микроорганизм обнаруживался практически у 100% больных с дуоденальной язвой и у 70% - с язвой желудка.

Наиболее детально биология Helicobacter pylori была изучена на рубеже XX и XXI вв. Саксом и его сотрудниками. Сакс, неоднократно бывавший в России, охарактеризовал транспортные гены и общую структуру микроорганизма, включая внешнюю мембрану, клеточную стенку и периплазматическое пространство, внешнее по отношению к энергизованной внутренней мембране. Окончательным признанием и триумфом новой теории стало присуждение Уоррену и Маршаллу в 2005 г. Нобелевской премии за открытие нового агента и за разработку основных новых лечебных подходов для такого распространенного заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Современный подход к лечению язвенной болезни**

До всех этих открытий язвенную болезнь называли болезнью условно. Болезнью можно назвать синдром только в том случае, если известен этиологический фактор. До открытия Helicobacter pylori был известен только патогенетический фактор - высокая кислотность. После того как открыли этиологический фактор - Helicobacter pylori, язвенная болезнь из синдрома превратилась в болезнь. Установление Helicobacter pylori в качестве этиологического фактора привело к тому, что наиболее опытные ученые мира во время встреч в Маастрихте приняли три согласованных решения, в которых обязательным условием лечения язвенной болезни является проведение эрадикационной терапии, то есть устранение Helicobacter pylori.

В настоящее время разработаны высокоэффективные схемы эрадикации Helicobacter pylori. Ставшая уже классической комбинация двух антибиотиков - амоксициллина и кларитромицина - с ингибитором протонной помпы - это золотая триада для лечения дуоденальной и антральной язвы.

Эрадикационная терапия резко уменьшила риск развития желудочно-кишечных кровотечений. И это избавляет пациентов от возможной хирургической агрессии в виде ваготомии или резекции желудка.

Успешная эрадикация в целом сокращает сроки лечения. Ранее схема лечения была многоэтапной и включала период стационарного лечения (21-24 дня), лечение в поликлинике после стационара и последующее направление на санаторно-курортное лечение. Сейчас большинство пациентов лечатся амбулаторно, примерно в течение 10 дней. Экономическая выгода от нового подхода, базирующегося на новом принципе, несомненна. И лечебный, и экономический эффекты здесь идут рука об руку, и это имеет огромное значение для системы здравоохранения и государства в целом. С системы здравоохранения это снимает бремя огромных расходов.

**Диагностика язвенной болезни**

До середины ХХ в. диагностика язвенной болезни вызывала большие диагностические и лечебные сложности. И только внедрение эндоскопической техники, в частности гибких эндоскопов, значительно расширило и усилило диагностику язвенной болезни. Эндоскопия позволила получить много полезной диагностической информации в дополнение к традиционным рентгенологическим методам обследования пациентов с язвенной болезнью. Но до сих пор оценка язвенной болезни на основании клинических симптомов, безусловно, занимает главенствующее место, и ими не следует пренебрегать.

Современный алгоритм лечения язвенной болезни основывается на обследовании, включающем в себя, во-первых, клиническую оценку, во-вторых, морфологическую и эндоскопическую оценку и, в-третьих, обязательное определение наличия Helicobacter pylori. Для этого разработаны различные методы, от самых простых до очень сложных, но в то же время очень точных. Это и морфологический метод, и дыхательный тест (по выделяющемуся меченому углероду), и определение антигена Helicobacter pylori в крови. В России группа физиков во главе с Евгением Степановым в Институте общей физики РАН разработала оригинальный лазерный метод диагностики наличия Helicobacter pylori. Но, к сожалению, прибор пока не вошел в серийное производство.

Надо сказать, что в России современные методы диагностики применяются не так широко, как это следовало бы. Редко используются дыхательный тест и иммунологические методы, а их нужно применять шире. Каждый город-миллионник должен иметь как минимум два-три прибора для диагностики Helicobacter pylori при помощи дыхательного теста. Каждый город на 500 000 населения должен иметь два таких прибора. Пока, к сожалению, наши города этими приборами не располагают. И дело не только в дороговизне. Во многом это определяется недооценкой руководителями здравоохранения важности оснащения терапевтической службы такой приборной базой. Много закупается оборудования для кардиологических и пульмонологических отделений, но для гастроэнтерологических отделений помимо эндоскопов оборудования закупается недостаточно.

**Нерешенные проблемы**

Надо сказать, что стандарты лечения для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки давно разработаны. В этих стандартах прописаны все необходимые препараты; даны рекомендации, основанные на опыте работы членов Российской гастроэнтерологической ассоциации. При правильном применении подобных протоколов рецидив язвы наблюдается не более чем в 5% случаев.

Мне представляется, что в современных условиях, если пациент попадет в руки опытного и грамотного терапевта, то он получит возможность полностью избавиться от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 95% случаев. Я могу сказать, что в 50-60-х гг. оперировалось до 40% от общего числа пациентов с пептической язвенной болезнью. Но к концу ХХ и к началу XXI вв. это число в экономически развитых странах сократилось до 0,02%!

В России, к сожаленинэ, этот процент существенно выше, поскольку рекомендации по современному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которые даны в Маастрихте, не всегда выполняются нашими врачами. Некоторые из них без должного обоснования начинают считать деньги в карманах пациентов. Они говорят: "Это дорого. У пациентов нет денег. Давайте заменим этот антибиотик на другой. Давайте этот ингибитор протонной помпы заменим на более дешевый. Давайте не будем применять ингибиторы протонной помпы, а назначим блокаторы Н2 -гистаминовых рецепторов". Это неразумное и недальновидное поведение. Врач не должен снижать эффективность лечения в угоду сиюминутной выгоде. А если терапевтические подходы, по его мнению, недоступны для пациента, то нужно добиваться обеспечения пациентов теми лекарствами, которые им нужны. Эти формы лечения должны оплачивать страховые компании.

До настоящего времени идут дискуссии и в отношении продолжительности терапии. Некоторые врачи склонны сокращать эти сроки. Я придерживаюсь мнения, что эрадикацию нужно проводить не менее 10 дней. Именно так происходит лечение в нашей клинике.

Кроме того, значительная часть хирургов, несмотря ни на что, продолжает придерживаться принципа, что Helicobacter pylori - это от лукавого, а ваготомия - это хорошо. И только благодаря эффективной и регулярной работе Российской гастроэнтерологической ассоциации удалось убедить и хирургов, и эндоскопистов в том, что лечение неосложненной язвенной болезни должно быть консервативным. Благодаря нашей деятельности во многих регионах активность хирургов в последнее время значительно снизилась.

В настоящее время ежегодно издаются рекомендации Минздравсоцразвития России. Ничего не нужно выдумывать, не нужно приглашать псевдоученых, которые пытаются все поставить с ног на голову. Нужно брать разработанные нами рекомендации и использовать их. В них все учтено - и отечественный опыт, и зарубежные рекомендации.

Длинная цепь исследований, осуществленных на протяжении последнего столетия физиологами, гастроэнтерологами, хирургами, биохимиками и фармакологами, позволила сделать открытия, которые революционизировали клиническую практику.

Пептическая язва желудка на сегодняшний день представляет заболевание, полностью излечимое консервативными методами. Врачи имеют в своем арсенале и эффективные препараты, и точные схемы лечения. Остается только донести их до пациентов.

Беседовала Наталья Розина.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.medlinks.ru/>