

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-15>

## Распространенность и факторы риска язвенной болезни

**В. Цуканов**, доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Васютин**, кандидат медицинских наук,  
**Ю. Тонких**, кандидат медицинских наук,  
**О. Перетягко**, кандидат медицинских наук  
Федеральный исследовательский центр  
«Красноярский научный центр СО РАН», обособленное  
подразделение «Научно-исследовательский институт  
медицинских проблем Севера», Красноярск  
**E-mail:** gastro@imprn.ru

*В целях изучения распространенности и факторов риска язвенной болезни (ЯБ) у жителей Красноярска в возрасте старше 45 лет в случайной выборке (n=945) проводили клинический осмотр с интервьюированием. ЯБ диагностировалась при эндоскопии, Helicobacter pylori определяли путем выявления IgG в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.*

**Ключевые слова:** гастроэнтерология, язвенная болезнь, *Helicobacter pylori*, распространенность, факторы риска.

**Для цитирования:** Цуканов В., Васютин А., Тонких Ю. и др. Распространенность и факторы риска язвенной болезни // Врач. – 2018; 29 (12): 63–65. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-15>

Не прекращается дискуссия о распространенности язвенной болезни (ЯБ). Появилось много работ, утверждающих, что в Западной Европе, Северной Америке и Японии эта патология стала встречаться значительно реже [1–3]. В исследованиях, выполненных в Азии, отстаивается другая точка зрения: в странах этого региона определяется высокая частота *Helicobacter pylori* (*Hp*) и ЯБ [4, 5]. N. Vakil в статье, посвященной этой проблеме, справедливо указал, что высокая распространенность факторов риска не должна сопровождаться низкой распространенностью ЯБ [6]. В России этот вопрос не привлек должного внимания врачей.

Целью исследования было изучить распространенность и факторы ЯБ в Красноярске у лиц старше 45 лет.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено у лиц старше 45 лет, проживающих в Советском районе Красноярска. Для исследования методом случайного отбора были определены 1200 человек старше 45 лет. Конкретный список лиц для исследования составлен с помощью табли-

цы случайных чисел на основании списков взрослого населения. При этом выборка осуществлялась отдельно для мужчин и женщин, а также отдельно – для каждой возрастной группы. Полное обследование, включавшее клинический осмотр, эндоскопическое исследование и определение инфекции *Hp*, прошли 945 человек (охват – 78,8%). Половозрастной состав обследованных был такой: мужчин – 458, женщин – 487; средний возраст составил 55,3 года. Результаты клинического осмотра и ответы интервьюируемых регистрировали в стандартных анкетах, позволявших фиксировать социальный статус, жалобы, анамнез и результаты объективного осмотра.

Распространенность ЯБ изучена с помощью проведенной всем пациентам фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС; применяли эндоскоп Olympus Evis Exera II GIF-180). При оценке результатов ФЭГДС различали ЯБ желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) с описанием формы, размеров, локализации (большая или малая кривизна, кардиальный или пилорический отдел желудка, луковица или нисходящая часть кишки), стадии заболевания (открытая язва, красный рубец, белый рубец). Для дифференциальной диагностики язвы и рака желудка во всех случаях применяли стационарное обследование и биопсию из язвы.

*Hp* определяли путем выявления IgG в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа реактивами Биохит (Финляндия).

Исследование проводили с разрешения этического комитета НИИ медицинских проблем Севера (протокол от 11.11.2013 №11). Каждый участник подписывал форму информированного согласия на обследование согласно Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации, регламентирующей проведение научных исследований.

Результаты исследований оценивали в соответствии с общепринятыми методами статистического анализа. Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistic for Windows (версия 7.0), SPSS v.12,0 for Windows. Достоверность различий по качественным признакам оценивали с помощью вычисления отношения шансов и доверительного интервала. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность ЯБ составила 8,5% (11,4% – у мужчин, 5,7% – у женщин; отношение шансов – ОШ – 2,10; доверительный интервал – ДИ – 1,30–3,39;  $p=0,003$ ). Соотношение ЯБДПК и ЯБЖ было 1,8:1.

Изучение распространенности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – одно из наиболее актуальных направлений современной медицины [7]. Выполненные нами ранее исследования у населе-

ния Сибири продемонстрировали высокую распространенность инфекции *Hp* [8], этнически специфические отличия состава микробиоты ЖКТ [9, 10], возможность популяционной дифференциации распространенности патологии [11, 12]. Следует подчеркнуть, что полученные нами данные отрицают тенденцию к снижению распространенности ЯБ на примере популяции европеоидов, проживающих в крупном промышленном центре Сибири.

У пациентов с ЯБ достоверно чаще встречались «голодные» боли в эпигастрии, синдром диспепсии, боли в правом или левом подреберье и еженедельная изжога (табл. 1).

В настоящее время большое значение придается синдрому перекреста различных заболеваний верхнего отдела ЖКТ [13]. Наши результаты подчеркивают актуальность такого подхода. У большинства пациентов не отмечается клиники «чистой» ЯБ; проявления патологии складываются из симптомов различных заболеваний.

Частота ЯБЖ составила 2,0% у пациентов 45–55 лет и 3,9% – в возрасте старше 55 лет (ОШ – 0,51; ДИ – 0,21–1,16;  $p=0,14$ ). Частота ЯБДПК была 7,0% у пациентов 45–55 лет и 4,2% – старше 55 лет (ОШ – 1,71; ДИ – 0,97–3,01;  $p=0,08$ ). Тенденция к увеличению частоты ЯБЖ и снижению доли ЯБДПК может объясняться снижением кислотопродукции и нарушениями клеточного метаболизма эпителиоцитов желудка у пациентов старших возрастных групп.

*Hp* регистрировались у 91,1% пациентов (у 90,0% мужчин и 92,2% женщин;  $p=0,27$ ). Частота инфекции *Hp* составила 98,8% у лиц с ЯБ и 90,4% – у пациентов без ЯБ (ОШ – 7,98; ДИ – 1,10–58,14;  $p=0,03$ ).

Распространенность инфекции *Hp* значительно различается в разных этнических группах, географических районах и в зависимости от социально-экономического статуса. В развитых странах распространенность *Hp* составляет 20–30% [14, 15]. В России этот показатель остается по-прежнему высоким. Московское исследование продемонстрировало результаты, аналогичные полученным нами с уровнем распространенности *Hp* 88,0% [16]. В Санкт-Петербурге *Hp* обнаружена у 76,7% пациентов [17]. При столь высоком уровне распространенности *Hp* можно предположить, что тенденция к ее снижению в России отсутствует.

Факторами риска ЯБ были курение, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и ацетилсалициловой кислоты (АСК). Только 57,5% пациентов систематически принимали ингибиторы протонной помпы (табл. 2). Внимание к факторам риска ЯБ остается высоким [18]. Изменение доли НПВП и антикоагулянтов в структуре факторов риска во многих странах мира приводит к увеличению частоты осложнений ЯБ [19].

В результате клинико-эпидемиологического исследования, выполненного в популяционном исследовании, проведенном у жителей Красноярска старше 45 лет, распространенность ЯБ составила 8,5%. Ведущими

Таблица 1

Жалобы у обследованных, n (%)

Наличие ЯБ	«Голодные» боли в эпигастрии	Диспепсия	Боли в правом подреберье	Боли в левом подреберье	Изжога еженедельная	Отрыжка
Есть (n=80)	45 (56,2)	63 (78,7)	15 (18,7)	5 (6,2)	38 (47,5)	12 (15,0)
Нет (n=865)	3 (0,3)	171 (19,8)	40 (4,6)	12 (1,4)	88 (10,2)	80 (9,2)
ОШ	369,43	15,04	4,76	4,74	7,99	1,73
ДИ	109,44–1247,05	8,58–26,36	2,50–9,07	1,63–13,81	4,89–13,05	0,90–3,33
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	<0,001	0,14

**Примечание.** Достоверность различий показателей вычислена с использованием ОШ (здесь и в табл. 2).

Таблица 2

Частота факторов риска ЯБ у обследованных по данным анамнеза; n (%)

Анамнез ЯБ	Курение	Прием НПВП и АСК	Гастрит	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Желчнокаменная болезнь	Прием ингибиторов протонной помпы
Есть (n=80)	73 (91,2)	44 (55,0)	67 (83,7)	5 (6,2)	8 (10,0)	46 (57,5)
Нет (n=865)	334 (38,6)	206 (23,8)	82 (9,5)	16 (1,8)	101 (11,7)	127 (14,7)
ОШ	16,58	3,91	49,21	3,54	0,84	7,86
ДИ	7,54–36,44	2,45–6,24	26,05–92,97	1,26–9,92	0,39–1,08	4,86–12,73
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,03	0,8	<0,001

**Примечание.** Достоверность различий показателей вычислена с использованием ОШ (здесь и в табл. 2).

факторами ее риска были мужской пол, инфекция *Нр*, курение табака, прием НПВП и АСК. С учетом высокой распространенности факторов риска эти данные позволили сделать вывод об отсутствии значимой тенденции к снижению распространенности ЯБ.

\* \* \*

*Конфликт интересов не заявлен.*

## Литература

1. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe // *Gastroenterology*. – 2007; 132 (7): 2320–7. DOI: 10.1053/j.gastro.2007.03.108.
2. Sung J., Kuipers E., El-Serag H. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2009; 29 (9): 938–46. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2009.03960.x.
3. Graham D. History of *Helicobacter pylori*, duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer // *World J. Gastroenterol.* – 2014; 20 (18): 5191–204. DOI: 10.3748/wjg.v20.i18.5191.
4. Li Z., Zou D., Ma X. et al. Epidemiology of peptic ulcer disease: endoscopic results of the systematic investigation of gastrointestinal disease in China // *Am. J. Gastroenterol.* – 2010; 105 (12): 2570–7. DOI: 10.1038/ajg.2010.324.
5. Sayehmiri K., Abangah G., Kalvandi G. et al. Prevalence of peptic ulcer in Iran: Systematic review and meta-analysis methods // *J. Res. Med. Sci.* – 2018; 23: 8. DOI: 10.4103/jrms.JRMS\_1035\_16.
6. Vakil N. Dyspepsia, peptic ulcer, and *H. pylori*: a remembrance of things past // *Am. J. Gastroenterol.* – 2010; 105 (3): 572–4. DOI: 10.1038/ajg.2009.709.
7. Агеева Е.С., Штыгашева О.В., Рязанцева Н.В. и др. Молекулярно-генетические факторы, влияющие на исход инфицирования *Helicobacter pylori* у жителей Республики Хакасия // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2010; 20 (4): 16–21.
8. Tsukanov V., Butorin N., Maady A. et al. *Helicobacter pylori* Infection, Intestinal Metaplasia, and Gastric Cancer Risk in Eastern Siberia // *Helicobacter*. – 2011; 16 (2): 107–12. DOI: 10.1111/j.1523-5378.2011.00827.x.
9. Tyakht A., Kostyukova E., Popenko A. et al. Human gut microbiota community structures in urban and rural populations in Russia // *Nat. Commun.* – 2013; 4: 2469. DOI: 10.1038/ncomms3469.
10. Штыгашева О.В., Цуканов В.В. Ассоциация *CagA* и *VacA* штаммов *Helicobacter pylori* и язвенной болезни в организованной популяции г. Абакана // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2004; 14 (2): 84–7.
11. Tsukanov V., Kasparov E., Tonkikh J. et al. Peptic Ulcer Disease and *Helicobacter pylori* Infection in Different Siberian Ethnicities // *Helicobacter*. – 2017; 22 (1): e12322. DOI: 10.1111/hel.12322.
12. McMahon B., Bruce M., Koch A. et al. The diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in Arctic regions with a high prevalence of infection: Expert Commentary // *Epidemiol. Infect.* – 2016; 144 (2): 225–33. DOI: 10.1017/S0950268815001181.
13. Rasmussen S., Jensen T., Henriksen S. et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2015; 50 (2): 162–9. DOI: 10.3109/00365521.2014.983157.
14. Burucoa C., Axon A. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection // *Helicobacter*. – 2017; 22 (Suppl. 1): e12403. DOI: 10.1111/hel.12403.
15. Цуканов В.В., Амельчугова О.С., Каспаров Э.В. и др. Роль эрадикации *Helicobacter pylori* в профилактике рака желудка // *Тер. арх.* – 2014; 86 (8): 124–7.
16. Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В. и др. Распространенность инфекции *H. pylori* среди населения Москвы // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2010; 20 (2): 25–30.
17. Roman L., Lukyanchuk R., Sablin O. et al. Prevalence of *H. pylori* Infection and Atrophic Gastritis in a Population-based Screening with Serum Biomarker Panel (GastroPanel®) in St. Petersburg // *Anticancer Res.* – 2016; 36 (8): 4129–38.
18. Gonzalez-Perez A., Saez M., Johansson S. et al. Risk factors associated with uncomplicated peptic ulcer and changes in medication use after diagnosis // *PLoS One*. – 2014; 9 (7): e101768. DOI: 10.1371/journal.pone.0101768.
19. Yamamoto K., Takahashi O., Arioka H. et al. Evaluation of risk factors for perforated peptic ulcer // *BMC Gastroenterol.* – 2018; 18 (1): 28. DOI: 10.1186/s12876-018-0756-4.

## THE PREVALENCE AND RISK FACTORS OF PEPTIC ULCER DISEASE

*Professor V. Tsukanov, MD; A. Vasyutin, Candidate of Medical Sciences; Yu. Tonkikh, Candidate of Medical Sciences; O. Peretyatko, Candidate of Medical Sciences*

*Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk Research Center, Siberian Branch, Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk*

*A clinical examination with interviews was made in a random sample of 945 Krasnodar residents aged over 45 years in order to study the prevalence and risk factors of peptic ulcer disease (PUD). The latter was diagnosed by endoscopy; Helicobacter pylori was determined by enzyme immunoassay detection of serum IgG antibodies*

**Key words:** *gastroenterology, peptic ulcer, Helicobacter pylori, prevalence, risk factors.*

**For citation:** *Tsukanov V., Vasyutin A., Tonkikh Yu. et al. The prevalence and risk factors of peptic ulcer disease // Vrach. – 2018; 29 (12): 63–65. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-15>*