

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.33/.342-002.44-071

А. Б. Ларичев, М. И. Майоров, С. В. Фавстов, А. Г. Шалопьев

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. Б. Ларичев), ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение, перфоративная язва, хирургическое лечение, эпидемиология

Введение. Высокая частота язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в тесной связи с социальным благополучием населения определяет исключительное значение эпидемиологических аспектов для практической хирургии. К сожалению, в последние годы, минуя детальную её характеристику в целом, основное внимание уделяется осложнённым формам заболевания [2–7]. Однако и здесь существует проблема достоверности статистического материала. Стало уже привычным, когда в общий массив наблюдений гастродуоденального кровотечения попадает геморрагия другого происхождения: симптоматические, стрессовые и другие варианты так называемого «язвенного» поражения желудка и двенадцатиперстной кишки [1]. Вместе с тем, ясное представление о сиюминутном состоянии многогранной проблемы язвенной болезни позволяет получить объективную оценку эффективности используемых при её лечении средств. Не менее важно осознание целесообразности реализуемых на практике распоряжений и программ организационного плана относительно качества медицинского обслуживания больных с данной патологией.

Цель — оценить динамику эпидемиологических показателей, характеризующих лечебно-диаг-

ностический процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у жителей областного центра.

Материал и методы. Анализируются отчетно-статистические материалы лечебно-профилактических учреждений г. Ярославля, Департамента управления здравоохранением Мэрии г. Ярославля, Департамента здравоохранения Ярославской области и Ярославского областного статистического управления за период с 1998 по 2012 г. При этом использована информация относительно язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди взрослого населения (18 лет и старше) Краснопереконского района г. Ярославля и в целом по городу. При проведении статистического анализа вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку средней величины (m). Для сравнения величин и определения статистически достоверной разницы использовали непараметрический метод определения критерия (χ^2) Пирсона.

Результаты и обсуждение. В период с 1998 по 2012 г. численность населения старше 18 лет в г. Ярославле в среднем составила ($501\,285 \pm 2371$) человек. В течение этого времени наибольшее число законченных случаев язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки приходилось на 2000 г. После этого происходило быстрое сокращение оцениваемого показателя с достижением минимального значения в 2012 г. — 6535 наблюдений ($\chi^2=51,460$; $df=1$; $p=0,000$; табл. 1).

При относительно постоянной численности жителей статистически значимое уменьшение законченных случаев закономерным образом отразилось на динамике распространённости язвен-

Сведения об авторах:

Ларичев Андрей Борисович (e-mail: larich-ab@mail.ru), Майоров Михаил Игоревич (e-mail: kb9@mail.ru), Фавстов Сергей Валерьевич (e-mail: favstov.sergej@mail.ru), Шалопьев Александр Геннадьевич (e-mail: aleksandr_shalopyev@zdrav.jar.ru), кафедра общей хирургии, ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, 5

Таблица 1

Динамика показателей эпидемиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в г. Ярославле в 1998–2012 гг.

Год	Оцениваемый показатель			
	закончен- ные случаи	распростра- ненность (на 100 000 жителей)	впервые выявлен- ные	первичная заболе- ваемость (на 100 000 жителей)
1998	10445	2551,1	1452	294,2
1999	10462	2502,9	1499	303,1
2000	11081	2617,9	1634	330,7
2001	10850	2519,9	1482	299,8
2002	10730	2400,1	1284**	260,3
2003	10706	2385,4	1166**	236,9
2004	10232	2222,7	1122**	223,5
2005	10239	2207,2	1032**	205,5*
2006	9733	2094,9	1121**	222,6
2007	9715	2084,5	961**	189,8*
2008	9436*	1991,6	822**	161,4**
2009	9562*	1940,3	906**	172,9*
2010	8388*	1637,9*	798**	155,8**
2011	7313**	1465,5**	713**	142,9**
2012	6595**	1311,8**	657**	131,9**

* p<0,05; ** p<0,001 по сравнению с 1998 г.

ной болезни. 2000 г. оказался рубежным, когда наблюдался её максимум — 2617,9 наблюдений на 100 000 населения. В дальнейшем без каких-либо всплесков отмечалось сокращение данного критерия в 1,7 раза ($\chi^2=20,866$; df=1; p=0,000). В дополнение к этому следует заметить, что 2000 г. оказался наиболее «богатым» на пациентов с впервые выявленной патологией — 1634 наблюдения. Именно тогда достигла пика и первичная заболеваемость — 330,7 случаев на 100 000 населения. Затем отмечалось её сокращение в 2,5 раза к 2012 г. ($\chi^2=20,228$; df=1; p=0,000; см. табл. 1).

Большинство пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проходило лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. В 1998 г. это были каждые 4 из 5 наблюдений (79,4% от числа законченных случаев). С тех пор ежегодно данный параметр увеличивался, достигнув максимума в 2012 г., — 89,5% лечившихся по поводу данной болезни ($\chi^2=26,437$; df=1; p=0,000) (табл. 2).

Любопытно, что в 1998 г. из 2147 госпитализированных в терапевтический или хирургический стационар 77,7% пациентов получали только консервативное лечение. В дальнейшем на фоне ежегодного уменьшения абсолютного числа больных с гастродуоденальной язвой происходило сокращение их доли до относительного мини-

Таблица 2

Динамика показателей стационарного лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в г. Ярославле в 1998–2012 гг.

Год	Лечившиеся в стационаре		Осложнённое течение					
			Перфорация		Кровотечение		Всего	
	Абс. число	%**	Абс. число	Летальность, %	Абс. число	Летальность, %	Абс. число	%**
1998	2147	20,6	168	6,55	258	6,59	426	4,1
1999	1915**	18,3	196	3,57	285	4,56	481	4,6
2000	1853**	16,7	152	3,95	232	6,03	384*	3,4
2001	1605**	14,8	138*	7,25	205*	4,39	343**	3,2
2002	1110**	10,3	114**	5,26	212*	1,42	326**	3,0
2003	1037**	9,7	102**	10,78	224	7,14	326**	3,0
2004	927**	9,1	108**	12,96	198*	5,05	306**	3,0
2005	848**	8,3	108**	9,26	219	3,19	327*	3,0
2006	818**	8,4	82**	6,09	224	2,68	306**	3,2
2007	841**	8,7	103**	7,77	260	2,31	363**	3,7
2008	709**	7,5	71**	5,63	218	3,67	289**	3,1
2009	607**	6,3	92**	14,13	149**	2,68	241**	2,5
2010	684**	8,1	77*	14,29	165*	6,67	242**	2,9
2011	732**	10,0	80*	8,64	148	2,70	228*	3,1
2012	691**	10,5	93	18,3	248**	4,03	341*	5,2

* p<0,05; ** p<0,001 по сравнению с 1998 г.; *** от законченных случаев.

му — 59,5% в 2012 г. В свою очередь, из тех, кто лечился в стационаре в 1999 г., 481 больному потребовалась хирургическая помощь по поводу прободения или язвенного кровотечения. К 2011 г. их число сократилось до минимума — 228 наблюдений, однако в следующем году этот показатель достоверно возрос ($\chi^2=0,985$; $df=1$; $p=0,002$). Аналогично изменялось и относительное число пациентов, нуждавшихся в оперативном лечении осложнённой язвы (см. табл. 2).

Динамика осложнений до 2008 г. характеризовалась тенденцией к уменьшению частоты встречаемости перфоративных язв ($\chi^2=29,162$; $df=1$; $p=0,000$). Затем этот показатель «застыл» на одном уровне — 77–93 больных в год. Количество гастродуоденальных кровотечений в абсолютном выражении уменьшилось на 57,8% — до 149 наблюдений в 2009 г. ($\chi^2=19,558$; $df=1$; $p=0,000$). Правда к 2012 г. его частота статистически значимо возросла ($\chi^2=21,520$; $df=1$; $p=0,000$). Те же изменения претерпевали и относительные показатели встречаемости язвенных кровотечений. Сопоставимость прободной язвы и кровотечения многие годы была одинаковой — 1:2. В последнее же время число перфораций увеличилось и вывело это соотношение в позицию 1:3 (см. табл. 2). Декомпенсированный язвенный стеноз встречался эпизодически и не оказывал статистически значимого влияния на эпидемиологию болезни в целом.

Тревожна динамика летальности при прободной язве. Отодвинув в сторону стремление к победным реляциям, следует признать явную тенденцию к её увеличению, а по результатам 2012 г. — впору бить в набат (см. табл. 2). Здесь как нельзя кстати вспомнить, что перфорация язвы — есть результат длительной болезни, которую либо не лечили, либо ею занимались не так как надо. Вслед за этим обнажаются системные «болевые точки», в том числе «истощение» возможностей организма противостоять заболеванию в амбулаторных условиях под «чутким вниманием» терапевта с тем, чтобы не достичь крайней черты — развития грозного осложнения с «нимбом» запущенного перитонита. По-видимому, в современных условиях 5% тех больных, кто должен лечить язвенную болезнь в стационаре, — это тот позвольтельный минимум для нынешнего здравоохранения. Дальнейший тренд к расширению амбулаторного обслуживания пациентов с гастродуоденальной язвой чреват катастрофой, предвестники которой уже получены.

Анализ эпидемиологии язвенной болезни в г. Ярославле в известной степени может быть поставлен под сомнение в связи с имеющимися объективными обстоятельствами. Шифруя диагноз в

официальной документации, врачи руководствуются устаревшей МКБ-10, в которой узаконен принятый за рубежом термин «пептическая язва», не предполагающий выделения так называемых симптоматических язв, включая поражение слизистой оболочки стрессового происхождения, вследствие приёма лекарственных препаратов или при декомпенсации соматической патологии [1]. С другой стороны — даже врачи-эндоскописты, работающие в тесном контакте с хирургами, не утруждают себя верификацией «истинности» язвенной болезни, игнорируя важность этого в определении хирургической тактики.

Определённый интерес представляет динамика эпидемиологических показателей гастродуоденальной язвы за период с 1998 по 2012 г. по данным ГБУЗ ЯО «Городская больница им. Н. А. Семашко», в которой осуществлялось поликлиническое обслуживание жителей Краснопереконского района и оказание urgentной хирургической помощи по трём районам г. Ярославля (Краснопереконский, Фрунзенский и Кировский). Как и по городу в целом, в течение этого времени отмечалось двукратное уменьшение числа законченных случаев. Также выглядела динамика распространённости заболевания с той лишь разницей, что она была

Таблица 3

Динамика показателей эпидемиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у жителей Краснопереконского района г. Ярославля в 1998–2012 гг.

Год	Оцениваемый показатель			
	Законченные случаи	Распространенность (на 100 000 жителей)	Впервые выявленные	Первичная заболеваемость (на 100 000 жителей)
1998	399	1596	128	512
1999	481	1916,3	144	573,7
2000	476	1896,4	67**	266,9**
2001	391	1577,8	82**	326,7**
2002	376	1498	57**	227,1**
2003	358	1387,6	43**	166,7**
2004	262**	1032,7	37**	145,8**
2005	316**	1245,5	32**	126,1**
2006	333*	1311,3	53**	208,7**
2007	319**	1256,2	44**	173,3**
2008	339*	1335*	42**	165,4**
2009	283**	1114,4	42**	165,4**
2010	257**	1012,1**	32**	126**
2011	218**	858,5**	27**	106,3**
2012	199**	783,7**	44	173,3**

* $p<0,05$; ** $p<0,001$ по сравнению с 1998 г.

Таблица 4

Динамика показателей стационарного лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в г. Ярославле в 1998–2012 гг.

Год	Лечившиеся в стационаре		Осложнённое течение					
			Перфорация		Кровотечение		Всего	
	Абс. число	%***	Абс. число	Летальность, %	Абс. число	Летальность, %	Абс. число	%***
1998	197	49,6	43	4,7	41	7,32	84	21,1
1999	233	48,4	58	3,5	77*	3,89	135	28,1
2000	179*	37,6	54	3,7	57	5,26	111	23,3
2001	152	38,9	42	2,4	47	2,13	89	22,8
2002	118*	31,4	39	7,7	35	5,71	74	19,7
2003	102**	28,5	34	8,8	40	10,0	74	20,7
2004	95*	36,3	28	7,1	36	2,78	64	24,4
2005	92**	29,1	29	10,4	35	5,71	64	20,3
2006	99**	29,7	25	8	33	9,09	58	17,4
2007	123	38,6	25	4	43	9,30	68	21,3
2008	102**	30,1	24	4,2	29	6,89	53	15,6
2009	101*	35,7	20	10	38	2,68	58	20,5
2010	99	38,5	25	8	41	0	66	25,7
2011	99	45,4	25	4	39*	2,56	64	39,4
2012	83	41,8	23	26	34*	5,88	57	28,6

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ по сравнению с 1998 г.; *** от законченных случаев.

в 1,5 раза меньше по сравнению с общегородским аналогом (табл. 3). Вероятно, это связано с большей долей людей старшего возраста среди обслуживаемого контингента, у которых язвенная болезнь встречается реже.

Любопытны метаморфозы впервые выявленных случаев болезни, их число к 2011 г. уменьшилось почти в 5 раз ($\chi^2=17,530$; $df=1$; $p=0,000$). К сожалению, в 2012 г. их число значительно возросло (см. табл. 3). Такая же динамика была свойственна первичной заболеваемости, которая к 2012 г. увеличилась в 1,6 раза ($\chi^2=3,316$; $df=1$; $p=0,069$). Изложенное вызывает озабоченность относительно благополучия эпидемиологии язвенной болезни у жителей Краснопереконского района г. Ярославля.

Иной представляется эпидемиология осложнённых форм язвы. Её невозможно сравнивать с аналогичными показателями по городу, поскольку в хирургическом отделении этого учреждения оказывают медицинскую помощь при ургентной абдоминальной патологии, что закономерным образом определяет более высокий уровень оцениваемых критериев. До 2003 г. абсолютное число лечившихся в стационаре явно уменьшалось ($\chi^2=14,609$; $df=1$; $p=0,000$). В дальнейшем произошла стагнация данного показателя ($\chi^2=0,995$; $df=1$; $p=0,319$) за исключением 2007 г. Относительная его величина менее уверенно повторяло

динамику абсолютных величин. В последние годы число тех, кто нуждался в госпитализации, возросло до 45,4% с выходом на уровень 1998 г. ($p > 0,05$; табл. 4).

Среди лечившихся в стационаре львиную долю занимали пациенты с осложнёнными формами язвенной болезни, требовавшими хирургического вмешательства. Их абсолютная величина до 2008 г. имела свойство снижаться сначала стремительно, практически в 2 раза, до 74 в 2002 г. ($\chi^2=0,089$; $df=1$; $p=0,766$), а затем, будто насытившись, медленно до своего минимума — 53 человек в 2008 г. ($\chi^2=2,171$; $df=1$; $p=0,141$). В последующем появилась тенденция к возрастанию этого показателя. Аналогичным образом менялась динамика относительной его величины (см. табл. 4).

Говоря о перфоративной язве, можно констатировать, что абсолютное число её наблюдений в период с 1998 по 2005 г. снизилось в 2 раза ($\chi^2=0,009$; $df=1$; $p=0,924$) и в дальнейшем оставалось на уровне 20–25 пациентов ежегодно. Особое беспокойство вызывает общая летальность при подобной патологии (она же и послеоперационная, поскольку все больные были оперированы). Её динамика выражалась колебаниями от 2,4 до 7,7%. Однако на этом фоне имелись «всплески» до 8,8, 10,4 и даже 26% (в 2012 г.), вызывающие объяснимую тахикардию у любого, кто знакомится с данной информацией. Насторажи-

вает, что среди умерших в большей степени были пациенты пожилого возраста с длительно существующей болезнью. Они, как правило, не получали должного лечения, и их поздно госпитализировали — позже 1 сут от начала катастрофы в животе. В этой ситуации потенциал хирургической помощи оказывался за гранью возможного.

Следуя дальше, уместно заметить, что нами анализированы исключительно случаи геморрагии на фоне неблагоприятного течения «истинной» язвенной болезни. На протяжении 15-летнего наблюдения абсолютная частота его встречаемости имела тенденцию к снижению ($p > 0,05$). При этом уровень летальности колебался от 2,13 до 10%. А в 2010 г. произошло маленькое чудо — вообще никто не умер в связи с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии.

На протяжении анализируемого периода менялся характер оперативного пособия. Если раньше излюбленной была резекция желудка — как минимум в 25% от всех операций на этом органе, то в настоящее время она делается реже — в 5,8–13,2%. Чаще же используются органосохраняющие вмешательства: при прободной язве — зашивание перфоративного отверстия (98,7% в 2010 г.), а при кровотечении — прошивание сосуда.

И ещё одно замечание, в 90-х годах существовал известный радикализм, когда во всех стационарах с целью гемостаза широко практиковали операцию. Так, у 285 пациентов, лечившихся в больнице им. Н. А. Семашко по поводу язвенного кровотечения в период с 1995 по 1999 г., оперативная активность составила 36,4%, а послеоперационная летальность — 10,6%. После 2000 г. при его лечении стремились максимально реализовать возможности эндоскопического гемостаза. Среди 507 пациентов консервативно пролечено 92,3% человек при летальности в 3,6% и уменьшении оперативной активности в 5 раз. Возрастание же послеоперационной летальности до 25,6% объясняется небольшой выборкой оперированных (39 из 507), статистически значимым увеличением числа больных пожилого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией ($\chi^2 = 8,568$; $df = 1$; $p = 0,003$) и необходимостью выполнения прогностически неблагоприятных операций «отчаяния». На этом фоне общая летальность сократилась до 5,3%.

Выводы. 1. Ретроспективный анализ клинико-эпидемиологических аспектов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки свидетельствует об уменьшении в 2–3 раза частоты встречаемости, числа законченных случаев и

впервые выявленных больных, а также первичной заболеваемости и числа тех, кто получал лечение в условиях стационара.

2. Вслед за сокращением числа перфораций и язвенного кровотечения в последние годы наметилась тенденция к возрастанию их встречаемости и стали ухудшаться показатели эффективности, в том числе в виде увеличения послеоперационной летальности при прободной язве до 18,3–26%. Это побуждает к пересмотру тренда относительно дальнейшего расширения объёмов амбулаторного обслуживания пациентов с данной патологией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аргунова И. А. Проблемы в установлении клинического диагноза и ведении медицинской отчётности по МКБ-10 при гастродуоденальных язвах и НПВП-гастропатиях // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2010. № 5. С. 69–74.
2. Евсеев М. А., Клишин И. М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2010. № 3. С. 55–62.
3. Жернакова Н. И., Медведев Д. С. Клинико-эпидемиологические особенности течения язвенной болезни в различных возрастных группах // Научные ведомости Белгородск. гос. ун-та. Серия: Медицина. Фармация. 2010. № 10. С. 12–16.
4. Королёв М. П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема экстренной хирургии // Вестн. хир. 2011. № 2. С. 52–55.
5. Ларичев А. Б., Шубин Л. Б., Фавстов С. В. Клинико-морфологическое обоснование применения вакуум-терапии в комплексном лечении больных с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением // Вестн. экспер. и клин. хир. 2013. № 3. С. 366–374.
6. Ступин В. А., Баглаенко М. В., Кан В. И. и др. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. 2013. № 5. С. 31–35.
7. Cheung F., Lau J. Management of massive peptic ulcer bleeding // Gastroenterol. Clin. North Am. 2009. Vol. 38, № 2. P. 231–243.

Поступила в редакцию 18.11.2013 г.

A. B. Larichev, M. I. Maiorov, S. V. Favstov,
A. G. Shalopiev

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF GASTRIC AND DUODENUM ULCER

Yaroslavskaya State Medical Academy, Yaroslavl

An analysis of reporting and statistical data showed the considerable changes in clinical-epidemiological indices of gastric and duodenum ulcer at the period from 1998 to 2012. The prevalence of the disease and the number of primary patients decreased in 2–3 times. The reduction of the rate of perforations and ulcerous bleeding had been observed. However, the authors noted, that a tendency of frequency of occurrence increased and efficacy indices reduced in the last years. The rate of postoperative lethality raised in the cases of perforated ulcer. On this basis, the authors recommend to reconsider the existing opinion about further extension of out-patient treatment of patients with given pathology.

Key words: gastric and duodenum ulcer, gastroduodenal bleeding, perforated ulcer, surgery, epidemiology