

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Лобанков В. М.

Гомельский ГМУ

Лобанков Владимир Михайлович

E-mail: lobankov1959@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Представлена концепция о популяционной хирургической активности при язвенной болезни. Понятие характеризуется совокупной частотой неотложных и плановых операций при этом заболевании на 100 тыс. населения региона, страны. Соотношение частоты операций при перфорациях, кровотечениях и плановых вмешательствах определяет структуру показателя. На основе 30-летнего мониторинга популяционной хирургической активности у населения Гомельской области Беларуси установлено, что неотложные и плановая составляющие показателя находятся в обратной зависимости. Чрезмерное сокращение плановых операций поддерживает повышенный уровень неотложных. Показатель зависит от популяционной тяжести язвенной болезни и применяемой лечебной стратегии, важнейшим моментом которой является оптимальный уровень плановой хирургии. Сегодня величина показателя втрое превышает аналоги экономически развитых стран, но близка им по структуре. Доля неотложных операций при язвенных кровотечениях достигла четверти, а при прободениях превысила половину всех вмешательств. Минимизация показателя возможна на основе адекватного сочетания консервативной терапии и плановой хирургии.

Ключевые слова: язвенная болезнь, популяционная хирургическая активность, частота неотложных и плановых операций.

SUMMARY

Conception of peptic ulcer disease population surgical activity is presented. The notion is characterized by the aggregate frequency of urgent and definite preventive operations for peptic ulcer per 100.000 population of the region, the country. The correlation of frequency of operations for perforation, hemorrhage and definite preventive surgery determines the structure of the index. The 30 year monitoring of population surgical activity in Gomel region (Belarus) stated that urgent and definite preventive surgery are in inverse dependence. Excessive reduce of planned surgery supports the over-level of the urgent one. The index depends on peptic ulcer population heaviness and the effectiveness of the treatment strategy. The most important feather of this strategy is the optimal definite preventive surgery level. Today the index is tree times more than in highly developed industrial countries, but with the same structure. Urgent surgery for hemorrhage ulcers reached the quarter and for perforated ulcers mounted to the half. The minimization of the index can be based on the adequate conservative treatment and planned surgery correlation.

Keywords: peptic ulcer disease, population surgical activity, frequency of urgent and planned operations.

При язвенной болезни (ЯБ) хирургическая активность в разных клинических группах пациентов широко варьирует. Так, при перфоративных язвах она близка к 100%. При язвенных кровотечениях этот показатель во многом определяется эффективностью эндоскопического гемостаза и в специализированных клиниках, как правило, не превышает 10%. Не столь однозначно, как раньше, подходят к лечебной тактике при язвенных

пилородуоденальных стенозах. В медицинских руководствах второй половины XX века стеноз представлен абсолютным показанием к оперативному лечению, то есть хирургическая активность при этом осложнении ЯБ рассматривалась 100% [1, 2, 3]. В настоящее время гастроэнтерологи компенсированный стеноз без симптомов гастростаза не считают показанием к операции [4, 5, 6]. Инфильтративные формы стеноза, развивающиеся

у больных на высоте обострения, обратимы и могут купироваться (увы, временно) консервативными мерами [7, 8, 9].

Теоретически величина общей хирургической активности при ЯБ должна исчисляться из первичной заболеваемости и ежегодной частоты оперативных вмешательств. Однако здесь нередко происходит подмена понятий и манипулирование цифрами. Считалось, что в 70–80-е гг. XX века хирургическому лечению подвергалось около 30–40% больных ЯБ [1, 2, 3, 10]. Возросшая эффективность противоязвенной терапии позволила сократить потребность в оперативном лечении [11, 12, 13, 14]. О мере снижения «хирургической» доли больных ЯБ мнения специалистов противоречивы. В публикациях отдельных отечественных гастроэнтерологов утверждается, что сегодня в индустриальных странах в хирургическом лечении нуждается менее 1% (даже приводится цифра 0,02%) больных [4, 5, 15]. На основе таких высказываний можно заключить, что эффективность лечения ЯБ на протяжении жизни одного поколения многократно, в сотни и тысячи раз (40% против 0,02%), выросла! На самом же деле такие выводы — следствие некорректной интерпретации цифровых данных. Хирургическая активность в 30% рассчитывалась по ежегодной частоте операций (40–50 и более на 100 тыс. населения в год) и первичной заболеваемости ЯБ *по обращаемости* (140–160 на 100 тыс. населения). «Выдающаяся» и уже тиражируемая цифра 0,02% появилась из 40 тыс. операций, ежегодно производимых по поводу ЯБ в США, и *общей распространенности* больных ЯБ американцев, достигающей 20–25 млн. чел. [13, 16, 17]. Информацию о действительных изменениях хирургической активности при ЯБ мы приводим ниже. Для объективной оценки потребности в оперативном лечении обсуждаемого контингента больных мы предлагаем понятие **популяционной хирургической активности (ПХА) при ЯБ**. Так как большинство больных всю жизнь остаются «субклиническими» или склонными к ЯБ, реальная распространенность (общая заболеваемость) является сложно учитываемой величиной. Поэтому ПХА при ЯБ конкретного региона или страны можно оценить по **суммарной частоте неотложных и плановых операций на 100 тыс. населения в год**. Составляющими этого показателя является отдельная частота неотложных (при перфорациях и кровотечениях) и плановых вмешательств. Соответственно под **структурой ПХА** следует понимать пропорциональное **соотношение частоты этих операций**.

Достижения гастроэнтерологии позволили в экономически развитых странах за последнюю четверть XX века снизить остроту проблемы ЯБ. Значительно уменьшилось количество плановых операций [11, 13, 14]. В меньшей мере позитивные перемены коснулись неотложных вмешательств. Так, в Австралии с 1970 по 1997 г. количество

плановых селективно проксимальных ваготомий (СПВ) каждые 10 лет сокращалось на порядок, параллельно каждые 2 г. удваивалось применение антисекреторных препаратов [18]. В Швеции плановая хирургия ЯБ с 1950 по 1986 г. сократилась в 5,8 раз, а общее число операций уменьшилось только в 1,4 раза [12]. В Дании в 70–80-е гг. при широком внедрении блокаторов секреции плановая хирургия ЯБ сократилась почти вдвое, однако выросла частота неотложных операций [16, 19]. В других странах Западной Европы доля осложненных форм заболевания изменялась неоднозначно. Частота язвенных кровотечений не изменилась или несколько возросла, частота прободных осталась прежней или несколько снизилась [6, 19, 20, 21]. Аналогичные перемены наблюдались в Канаде и США [8, 9, 16]. Всего в США в конце 70-х гг. по поводу ЯБ ежегодно производилось около 50 тыс. операций, причем при перфоративных язвах — 15–19 тыс. [3, 14, 17]. При населении в 220 млн. чел. ПХА тогда составляла 21–24 на 100 тыс. (при прободных язвах — 5–8). В статье 2010 г. приведены данные по хирургии ЯБ в США за 1993–2006 гг. Так, в 1993 г. всего было выполнено 47 тыс. операций, из них 78,8% неотложных (20 тыс. при прободных и 17 — при кровоточащих язвах). В 2006 г. произведено 37 тыс. операций, неотложных — 81,1% (17 тыс. при прободениях и 13 — при кровотечениях) [21]. Население США за анализируемый период выросло с 260 до 300 млн. чел. Таким образом, ПХА при ЯБ сократилась с **18 до 12 вмешательств** на 100 тыс. населения в год. Работы подобного рода, объективно, «на цифрах», отражающие значимость проблемы ЯБ, в отечественной и зарубежной медицинской печати до сих пор являются редкостью. На этих примерах можно констатировать, что в большинстве индустриальных стран *снижение ПХА при ЯБ за прошедшие 20–30 лет не превысило двукратного* (10–15 операций на 100 тыс. населения сегодня против 20–25 в те годы) и произошло преимущественно за счет сокращения плановых вмешательств. При этом значительно выросло применение противоязвенных препаратов и затрат на лечение больных. Частоту неотложных операций удалось сохранить на прежнем уровне или уменьшить (при увеличении возраста оперируемых пациентов). Общая летальность при ЯБ в этих странах несколько снизилась.

Для анализа динамики как общей ПХА при ЯБ, так и соотношения ее структурных составляющих в отечественных условиях нами изучены указанные показатели у жителей Гомельской области Беларуси за 30 лет (1980–2009 гг.). За этот период регион пережил ряд масштабных чрезвычайных ситуаций (Чернобыльская авария, распад

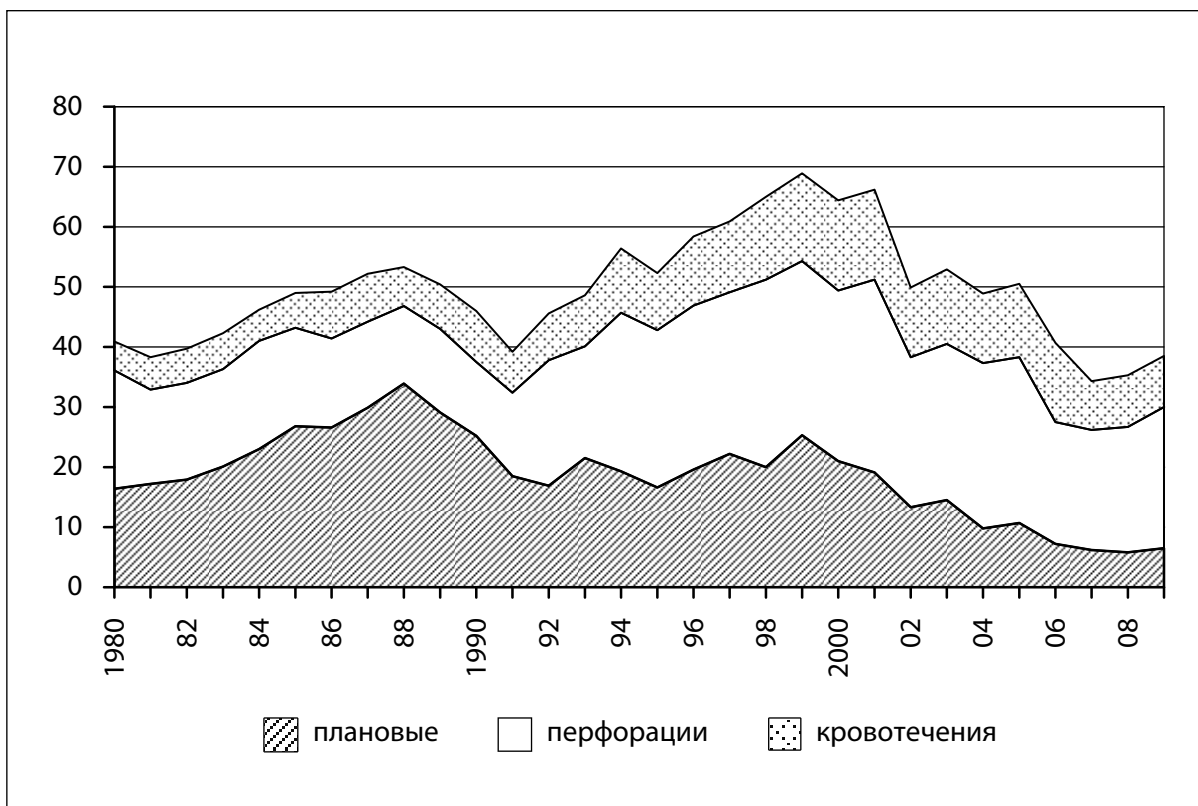


Рис. 1. Популяционная хирургическая активность при ЯБ и ее структура у жителей Гомельской области (операций на 100 тыс. населения).

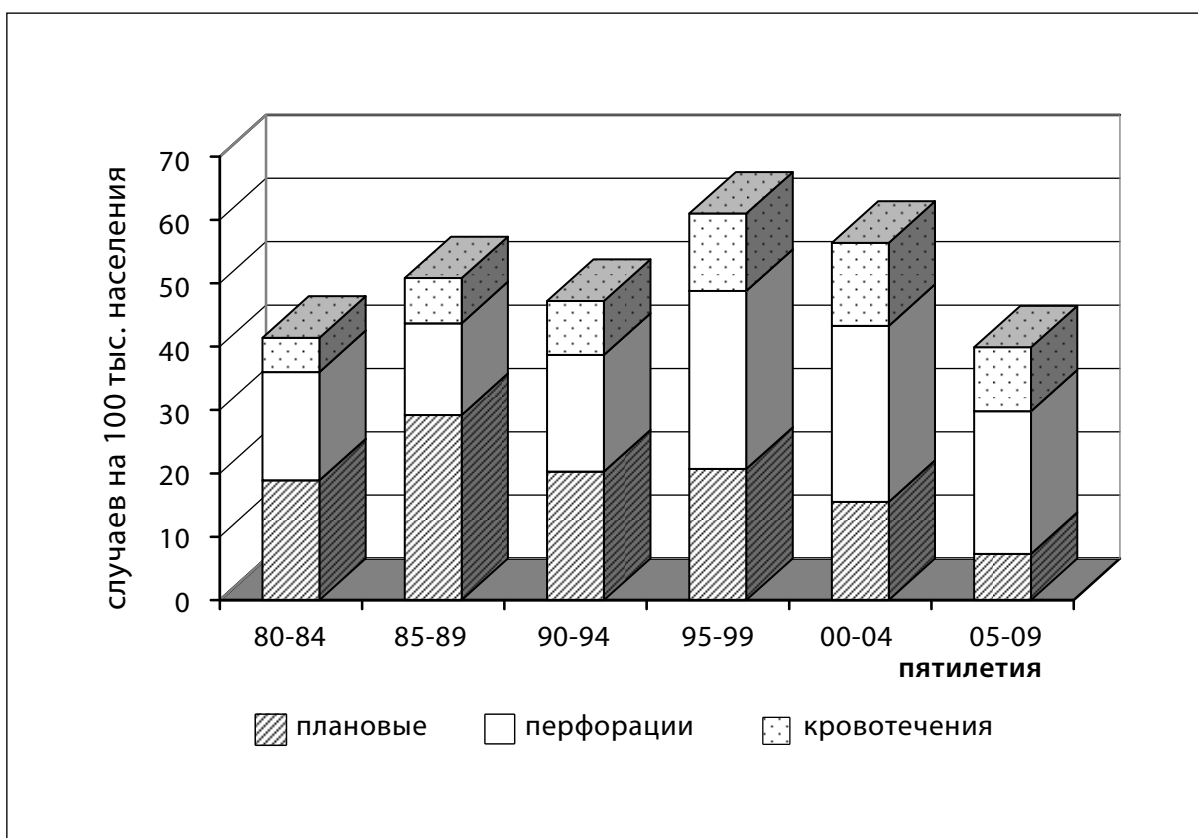


Рис. 2. Популяционная хирургическая активность и ее структура при язвенной болезни у жителей Гомельской области по пятилетиям 1980–2009 гг.

СССР, экономический кризис 90-х). Не обошел стороной Гомельщину и российский «дефолт» 1998 г. Численность населения области сократилась с 1611,6 тыс. в 1980 г. до 1440,2 тыс. в 2009, доля горожан выросла от половины до двух третей. Для наглядности анализа весь 30-тилетний период разделен на 6 пятилетий: соответственно первое 1980–1984, ... шестое — 2005–2009 гг. Такой многолетний мониторинг «хирургической эпидемиологии» ЯБ в условиях СНГ позволил сделать ряд интересных и неожиданных выводов.

За первую половину 80-х средняя ПХА при ЯБ составляла $41,5 \pm 3,6$ на 100 тыс. жителей в год, при этом частота неотложных вмешательств была $22,6 \pm 1,9$, или 54,5%. Пропорциональная доля операций при язвенных кровотечениях составила 13,1%, при прободных язвах — 41,4%, на плановые вмешательства пришлось 45,5%. В течение второй половины 80-х общая частота операций при ЯБ возросла до $50,8 \pm 2,7$ и стала на 22,4% больше, чем за предыдущие 5 лет. При этом суммарная частота неотложных операций осталась на прежнем уровне ($21,6 \pm 1,5$ на 100 тыс. жителей). Операции при кровотечениях составили 13,9% ПХА, при перфорациях — 28,6%. Плановые вмешательства превысили половину — 57,5%. В этот период повсеместно в Белоруссии был отмечен выраженный рост плановой хирургии ЯБ («чернобыльский пик»), причины которого были изложены нами ранее [23]. Максимальный уровень ПХА при ЯБ за 80-е годы пришелся на 1988 г., когда ее величина достигла 53,3 на 100 тыс. жителей (рис. 1). С 1988 по 1991 г. показатель снизился до 39,9 вмешательств исключительно за счет плановой составляющей.

С первой половины 90-х вновь начался бурный рост ПХА при ЯБ. Средний ее уровень составил $47,2 \pm 6,2$ на 100 тыс. населения в год. Частота неотложных операций была $26,9 \pm 6,8$, или 56,5% ПХА. Однако если в 1990 г. эта величина составляла 20,8 на 100 тыс. жителей, то в 1994 г., всего 3 года спустя — уже 37,1 или на 78,4% больше! На операции при кровотечениях пришлось 17,9%, при прободных язвах — 38,6% от всех вмешательств. Причем за это пятилетие рост числа операций при кровотечениях отмечен только в 1994 г., тогда как частота перфоративных язв возрастала ежегодно с 12,3 в 1990 г. до 26,4 в 1994 г., увеличившись в 2,1 раза. Плановые операции составили 43,5% ПХА при отчетливой тенденции к снижению их частоты.

Во второй половине 90-х в регионе ПХА у больных ЯБ продолжала расти. Средняя частота хирургических пособий составила $61,1 \pm 6,3$ вмешательств на 100 тыс. населения. Максимальный за 30 лет уровень в 68,9 вмешательств был достигнут в 1999 г., видимо, как «эхо» российского дефолта (рис. 1). Такой рост показателя при относительной стабильности плановых операций произошел в основном вследствие увеличения

частоты неотложных. Последние составили в среднем $40,4 \pm 3,8$ операций на 100 тыс. населения или на 50,2% больше, чем за предыдущие 5 лет. В целом на неотложную хирургию пришлось 66,1% от всех вмешательств при ЯБ (при кровотечениях — 19,9%, при перфорациях — 46,2%). Доля плановых операций составила 33,9%.

После 1999 г. рост ПХА при ЯБ прекратился, и наметилась отчетливая тенденция к ее снижению (рис. 1). Так, если в 2001 г. суммарная частота операций была 66,2 на 100 тыс. жителей, то в 2004 г. — уже 48,9, или на 35,4% меньше. Средняя за пятилетие ПХА при ЯБ составила $56,5 \pm 8,2$ операций. Частота неотложных вмешательств — $40,9 \pm 4,3$ в год, то есть, была аналогичной показателю предыдущего периода. Доля неотложных операций стала в среднем 72,4%. Операции при кровотечениях составили 23,2%, при перфоративных язвах — 49,2%. За 2005–2007 гг. ПХА продолжала снижаться, но последние 2 года пятилетия (особенно 2009 г.) отмечен небольшой ее прирост за счет перфоративных язв. В среднем за 5 лет ПХА стала $39,8 \pm 6,5$, или на 29,6% меньше, чем за первую половину «нулевых». Причем, доля плановых операций составила 25,3%, вмешательств при кровотечениях — 18,1%, при прободных язвах — 56,6%.

За 30 лет структура ПХА при ЯБ в области претерпела существенные изменения. Наиболее схожие пропорциональные показатели экстренных и плановых операций отмечены в первой половине 80-х и первой половине 90-х гг. (рис. 2). Доля плановых операций была близка к 45%, операций при прободных язвах — 40%. Во второй половине 80-х зафиксирован максимальный уровень плановой хирургии («чернобыльский» пик), составлявший почти 60% от всех вмешательств. В 90-е гг. отмечено существенное повышение ПХА при ЯБ, начавшееся в 1991 и завершившееся в 1999 г. Происходило это, главным образом, за счет неотложной хирургии. Несмотря на заметное сокращение общего числа операций за последние 10 лет, сегодня этот показатель достиг лишь уровня первой половины 80-х, но с вдвое меньшей долей плановой хирургии!

Неотложная хирургическая активность при ЯБ в 80-е годы характеризовалась относительной стабильностью со средним ежегодным показателем чуть больше 20 вмешательств на 100 тыс. жителей. Исключением стал двухлетний (1986–1987 гг.) невыраженный (до 30%) рост хирургии язвенных кровотечений. Первая половина 90-х проявилась резким повышением неотложной хирургической активности со стабилизацией ко второй половине декады на удвоенном уровне — около 40 операций на 100 тыс. населения. Всего же за 30 лет удельный вес неотложных операций заметно

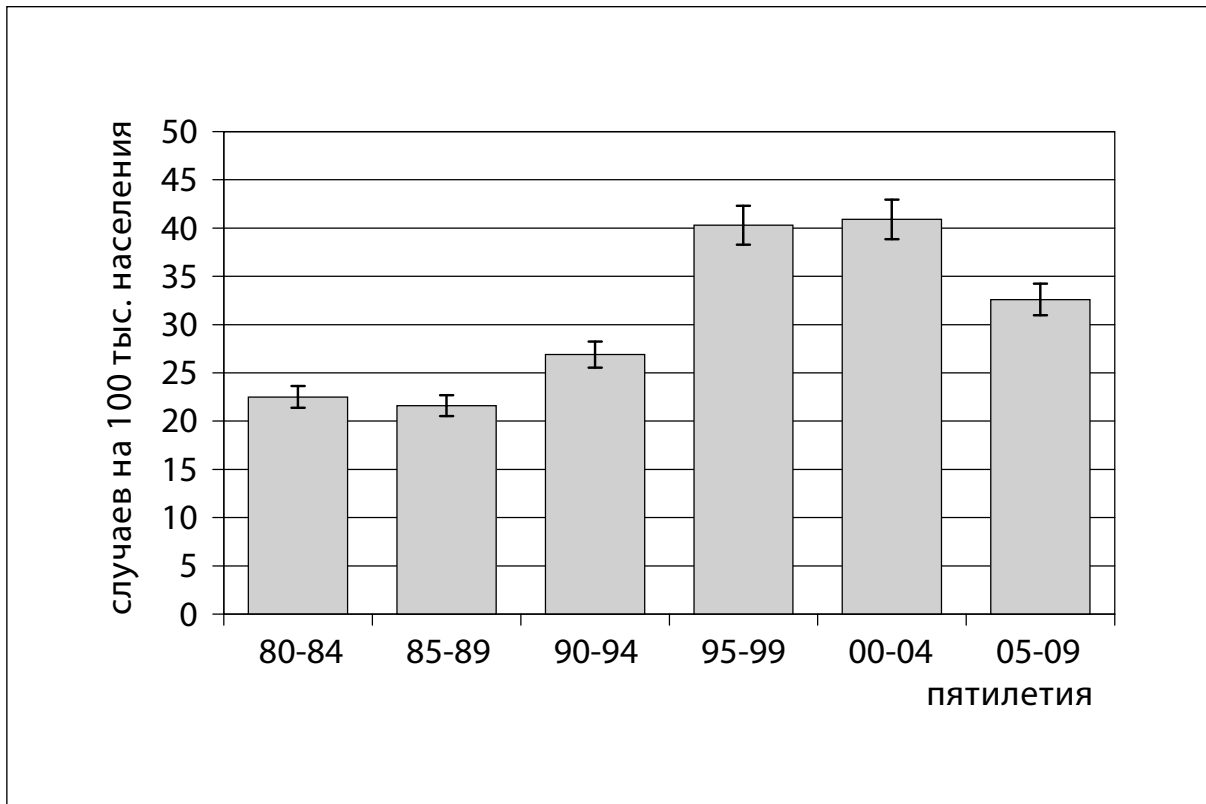


Рис. 3. Неотложная хирургическая активность при язвенной болезни у жителей Гомельской области по пятилетиям 1980–2009 гг.

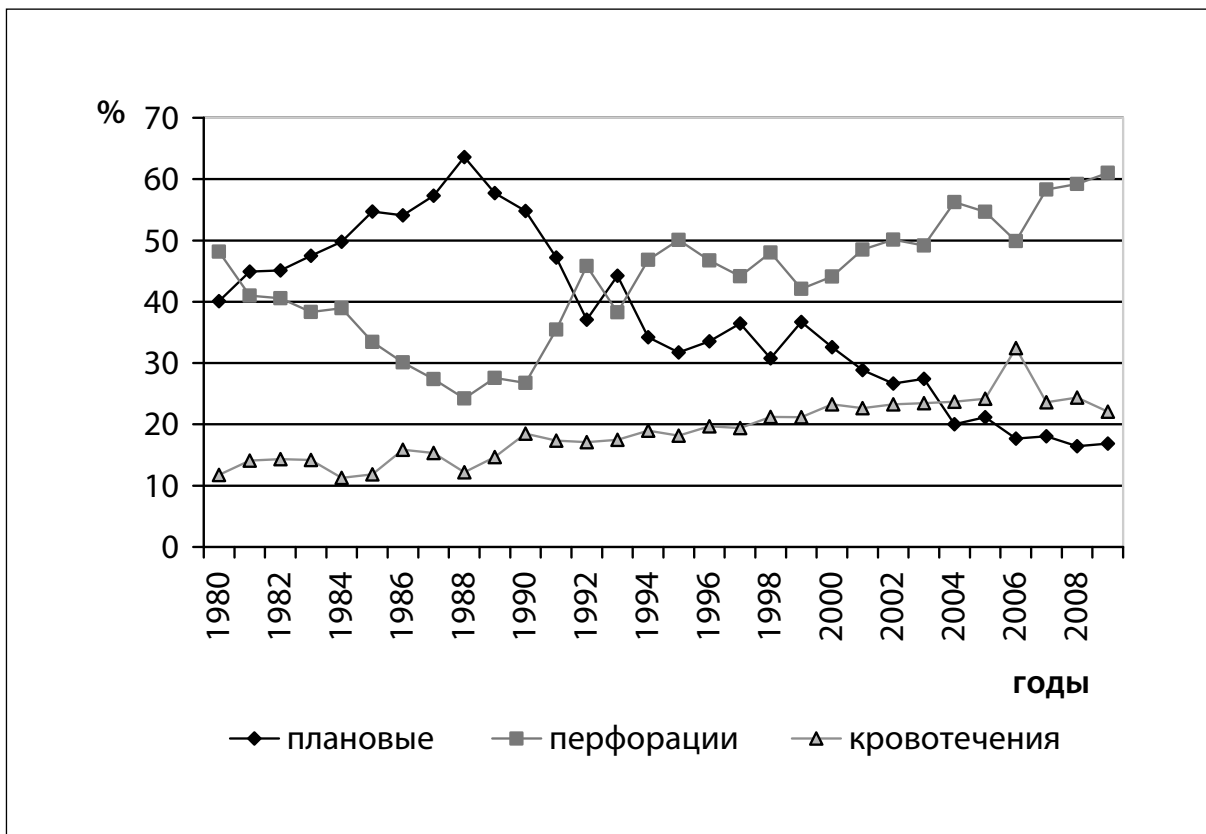


Рис. 4. Удельный вес неотложных и плановых операций при ЯБ у жителей Гомельской области.

увеличился, а плановых снизился. При этом общая ПХА за первое и последнее пятилетия анализируемого периода достоверно не отличается.

Отдельно динамика неотложной хирургии ЯБ представлена на *рис. 3*. Противоречия декларируемым гастроэнтерологами успехам в решении проблемы ЯБ, неотложная хирургическая активность во второй половине «нулевых» отчетливо превышает аналогичные показатели 80-х и первой половины 90-х годов! И это при том, что оперативная активность при язвенных кровотечениях за счет возросшей эффективности эндоскопического гемостаза повсеместно снизилась.

Корреляционная зависимость частоты неотложных и плановых операций при ЯБ за 1980–2009 гг. демонстрируется на *рис. 4*. На графике видно, что изменения удельного веса этих операций происходили в достаточно строгой взаимосвязи. Доля неотложных операций при язвенных кровотечениях равномерно возрастала с 11,7% до 23,7%, но до 2004 г. в структуре ПХА оставалась минимальной. Долевые кривые плановых вмешательств и операций при прободных язвах напоминают отражение, демонстрируя сильную обратную зависимость. В 80-е гг. (кроме начала декады) доля плановых вмешательств в структуре ПХА безусловно преобладала, будучи в среднем 52,9%, и достигла максимума в 63,6% в 1988 г. («чернобыльский» пик). Операции при прободных язвах составляли треть (32,9%), вмешательства при кровотечениях — 14,2%.

Начало 90-х сопровождалось резким сокращением удельного веса плановых операций и столь же выраженным ростом доли операций при прободных язвах. Тогда трижды возникали «ножницы», когда приоритеты в ПХА переходили от плановых операций к вмешательствам при прободениях и наоборот. После 1993 г. в структуре ПХА «лидирующее» место стабильно заняли вмешательства при перфоративных язвах. На их долю в 90-е гг. пришлось 44,2%, плановые операции составили 36,4%, вмешательства при кровотечениях — 19,4%.

За последние 10 лет анализируемого периода доля плановых операций интенсивно снижалась с 32,6 в 2000 г. до 16,9% в 2009 г., составив в среднем 24,3%. Напротив, удельный вес вмешательств при прободных язвах возрос за те же годы с 44,1 до 61,4% (в среднем 53,1%). Доля неотложных операций при кровотечениях несколько снизилась: 23,3 в 2000 г. и 21,7% — в 2009 г. (разница не достоверна). В Западных странах удельный вес операций при кровотечениях в суммарной хирургии ЯБ составляет примерно треть [8, 20, 21].

Всего за 30 лет в областной структуре ПХА при ЯБ 4 раза менялись приоритеты между долями плановых операций и неотложных — при прободных язвах (1980/1981 г., 1991/1992 г., 1992/1993 г. и 1993/1994 г.). После 2004 г. впервые доля плановых операций стала меньше доли

вмешательств при кровотечениях. Следует подчеркнуть, что эти структурные изменения ПХА происходили на фоне отчетливого роста частоты неотложных операций. Так, в 90-е их стало на 52,0% больше, чем в 80-х годах. За 2000–2009 гг. средний прирост к показателю предыдущей декады составил 9,2%, хотя со второй половины «нулевых» наметилась тенденция к его снижению (*рис. 3*).

В 2004 г. плановые операции впервые опустились до 20% от ПХА при ЯБ. Операции при прободениях также впервые достигли 56,2%. При такой динамике в общей структуре противоязвенной хирургии считаем своим долгом подчеркнуть, что суммарная частота операций при ЯБ за первое пятилетие анализируемого периода (1980–1984 гг.) составляла в среднем $41,5 \pm 3,8$ вмешательств на 100 тыс. населения, а за 2000–2009 гг. — $56,5 \pm 6,1$. На сегодня по уровню ПХА при ЯБ регион близок к показателям начала 80-х. Но если тогда плановая хирургия составляла почти половину всех вмешательств, то сегодня — меньше пятой части. При таких пропорциях динамика общей смертности, утраты трудоспособности больных ЯБ очевидна. Данные показатели не снижаются, подтверждая обоснованную тревогу хирургов в преждевременности огульного сокращения плановой хирургии ЯБ.

Необходимо отметить, что представленные в работе аргументы не являются исключительно «гомельским» феноменом. Анализ динамики ПХА при ЯБ и ее структуры в Беларуси за 20 лет (1990–2009 гг.) позволяет экстраполировать наши выводы на все ее регионы. Так, за второе пятилетие «нулевых» при общей ПХА в $33,5 \pm 3,1$ неотложные операции в РБ составили 84,2% с частотой вмешательств при язвенных кровотечениях $9,1 \pm 0,5$ на 100 тыс., а при прободениях — $19,1 \pm 2,1$. «Опережающее» сокращение плановой хирургии ЯБ стало общей тенденцией 90-х и 2000-х годов в большинстве постсоветских стран. В Беларуси интенсивнее всего это происходило у населения Витебской области, где частота плановых вмешательств за 10 лет (1997–2006) снизилась с 36,4 до 4,7 операций на 100 тыс. жителей, или в 7,7 раз! Такого «революционного» сворачивания плановой составляющей ПХА при ЯБ не было ни в одном из регионов Беларуси. Стоит ли радоваться такому «успеху»? За те же годы частота неотложных операций в регионе сократилась только в 1,3 раза. С сожалением следует отметить стабильно высокий уровень прободных язв, даже во второй половине 2000-х превышающий 20 случаев на 100 тыс. населения (для сравнения частота прободных язв на Витебщине за 70–80 годы составляла около 15 случаев, но при уровне плановой хирургии не ниже 20 операций).

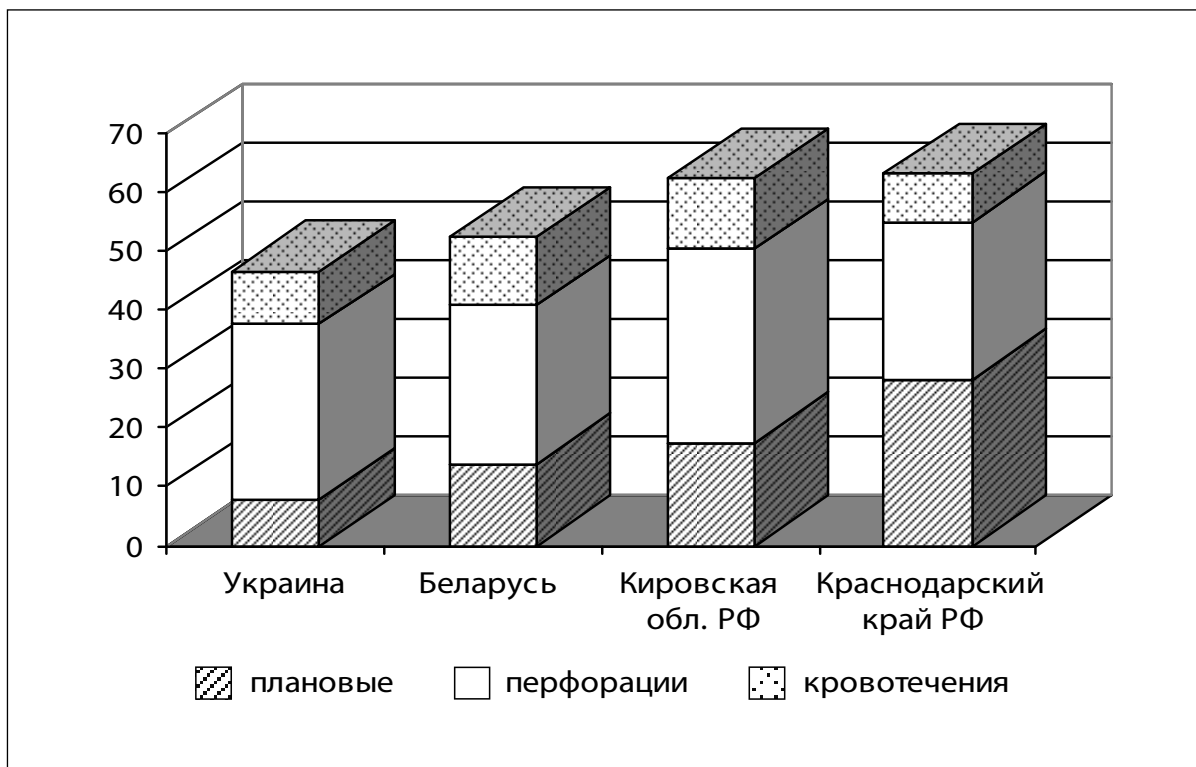


Рис. 5. Популяционная хирургическая активность и ее структура при ЯБ у населения Украины, Беларуси, 2-х регионов России за 2001 г.

Мы располагаем отдельными сведениями по «хирургической эпидемиологии» ЯБ в ряде регионов России, Украины, стран Балтии и др. На рис. 5 приведены сравнительные данные по ПХА при ЯБ в 2001 г. по Украине, Беларуси и двум регионам России: Кировской области и Краснодарскому краю. На Украине и в Беларуси величины ПХА близки, но за счет большей доли плановой хирургии в РБ неотложные операции составили 73,7%, а на Украине — 83,0%. В Кировской области и Краснодарском крае ПХА при ЯБ заметно выше, но также близки по величине. Вследствие отчетливо большей доли плановой составляющей частота неотложных операций при кровотечениях и прободениях на Кубани ниже, чем в Кировской области. Таким образом, необходимо признать объективность общей величины ПХА. При этом не будет преувеличением утверждение, что неотложная составляющая хирургической активности при ЯБ — в большей степени величина объективная, а плановая — субъективная, во многом определяемая медицинским общественным мнением.

Недостаток фактического материала за большой промежуток времени не позволяет провести достоверный статистический анализ взаимосвязи составляющих ПХА при ЯБ в странах СНГ, тем не менее, мы полагаем, что описанные закономерности являются реальностью (как минимум, в рамках «постсоветского пространства»). Подтвержденная во всех регионах Беларуси обратная зависимость частоты перфоративных язв и плановых операций является одной из значимых

причин сохранения повышенного уровня неотложной хирургической активности при ЯБ в странах СНГ вследствие форсированного сокращения плановой хирургии.

Наметившуюся с середины «нулевых» тенденцию к снижению ПХА при ЯБ нельзя объяснить только успехами консервативной терапии, на чем порой настаивают гастроэнтерологи. Важнейшая причина происходящего — позитивные перемены в социальной и экономической сферах жизни общества, а также адаптация населения к изменившимся условиям. Все это ведет к снижению уровня социального стресса и тем самым — популяционной тяжести ЯБ [23]. Другой вероятный фактор — истощение «хирургического ресурса» популяции больных ЯБ вследствие небывало высокой ПХА при данном заболевании в 90-е годы и первую половину «нулевых». Известно, что прооперированные больные в дальнейшем реже обращаются за медицинской помощью, чем «язвенники», лечась консервативно. Дополнительным позитивным моментом является естественное снижение популяционной тяжести ЯБ при смене фазы солнечной активности в 11-летнем ее цикле [23]. Какой из указанных моментов играет ведущую роль, однозначно утверждать сложно. Многолетний практический опыт и знание реальной ситуации в поликлиническом и стационарном звене отечественного здравоохранения убеждают нас, что возросшее качество консервативного лечения больных ведущим фактором снижения ПХА

при ЯБ не является [22, 24]. В конечном итоге эффективность применяемой лечебной стратегии при ЯБ в масштабах региона и целой страны должна определяться динамикой популяционной тяжести заболевания. Для этого, помимо частоты экстренных операций на 100 тыс. населения в год (в первую очередь — при прободных язвах), необходимо учитывать и их соотношение с частотой плановых вмешательств.

Таким образом, ПХА при ЯБ — объективная величина, никогда не бывающая «нулевой», которая определяется популяционной тяжестью заболевания и адекватностью лечебной стратегии, весьма мало зависит от «маастрихтских» и им подобных соглашений. В отечественных условиях рост ПХА отмечается в периоды повышенного социального стресса, снижение сегодня в большей мере имеет социальную и геофизическую, а не медицинскую природу. Так, на *рис. 1* видны два отчетливых пика показателя: 1988 г. — «чернобыльский» и 1999 г. — следствие «дефолта», так как экономика юго-восточной части Беларуси тесно интегрирована с российской. Первый, обусловленный «информационным» стрессом аварии, оказал основное воздействие на население с высоким образовательным и профессиональным статусом и через затяжные обострения ЯБ отразился главным образом на плановой составляющей ПХА. Частота перфоративных язв в те годы даже снизилась, так как плановые операции упредили прободение у части больных с тяжелым течением заболевания. Второй пик был связан с резким снижением уровня жизни всех слоев населения и вызвал рост всех составляющих ПХА. Уместно напомнить, что в России именно в 1999 г. была отмечена максимальная частота прободных язв, в среднем превысившая 30 случаев, а в ряде регионов — даже 40!

Итак, плановая и экстренная составляющие ПХА при ЯБ в отечественных условиях находятся в обратной зависимости. Чрезмерное снижение частоты плановых операций при высокой популяционной тяжести заболевания и недостаточной эффективности консервативного лечения способствует росту (или поддерживает повышенный уровень) частоты экстренных операций со всеми вытекающими последствиями. Естественное стремление врачей к минимизации ПХА при ЯБ должно происходить эволюционным путем с учетом выявленных взаимоотношений ее структурных составляющих. Принимая во внимание стабильную заболеваемость ЯБ, выраженную зависимость ее популяционной тяжести от уровня социального стресса, низкую медицинскую

культуру существенной части населения, встречающуюся фальсификацию медикаментов, а также не являющуюся редкостью недостаточную квалификацию врачей, — вне всякого сомнения, актуальность как самой проблемы ЯБ, так и ее хирургического лечения, включая плановое, сохранится в отечественных условиях и в будущем.

ВЫВОДЫ

1. Популяционная хирургическая активность при язвенной болезни — объективная величина, определяемая тяжестью заболевания в регионе (стране) и адекватностью проводимой лечебной стратегии, важнейшим показателем которой является оптимальный уровень плановой хирургии.

2. В течение 30-тилетнего периода (1980–2009 гг.) популяционная хирургическая активность при ЯБ в Гомельской области Беларуси, достигнув максимума в 1995–1999 гг., до сих пор сохраняется на достаточно высоком уровне, втрое превышающем показатели индустриальных стран.

3. Частота неотложных вмешательств при ЯБ ко второй половине 90-х выросла вдвое и, несмотря на тенденцию к снижению со второй половины «нулевых», остается на уровне около 30 операций на 100 тыс. населения.

4. В Гомельской области за 30 лет в структуре популяционной хирургической активности (кроме второй половины 80-х) доля неотложных операций при ЯБ прогрессивно возрастала и в настоящее время превысила 80%. Удельный вес операций при язвенных кровотечениях достиг четверти, а при прободениях — половины всех вмешательств.

5. Доля плановых операций в структуре противоязвенной хирургии у жителей Гомельщины с 1988 г. сокращалась и после 1994 г. стала меньше доли операций при прободных язвах, а после 2004 г. — меньше доли операций при язвенных кровотечениях.

6. На примере Гомельской области установлено, что частота плановых и неотложных операций при ЯБ в отечественных условиях находится в обратной зависимости. Чрезмерное сокращение плановой хирургии ЯБ со второй половины 90-х является одной из причин сохраняющейся высокой частоты неотложных операций и вследствие этого — повышенной летальности и инвалидности при этом заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маят В. С., Панцырев Ю. М., Квашин Ю. К. и соавт. Резекция желудка и гастрэктомия. — М.: Медицина, 1975. — 307 с.
2. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 21-st ed. — Chapman & Hall Medical. — 1992. — 1519 p.
3. Sabiston D. C. Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice. 16-th ed. — 2001. — P. 843–854.
4. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П., Агафонова Н. А. Тридцатилетний опыт лечения больных язвенной болезнью // Клин. мед. — 1999. — № 9. — С. 45–50.
5. Tytgat G. N. J. Duodenal ulcer disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1996; 8 (8): 829–834.
6. Призенцов А. А. Дифференцированная хирургическая тактика при различных формах язвенного пилородуоденального стеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Гродно, 2004. — 22 с.
7. Jamieson G. G. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease // Wld. J. Surg. — 2000; 24 (3): 256–258.
8. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials // Wld. J. Surg. — 2000; 24 (3): 299–306.
9. Лечение язвенной болезни: взгляды терапевта и хирурга (материалы «круглого стола») // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — № 2. — С. 9–16.
10. Aoki T. Current status and problems in the treatment of gastric and duodenal ulcer disease: introduction // World. J. Surg. — 2000. — 24 (1): 249–252.
11. Glise H. Epidemiology of peptic ulcer disease, current status and future aspects // Scand. J. Gastroenterol. — 1990. — 25: 7–13.
12. Laine L. Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here?; In AGA postgraduate course; May 18–19, 2002. — Course syllabus. — San Francisco. — 2002. — P. 20–25.
13. Martin R. F. Surgical management of ulcer disease // Surg. Clin. N. Am. — 2005. — 85: 907–929.
14. Ивашкин В. Т. Иван Петрович Павлов (К 100-летию присуждения Нобелевской премии) // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2004. — № 6. — С. 4–28.
15. Шапошников А. В. Язвенная болезнь в зеркале статистики // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2006. — 1: 139.
16. Sonnenberg A. Peptic Ulcer; In Digestive Diseases in the United States: Epidemiology and Impact/Ed. J. E. Everhart. — NIH Publication. — 1994. — P. 357–409.
17. Fletcher D. Peptic disease: can we afford current management? // Aust. N. Z. J. Surg. — 1997. — 67 (2–3): 75–80.
18. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O. B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — 101 (5): 945–953.
19. Gilliam A. D., Speake W. J., Labo D. N. et al. Current practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom // Brit. J. Surg. — 2003. — 90 (1): 88–90.
20. Higham J., Kang J.-Y., Majeed A. Recent trends in admission and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among old subjects [Electronic resource]. — 2001. — Mode of access: <http://gut.bmj.com/cgi/content/full/50/4/460>. — Date of access: 17.02.2010.
21. Wang Y. R., Richter J. E., Dempsey D. T. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006 // Ann. Surg. — 2010. — 251 (1): 51–58.
22. Пиманов С. И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. — М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 378 с.
23. Лобанков В. М. Язвенная болезнь: концепция популяционной тяжести // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2009. — № 1. — С. 19–25.
24. Страчунский Л. С., Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. и соавт. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармако-эпидемиологического исследования // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2005. — № 6. — С. 16–21.