

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ТЯЖЕСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Лобанков В. М.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Лобанков Владимир Михайлович

246006, Беларусь, Гомель, ул. Мазурова, 44–28

Тел.: 8 (10 375) 232 393 912

E-mail: lobankov1959@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В качестве критерия популяционной тяжести язвенной болезни обоснована частота перфоративных язв на 100 тыс. населения региона, страны. На основе многолетних отечественных и зарубежных данных предложена градация показателя: до 10 случаев — низкая, 10–20 случаев — средняя, 20–30 — высокая и более 30 — очень высокая. Величина популяционной тяжести язвенной болезни зависит от генетических, демографических особенностей населения, социально-экономических особенностей общества, хронобиологических особенностей временного периода, эффективности применяемых лечебных технологий. Экономически развитые страны сегодня характеризуются низким уровнем показателя, страны СНГ — средним и высоким. Чем выше популяционная тяжесть язвенной болезни, тем чаще в лечении больных должна применяться плановая хирургия.

Ключевые слова: язвенная болезнь; популяционная тяжесть язвенной болезни; частота перфоративных язв.

SUMMARY

As it's criteria population heaviness of peptic ulcer disease is the frequency of perforated peptic ulcer per 100.000 population of the region, the country is taken. According to vast domestic and foreign data the gradation of this index is presented: up to 10 cases — low, 10–20 — middle, 20–30 — high, and over 30 — extremely high. The level of peptic ulcer population heaviness depend of genetic, demographic peculiarities of the society, social and economic situation, chronobiologic features of time period and the effectiveness of the treatment. Highly developed industrial countries are characterized by low index now, CIS countries — middle and high index. The higher peptic ulcer population heaviness, the more often definite preventive surgery should be used.

Keywords: peptic ulcer disease; population heaviness of peptic ulcer; frequency of perforated ulcer.

Язвенная болезнь (ЯБ) в XX веке была признана главной проблемой гастроэнтерологии, над решением которой работали ведущие специалисты многих стран мира. Основными вехами второй половины прошлого столетия, позволившими взять под контроль это заболевание, можно назвать разработку и внедрение в 60–70-е годы органосохраняющих операций на основе селективной проксимальной ваготомии (СПВ), в 70–80-е — эффективных блокаторов желудочной секреции и в 90-е годы — антихеликобактерных схем лечения. Между тем даже на сегодняшний день нельзя считать ЯБ сугубо «терапевтическим» заболеванием. В большинстве экономически развитых

стран за последние 20–30 лет общая частота хирургических вмешательств при ЯБ существенно сократилась, например, в США — почти вдвое. Так, если в 1993 году в этой стране по поводу язвенных кровотечений, перфораций и стенозов было выполнено более 47 тыс. операций, или около 20 на 100 тыс. населения, то в 2006 году — соответственно более 37 тыс., или около 12 на 100 тыс. жителей [1]. Сокращение общей хирургической активности коснулось главным образом плановой хирургии, при этом частота неотложных операций при перфоративных и кровоточащих язвах уменьшилась не столь заметно [2–4]. Контингент оперируемых больных сместился в пожилые возрастные группы.

В большинстве случаев хирурги ограничиваются нерадикальными вмешательствами, а после операции назначают противоязвенную терапию. Общая и послеоперационная летальность при ЯБ снизилась незначительно или осталась прежней. Сегодня положение в хирургии ЯБ в индустриальных странах напоминает ситуацию столетней давности, когда операции выполнялись исключительно по жизненным показаниям для местной коррекции развившегося осложнения.

Стремление врачей экстраполировать опыт западных стран в отечественные условия без учета возросшей в 90-е годы остроты проблемы привело к росту летальности и инвалидности больных. Общими особенностями «постсоветских» стран стали нарушенная система диспансеризации больных ЯБ, отсутствие четких критериев эффективности лечения в массовом масштабе, традиционная несогласованность тактики терапевтов и хирургов, а также недостаток эпидемиологических исследований. Без сомнения, роль и значимость хирургических методов лечения ЯБ в разное время и в разных странах существенно отличались. В «постсоветских» странах, как показали эпидемиологические исследования, частота плановых и неотложных операций при ЯБ находится в обратно пропорциональной зависимости [5]. Особенно это касается перфоративной язвы, которая сейчас стала самым частым (не менее 60% всех операций) поводом для хирургического лечения больных. Таким образом, для уменьшения летальности и инвалидизации в популяции больных ЯБ, помимо современной консервативной терапии, необходимо оптимальное применение плановых хирургических технологий. «Объективизация» этого положения для конкретного региона или страны в определенный период возможна на основе показателя **популяционной тяжести ЯБ** [5].

Данное понятие отражает долю пациентов с тяжелым и осложненным течением ЯБ в общей популяции больных. Количественная оценка этих составляющих затруднена вследствие сложности их учета, неоднозначности определения тяжелого варианта болезни, зависимости величины первичной и общей заболеваемости ЯБ от обращаемости больных и т. д. О тяжести ЯБ в регионе можно судить по частоте неотложных операций при язвенных кровотечениях и прободениях на 100 тыс. населения в год. Так как хирургическая активность при кровотечениях варьирует, наиболее простым и объективным критерием популяционной тяжести ЯБ является частота перфоративных язв на 100 тыс. населения в год. Этот показатель строго учитывается, не зависит от тактических установок, обращаемость при прободениях близка 100%. Большинство больных (порядка 80–90%) до перфорации имели тяжелую форму ЯБ.

На основе многолетних сведений по частоте прободных язв у населения Беларуси, стран СНГ, многих экономически развитых и развивающихся государств нами предложена следующая градация

показателя: **до 10 случаев перфоративных язв на 100 тыс. населения в год — популяционная тяжесть ЯБ низкая, 10–20 случаев — средняя, 20–30 — высокая и более 30 — очень высокая** [5]. В индустриальных странах в настоящее время низкая популяционная тяжесть ЯБ [3; 4; 6], в большинстве стран «третьего мира» и СНГ — средняя и высокая [2; 5; 7].

Величину популяционной тяжести ЯБ определяет взаимодействие многих факторов. К ним, во-первых, следует отнести **генетические и фенотипические особенности** населения. Например, у представителей некоторых этнических групп, живущих в естественных условиях (северные народы России, аборигены Австралии, Центральной Африки, жители Малайзии и др.), ЯБ весьма редкое заболевание [4; 8; 9]. Большое значение имеет распространенность курения, алкогольной и наркотической зависимости, ряда сопутствующих заболеваний [10–12].

Важную роль играют **демографические** показатели. Известно, что частота и тяжесть ЯБ существенно различается у женщин и мужчин, сельских и городских жителей, лиц разного возраста, профессиональной и социальной принадлежности [4; 8; 13]. Демографические особенности могут оказывать большее влияние на популяционную тяжесть ЯБ, чем состояние диспансеризации и уровень оказания медицинской помощи. В 1950 году в Белоруссии частота прободной язвы составляла 6,3 наблюдения на 100 тыс. населения. Столь малый показатель за последующие годы не был зафиксирован ни разу! Этот феномен можно объяснить выраженным дефицитом мужчин молодого и среднего возраста, основных «поставщиков» прободной язвы, спустя 5 лет после войны. Влияние другого демографического показателя — урбанизации на популяционную тяжесть ЯБ можно проследить на примере современной Украины. В промышленной Запорожской области в 2001 году частота перфоративной язвы была близка 40 наблюдениям (39,2), в то же время в аграрном западном регионе — вдвое меньше — $18,8 \pm 1,9$ случая на 100 тыс. населения [7]. В некоторых странах СНГ существенным фактором снижения популяционной тяжести ЯБ за последние годы стала массовая трудовая миграция мужчин работоспособного возраста.

Тяжесть ЯБ существенно зависит от уровня **социального стресса**: экономические кризисы, военные конфликты, техногенные и экологические катастрофы приводят к ее росту. Распад СССР и системный кризис 90-х годов привели к резкому увеличению частоты осложненных форм ЯБ. В большинстве «постсоветских» стран частота перфоративных язв выросла вдвое, достигнув 25–30 и более наблюдений на 100 тыс. населения (рис. 1–3). В БССР в течение 60–80-х годов популяционная

тяжесть ЯБ была средней величины и оставалась относительно стабильной. Внедрение эффективных противоязвенных препаратов и схем лечения в 80–90-е годы в отличие от экономически развитых стран никак не отразилось на этом показателе, тогда как социальный стресс 90-х годов привел к его беспрецедентному росту.

В России наибольший за 90-е годы уровень популяционной тяжести ЯБ был отмечен в 1999 году как отголосок экономического дефолта августа 1998 года. Тогда в отдельных регионах показатель превысил 35 и даже 40 наблюдений на 100 тыс. населения. Так, в Кировской области при населении 1,6 млн человек было зарегистрировано 659 перфоративных язв, или 41,3 случая на 100 тыс. жителей.

Индикатором социальной напряженности может служить острота суицидной ситуации [11; 14]. Нами были изучены соответствующие данные по Гомельской области за период с 1970 по 2007 год. При корреляционном анализе частоты суицида и перфоративной язвы на 100 тыс. жителей выявлена их сильная прямая взаимосвязь ($r = 0,66$). На *рис. 4* представлены совмещенные графики. Величины обоих показателей и их тренды весьма близки.

Популяционная тяжесть ЯБ также зависит от **хронобиологических особенностей** временного периода. В работах отечественных исследователей еще в 80-е годы прошлого века сообщалось, что периоды колебаний солнечной активности и первичной заболеваемости ЯБ примерно одинаковы, но имеют противоположные фазы, то есть при росте солнечной активности отмечается уменьшение заболеваемости и наоборот [13; 15]. Нами подтверждена эта зависимость на примере Белоруссии за 1985–2006 годы [16]. Поскольку первичная заболеваемость ЯБ по обращаемости определяется частотой обострений, логично предположить, что и частота осложнений в популяции также может зависеть от циклов солнечной активности. Длительность цикла по числам Вольфа составляет в среднем 11 лет. В 2006 году произошла очередная смена фазы солнечной активности, начался ее рост и соответственно спад тяжести ЯБ. В Беларуси достоверное снижение частоты перфоративной язвы (с 22,2 до 18,1) отмечено только после 2006 года. Ни медицинскими, ни экономическими переменами объяснить этот феномен невозможно.

Мы располагаем данными по ряду регионов России: Брянской, Псковской, Смоленской, Тверской областям, Удмуртии, а также Запорожской и Черниговской областям Украины. Везде в указанных регионах после 2006 года произошло уменьшение популяционной тяжести ЯБ. Связать отмеченные перемены с реальным улучшением качества консервативного лечения ЯБ, на чем настаивают терапевты, весьма сложно. В этой связи вполне уместен вопрос: где была успешная терапия этих больных в 2005-м и предыдущих годах? Также не представляется возможным объяснить отмеченную динамику популяционной тяжести ЯБ после

2006 года влиянием социально-экономических факторов. При бесспорном повышении уровня жизни населения Беларуси и России «революционных прорывов» именно в 2006 году не было. В Черниговской и Запорожской областях Украины частота прободных язв уменьшилась за 2005–2007 годы почти на 5 случаев. Считать это следствием позитивных экономических или медицинских перемен было бы некорректно. Без сомнения, хронобиологическая цикличность проявлений ЯБ не ограничена влиянием солнечной активности. Роль других циклов внешней среды нуждается в дальнейшем изучении.

Наконец, популяционная тяжесть ЯБ зависит от уровня развития и реализации **медицинских технологий**, применяемых в регионе, стране по отношению к этому контингенту больных. Высокая распространенность среди врачей общего профиля ошибок в назначении препаратов и схем противоязвенной терапии, а также недостаточный «комплаенс» существенной доли наших пациентов негативно сказываются на результатах лечения [8; 17]. Кроме того, в отечественных условиях решение проблемы ЯБ не в последнюю очередь определяется уровнем плановой хирургической помощи. В СССР в конце 60-х годов средняя частота перфоративных язв составляла 12–14 наблюдений. Качество консервативной терапии тех лет не требует комментариев, но плановая хирургия ЯБ применялась намного чаще. Следовательно, чем выше популяционная тяжесть ЯБ, тем чаще следует применять плановую хирургию. В противном случае будет поддерживаться повышенный уровень неотложной хирургии со всеми вытекающими последствиями. На *рис. 5* представлена теоретическая схема взаимодействия основных факторов, определяющих популяционную тяжесть ЯБ.

В конкретных условиях значимость влияния разных факторов на популяционную тяжесть ЯБ существенно отличается. Выше была указана роль демографических характеристик населения послевоенной Белоруссии. В кризисные 90-е годы основным определяющим фактором стал уровень социального стресса. Для стран Запада в 80–90-е годы на фоне социальной и экономической стабильности наиболее значимой стала медицинская составляющая. Внедрение эффективных противоязвенных препаратов позволило заметно сократить плановую хирургическую активность без роста частоты осложнений и неотложных операций. Уменьшение частоты перфоративных язв в Беларуси, отдельных регионах России и Украины именно после 2006 года на фоне относительной стабильности основных демографических и экономических показателей можно объяснить в первую очередь хронобиологической составляющей этого заболевания. Если в 90-е годы резкий рост частоты прободных язв объяснялся в первую очередь негативными социально-экономическими переменами, то сохраняющаяся на повышенном уровне их частота в первой половине текущей декады (на фоне очевидного роста

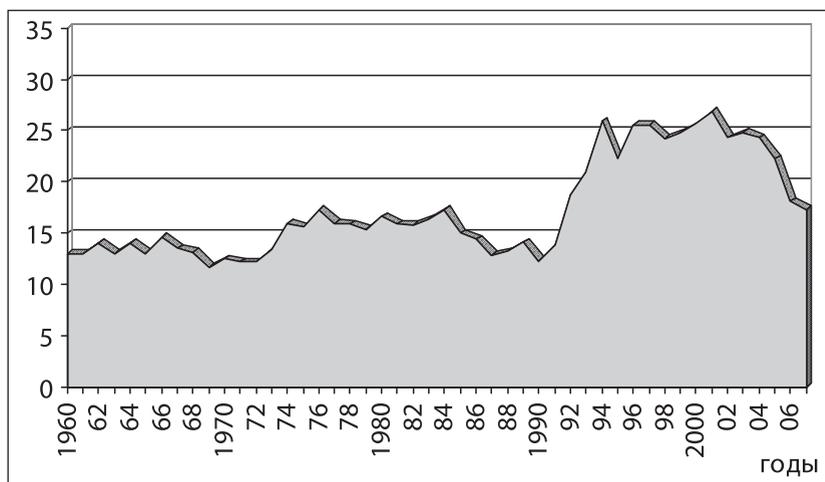


Рис. 1. Частота перфоративных язв у населения Беларуси

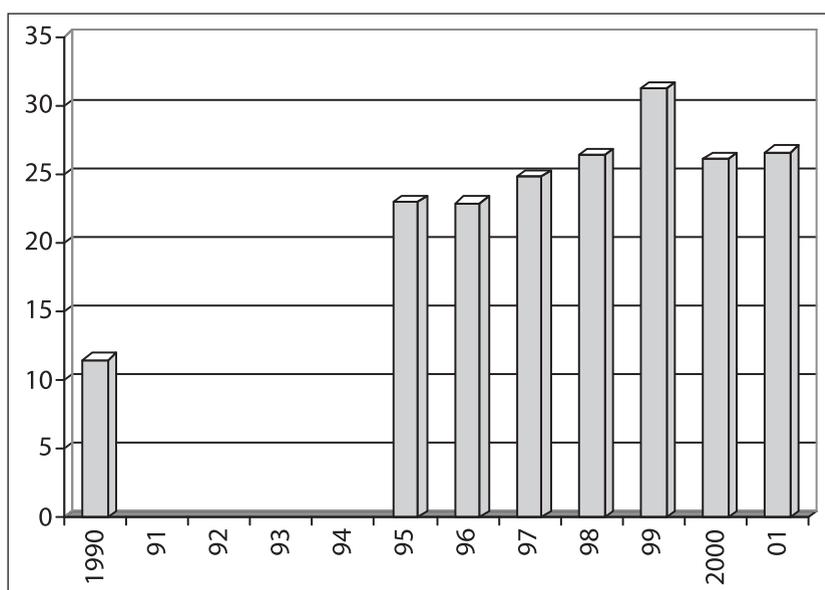


Рис. 2. Частота перфоративных язв у населения России

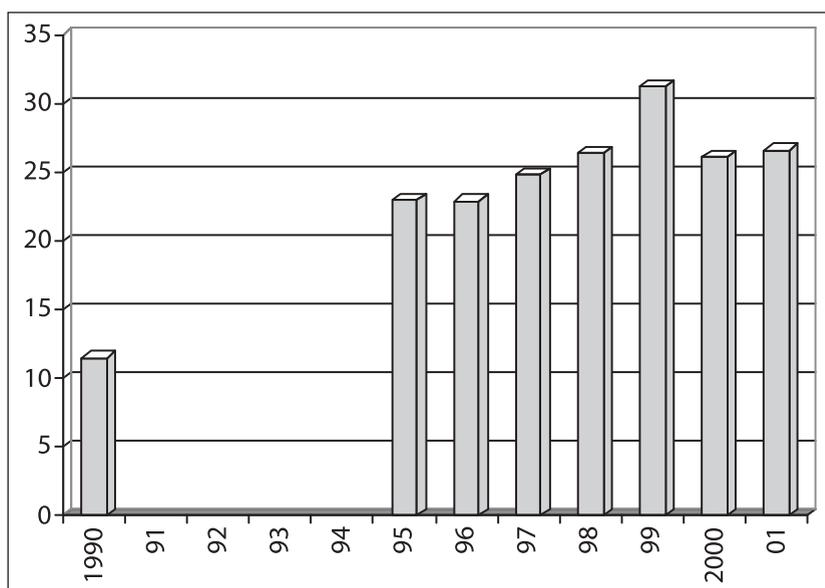


Рис. 3. Частота перфоративных язв у населения Украины



Рис. 4. Частота перфоративных язв и суицидов у жителей Гомельской области

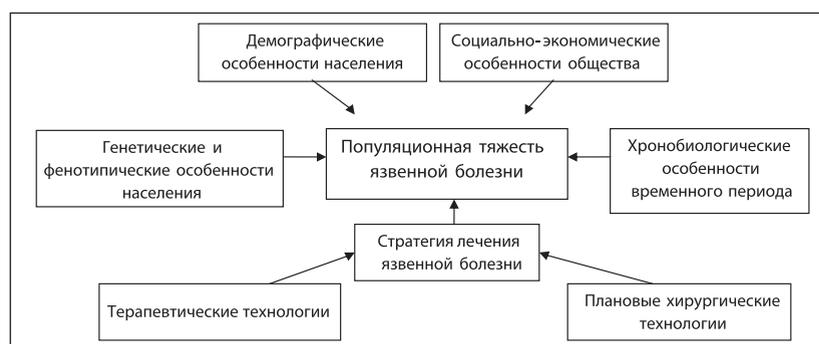


Рис. 5. Факторы, определяющие популяционную тяжесть язвенной болезни

уровня жизни населения и социальной стабилизации) в большей мере зависела от чрезмерного сокращения плановой хирургии ЯБ. Не получая в силу различных обстоятельств адекватного консервативного лечения, пациенты с тяжелым течением заболевания нередко впервые поступают в стационары по неотложным показаниям.

В итоге изменения популяционной тяжести ЯБ — результат суммарного взаимодействия многих факторов. Наблюдаемую последние несколько лет позитивную динамику не следует толковать однозначно. Без сомнения, свою роль сыграли положительные перемены в экономике и социальной сфере, адаптация к новым отношениям в постсоветском обществе, повышение качества консервативной терапии, в какой-то мере — «истощение хирургического ресурса» в популяции больных (вследствие беспрецедентно высокой хирургической активности в 90-е годы), хронобиологические изменения заболевания. Как расставить эти и, возможно, другие факторы по приоритетности? Видимо, вопрос не самый принципиальный. Важно достичь понимания, что формировать лечебную стратегию необходимо не на уровне нереализуемых благих пожеланий или навязываемых извне доктрин, а на компромиссной основе по конкретным эпидемиологическим показателям. Для этой цели как нельзя лучше подходит критерий популяционной тяжести ЯБ.

Считаем целесообразным для стран СНГ формировать региональные реестры показателя и обсуждаемые данные включить в отчетные показатели гастроэнтерологов. Прикладное значение таких реестров видим в повышении заинтересованности во взаимодействии терапевтической и хирургической служб в лечении этой категории больных, объективизации оценки эффективности совместных лечебных мероприятий, в определении объема плановой хирургической помощи больным ЯБ. Касаясь последнего тезиса, мы полагаем, что частота плановых операций у больных ЯБ в регионе должна быть не меньше частоты перфоративных язв, а выполнять эти вмешательства необходимо в специализированных центрах.

Не вызывает сомнения тот факт, что тактика лечения конкретного больного зависит от тяжести течения ЯБ. На индивидуальном уровне выделяют легкое, среднетяжелое и тяжелое течение в зависимости от частоты и длительности обострений, присоединения осложнений. При легком варианте о хирургическом лечении речь не идет, при тяжелом неосложненном течении плановое хирургическое лечение может быть целесообразным, если консервативными мерами по разным причинам заболевание не удастся держать под контролем. При острых осложнениях (перфорациях и кровотечениях) неотложная операция — вынужденное,

но далеко не оптимальное решение. Такая тактиче- ская «вариантность» при любом уровне развития медицинских технологий врачами воспринимается без возражений, несмотря на максимальные риски urgentных ситуаций. Однако на уровне популяции больных ЯБ большинство гастроэнтерологов пред- лагают универсальную консервативную стратегию независимо от остроты проблемы в конкретных условиях. Между тем антихеликобактерная тера- пия, пропагандируемая в качестве лечения вы- бора для подавляющего большинства пациентов, по эффективности предупреждения рецидива в отдаленные сроки существенно уступает орга- носохраняющей хирургии. Выбор тактики лечения пациентов с тяжелым неконтролируемым течением заболевания следует формировать, ориентируясь на многолетнюю перспективу. Органосохраняющие технологии с их минимальным риском и высоким

качеством жизни остаются при этом опти- мальным и приемлемым методом лечения.

Стоит напомнить, что сегодня по уровню популяционной тяжести ЯБ мы не только уступаем экономически развитым странам, но еще не достигли советских показателей 60–80-х годов, когда возможности консер- вативной терапии были намного скромнее. Но в те годы достаточно широко применялась плановая хирургия. Минимизация популя- ционной тяжести ЯБ и, следовательно, ле- тальности и инвалидности возможна только путем оптимального сочетания консерватив- ного и планового хирургического лечения этих больных, так как согласно хрестоматий- ной эмпирической формуле **среди экстренно оперируемых больных ЯБ не удастся спасти как минимум каждого десятого.**

ЛИТЕРАТУРА

1. 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. — Vol. 251, № 1. — P. 51–58.
2. Jamieson G. G. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease // *Wld. J. Surg.* — 2000. — Vol. 24, № 3. — P. 256–258.
3. Martin R. F. Surgical management of ulcer disease // *Surg. Clin. N. Am.* — 2005. — Vol. 85. — P. 907–929.
4. Soll A. H. Peptic ulcer and its complications // *Gastrointestinal and liver disease.* — Philadelphia — London — Toronto — Monreal-Sydney — Tokyo: Slesinger and Fordtran's, 1998. — Vol. 1. — P. 620–678.
5. Лобанков В. М. Язвенная болезнь: концепция популяционной тяжести // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* — 2009. — № 1. — P. 19–25.
6. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis // *Wld. J. Surg.* — 2000. — Vol. 24. — P. 277–283.
7. Шалимов А. А., Картиш А. П., Братусь В. Д. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996–2001 гг.) // *Мат. на XX съезд хирургов Украины.* — Киев, 2002. — 67 с.
8. Пиманов С. И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. — М: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 378 с.
9. Цуканов В. В., Штыгашева О. В. Ассоциация распространенности диспепсии и распространенности язвенной болезни у населения Хакасии // *Гастроэнтерол.* — СПб., 2005. — № 1–2. — М153–154.
10. Новик А. А., Ионова Т. И., Шуваев В. А. и др. Популяция больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки гетерогенна по ин- тегральному показателю качества жизни // *Гастроэнтеро- логия.* — СПб., 2004. — № 2–3. — М103.
11. Черновитов Е. В. Социальная медицина. — М.: Академ. Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. — 624 с.
12. Sipponen P. Peptic ulcer disease/Gastrointestinal and oesophageal pathology // Ed. R. Whitehead. 2nd ed. — London: Churchill Livingstone, 1995. — P. 512–523.
13. Шапошников А. В., Неделько А. И., Пантелева Л. А. Ва- готомия в лечении пилородуоденальных язв. — Ростов-н/Д., 1989. — 189 с.
14. Анохин Л. В., Бойко И. Б. Общие закономерности разви- тия суицидной ситуации в стране // *Здравоохран. РФ.* — 2000. — № 3. — С. 20–22.
15. Комаров Ф. И., Рапопорт С. И. Хронобиология и хроно- медицина. — М.: Триада-Х, 2000. — № 488. — С. 3.
16. Лобанков В. М., Камбалов М. Н. Влияние солнечной актив- ности на популяционную тяжесть язвенной болезни // *Пробл. здор. экол.* — 2008. — № 2. — С. 142–146.
17. Страчунский Л. С., Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. и др. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармако- эпидемиологического исследования // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 2005. — № 6. — 16–21.