

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.33-002.44-089-036.22(476.2)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

В.М. Лобанков

Гомельский государственный медицинский университет

Проведен эпидемиологический анализ экстренных и плановых операций при язвенной болезни в Гомельской области с 1980 по 2002 год. Отмечено постепенное трехкратное повышение частоты операций при язвенных кровотечениях. Удвоение частоты перфоративных язв произошло с начала 90-х годов и совпало с распадом СССР. Авария на ЧАЭС не отразилась на частоте неотложных операций, но сопровождалась 5-летним пиком плановых операций. Анализируемый период характеризуется резким ростом осложненных форм язвенной болезни и увеличением пропорции неотложных операций. Помимо повышения эффективности консервативной терапии необходимо широко применять превентивную плановую хирургию.

Ключевые слова: язвенная болезнь, экстренные и плановые операции, хирургическая эпидемиология, Чернобыльская авария, превентивная плановая хирургия.

SURGICAL EPIDEMIOLOGY OF PEPTIC ULCER IN GOMEL REGION

V.M. Lobankov

The epidemiological analysis of urgent and planned operations at peptic ulcer in Gomel region for the period of 1980—2002 has been conducted. The gradual increase of the number of operations in three times at ulcer bleeding was marked. Doubling of the number of perforated ulcers occurred in late 90s and coincided with the collapse of the USSR. The Chernobyl accident did not influenced the number of urgent operations but was followed with 5-years peak of planned operations. The analyzed period is characterized with sharp growth of complicated forms of peptic ulcer and the increase of the proportion of urgent operations. Apart from the improvement of the efficiency of the conservative therapy, the widespread implementation of preventive planned surgery is necessary.

Key words: peptic ulcer, urgent and elective operations, surgical epidemiology, Chernobyl accident, preventive definite surgery

По данным ведущих гастроэнтерологов, заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 30 лет существенно не меняется и составляет в разных странах 140—180 случаев на 100 тыс. населения [1, 6, 11]. Последняя декада XX века и начало нового столетия в Беларуси характеризуется существенным возрастанием пропорции осложненных форм язвенной болезни. Так,

частота перфоративных язв возросла в среднем в 2 раза [4, 7]. Также значительно увеличилось количество язвенных кровотечений, в том числе требующих неотложных операций [2, 8]. Представляет большой практический интерес системный анализ эпидемиологических данных по экстренной и плановой хирургии язвенной болезни в конкретных регионах. Именно такой анализ позволяет оценить реальное состояние проблемы, эффективность

проводимых лечебных мероприятий, наметить пути устранения имеющихся недостатков.

Целью работы было проанализировать относительную частоту экстренных и плановых операций при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, их соотношение в структуре общей хирургической активности, региональные особенности и тенденции последних десятилетий для данного заболевания в Гомельской области. Для этого, по данным годовых отчетов Управления здравоохранения Гомельского облисполкома и отдела статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь, было изучено абсолютное число экстренных и плановых операций в Гомельской области с 1980 по 2002 год. Демографическая ситуация в Гомельской области, как и в большинстве регионов Беларуси за последнюю декаду XX века характеризуется отрицательным приростом населения. Это связано с заметным снижением рождаемости, а также с миграцией жителей. С учетом динамики численности населения области рассчитана относительная частота неотложных вмешательств при перфоративных и кровоточащих язвах, а также плановых операций на 100 тысяч населения. Особый интерес представлял вопрос о влиянии последствий Чернобыльской аварии на течение язвенной болезни в областной популяции больных.

Абсолютное и относительное количество экстренных и плановых операций при язвенной болезни за весь анализируемый период представлено в таблице. Относительная частота неотложных операций по поводу язвенных кровотечений изменялась с 4,8 в 1980 г. до 15,0 в 2000 и 2001 гг., в среднем $6,6 \pm 0,4$ за 80-е годы и $11,0 \pm 0,9$ за 90-е. Дуоденальные язвы как причина кровотечений доминировали, на их долю пришлось около 70%. По сравнению с республиканскими данными за 1990—2002 гг. (до 1990 г. количество операций при язвенных кровотечениях отделом статистики МЗ РБ не учитывалось), данный показатель в Гомельской области был несколько выше: $11,0 \pm 0,9$ и $10,8 \pm 1,6$, соответственно. С 1980 г. и вплоть до 2000 г. относительное

количество операций при язвенных кровотечениях постепенно увеличилось практически втрое, в 2002 г. произошло заметное снижение до 11,6. Обращает на себя внимание отсутствие каких-либо изменений в динамике частоты операций в ответ на Чернобыльскую аварию 1986 года.

Как мы уже писали в ряде предыдущих публикаций, 90-е годы XX и начало XXI века охарактеризовались резким, в среднем вдвое, ростом частоты перфоративных гастродуоденальных язв [3, 5]. Подавляющее большинство перфораций (70—80%) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию. По сравнению со средними данными по республике, в области отмечена стабильно более высокая частота перфоративных язв. Если в Беларуси за 80-е годы средняя относительная частота прободных язв составила $14,7 \pm 1,2$, а за 90-е годы — $22,7 \pm 3,9$, то в Гомельской области соответствующие показатели были $15,1 \pm 0,6$ и $24,9 \pm 1,7$. Дважды — в 1998 и 2001 годах — был превышен уровень в 30,0 случаев на 100 тыс. населения. В 2002 г. зафиксировано снижение относительного количества прободных язв до 25,0, однако об устойчивости этих изменений говорить пока преждевременно. Так же как с язвенными кровотечениями, какой-либо реакции данного осложнения язвенной болезни на Чернобыльскую аварию в областной популяции больных не отмечено.

Суммарная неотложная хирургия язвенной болезни (при кровотечениях и прободениях) в Гомельской области характеризовалась общей тенденцией к росту, более отчетливой в первую половину 90-х годов и её стабилизацией после 1996 г. Соотношение операций при перфоративных и кровоточащих язвах составило за 90-е годы 2,3:1,0, для всей Беларуси — 2,1:1,0. По области средний суммарный уровень экстренных операций за анализируемый период превышал аналогичный показатель по Беларуси: $35,9 \pm 2,5$ и $33,6 \pm 2,1$ соответственно. «Рекордная» для нашего региона величина в 47,1 отмечена в 2001 году. Необходимо отметить, что до 1994 г. данный показатель не превышал 30,0 операций на 100 тыс. населения, составив за 80-е годы $21,7 \pm 0,3$. Таким образом, за последнюю декаду XX века, по сравнению с предыдущей, отмечен рост

относительной частоты неотложных операций при язвенной болезни на 65,4%. В экономически развитых странах эта величина не превышает 10,0 операций на 100 тыс. населения, и, в отличие от нашей ситуации, операции по поводу кровотечений существенно доминируют над таковыми при перфорациях [9, 10, 12].

Показатели плановой хирургии язвенной болезни за обсуждаемый период были подвержены заметным колебаниям. Максимум — 33,9 операций на 100 тыс. жителей отмечен в 1988 г., минимум — 13,3 в 2002. Средний уровень за 80-е годы составил $25,0 \pm 1,7$, за 90-е — $20,1 \pm 0,8$, что превышает аналогичные показатели для Беларуси: $21,6 \pm 0,9$ и $17,7 \pm 0,7$ соответственно. С 1999 г. в области отмечается снижение относительного количества плановых операций. После Чернобыльской аварии был зафиксирован заметный подъем плановой оперативной активности, однако к 1991 году он опустился ниже исходного уровня. Сходные и даже более выраженные изменения отмечены во

всех регионах и в целом по Беларуси. Несмотря на отсутствие роста частоты неотложных операций именно плановая хирургия стала отражением мощного психогенного воздействия, вызванного Чернобыльской катастрофой. Стрессовая реакция реализовалась у данных пациентов в затяжные обострения язвенной болезни, не купирующиеся в обычные сроки лечения. Финалом нестандартных обострений явилось направление больных к хирургам.

Большой интерес, на наш взгляд, представляет динамика соотношения экстренных и плановых операций за указанный период. Если в 80-х годах на экстренные операции приходилось меньше половины от всех вмешательств (48,6%), то в 90-е годы неотложные вмешательства составили две трети (66,1%), а за 2001—2002 годы превысили 70%.

Наглядно произошедшие изменения в хирургической ситуации при язвенной болезни представлены на графиках (рис. 1 и 2).

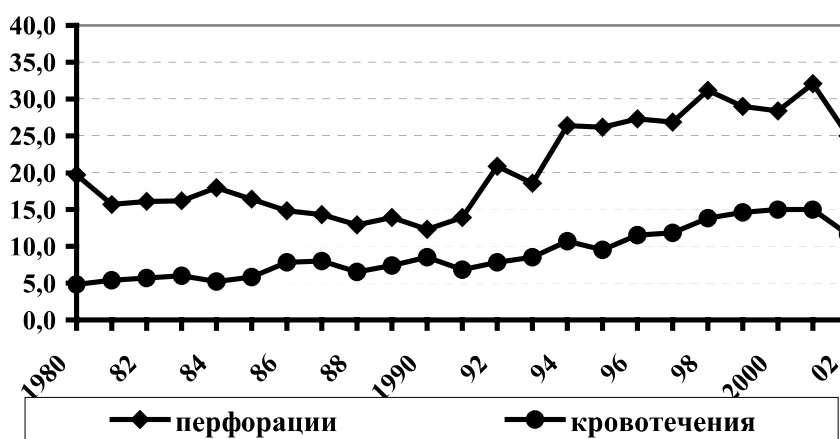


Рис. 1. Относительное количество экстренных операций при язвенной болезни по Гомельской области (на 100 тыс. населения).

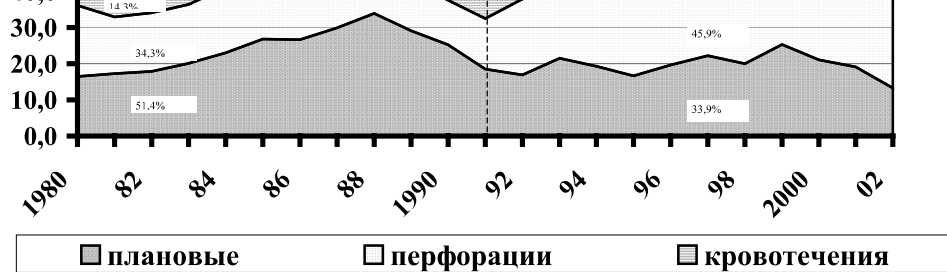


Рис.2. Суммарное относительное количество и структура экстренных и плановых операций при язвенной болезни по Гомельской области (на 100 тыс. населения)

Существенное возрастание пропорции неотложных операций не может не настораживать. Именно неотложные вмешательства сопровождаются максимальной летальностью, риском ранних послеоперационных осложнений и отдаленных расстройств. При правильно сформулированных показаниях к плановым операциям при язвенной болезни количество экстренных вмешательств находится от них в обратной зависимости. К сожалению, медицинское общественное мнение неадекватно воспринимает роль и место хирургических методов лечения язвенной болезни в изменившихся социально-экономических условиях.

Учитывая, что общая заболеваемость язвенной болезнью в странах Восточной Европы не превышает 200,0 случаев на 100 тыс. жителей, нетрудно рассчитать, что при суммарном относительном количестве неотложных операций в 30,0—40,0 на 100 тыс. только по жизненным показаниям у нас оперируется не менее 15—20% больных. Естественное стремление сократить оперативную активность при язвенной болезни, что было достигнуто в 90-е годы в Западных странах, должно идти, по нашему мнению, путем повышения эффективности консервативного лечения больных. А это неизбежно должно привести к снижению потребности в экстренной хирургии. В наших же социально-экономических условиях, когда за последнюю декаду XX века резко возросла пропорция осложненных форм язвенной болезни, отказываться от превентивного планового оперативного лечения преждевременно. Для реального снижения летальности от язвенной болезни необходимо в первую очередь стремиться к уменьшению количества неотложных операций, что имеет место в экономически развитых странах. Для достижения этой стратегической цели есть только две возможности: эффективная консервативная терапия в массовом масштабе и плановая превентивная, в первую очередь органосохраняющая, хирургия у потенциально угрожаемого контингента больных.

К сожалению, первый путь реализовать в отечественных условиях по целому ряду причин не удастся, а, без сомнения, именно он призван улучшить ситуацию. С другой стороны, мы убеждены, что роль одного из основных критериев эффективности организационных и лечебных мероприятий при язвенной болезни может играть суммарный показатель экстренных операций на 100 тыс. населения. Это позволит врачам целостно оценивать ситуацию, наглядно представлять объективную потребность в хирургическом лечении при данном заболевании и потенциальные возможности консервативного лечения, повысит заинтересованность во взаимодействии терапевтической и хирургической служб.

Выводы

1. За последние две декады XX века в Гомельской области отмечено постепенное трехкратное повышение относительной частоты неотложных операций при язвенных кровоотечениях.
2. Резкий [вдвое] рост частоты перфоративных язв отмечен с начала 90-х годов и совпал с распадом Советского Союза.
3. Чернобыльская авария не отразилась на частоте неотложных операций при гастродуоденальных язвах в областной популяции больных.
4. Авария на ЧАЭС привела к отчетливому росту плановой оперативной активности при язвенной болезни, длившемся в течение 5-ти лет
5. Анализируемый период охарактеризовался не только ростом частоты осложнений язвенной болезни, но и увеличением пропорции неотложных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* и ремиссия язвенной болезни: однозначны ли эти состояния? // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 1999; № 3 — С. 71—74.
2. Кондратенко Г.Г. Совершенствование диагностики, тактики и лечения гастродуоденальных

кровотечений язвенной этиологии. Автореф. дисс. ... д.м.н. — Витебск, 2000; — 40 с.

3. Лобанков В.М. Перфоративные гастродуоденальные язвы в Беларуси. Взгляд на проблему. // Мат. 4-го Рос. науч. Форума. Хирургия 2002. — М., «Авиаиздат», 2002; — С. 256—260.

4. Лобанков В.М. Проблема перфоративных язв в Республике Беларусь. // «Сингаральная хирургия», 2003; № 1—2, — С. 57—59.

5. Лобанков В.М. Перфоративные гастродуоденальные язвы в Беларуси вчера и сегодня. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. — Саратов, мед. универ., 2003; — с. 60.

6. Мараховский Ю.Х. Возможности совершенствования специализированной гастроэнтерологической помощи в Беларуси. // «Здравоохранение», 1998; № 6, — С. 33—36.

7. Шорох Г.П., Соколовская Г.А. Современное состояние проблемы диагностики и лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной

кишки. // Декабрьские чтения по неотложной хирургии. — Мн., Бел ГИУВ, 1996; том 1, — С. 5—13.

8. Шорох Г.П., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: тактика и лечение. — Мн., ГИПП «Промпечать», 1998; — 156 с.

9. Canoy D.S., Hart A.R., Todd C.J. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom. Dig. Liver Dis. 2002; — P. 322—327.

10. Paimela H., Paimela R., Myllykangas et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the disease during the past twenty five years. Scand. J Gastroenterol. 2002; — P. 399—403.

11. Rubin E., Farber J.L. Peptic ulcer disease. Pathology. Ed. 2-nd ed Philadelphia Lippincott Company. 1994; — P. 637—643.

12. Schwesinger W.H., Page C.P., Sirinek K.R. et al. Operations for peptic ulcer disease: paradigm lost. J. Gastrointest. Surg 2001; 5(4): — P. 438—443.

УДК 614.2-053.7:37

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ И УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Т.М. Шаршакова, А.Я. Мезенцев

Гомельский государственный медицинский университет
Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения

Проведенный социологический опрос показал: почти половина из числа опрошенных студентов и учащейся молодежи считают, что за последние пять лет их здоровье ухудшилось. При этом почти каждый второй имеет хроническое заболевание, наиболее распространенные — гастрит, бронхит и тонзиллит. Однако, в то же время, значительная часть студентов и учащихся не придерживается здорового образа жизни, подвержена вредным привычкам, при заболевании зачастую занимается самолечением.

Ключевые слова: студенты и учащиеся, здоровье, здоровый образ жизни, социологический опрос, вредные привычки.

MODE OF LIFE AND HEALTH OF THE STUDENTS OF MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

T.M. Sharshakova, A.Ya. Mezentsev

The conducted sociological investigation has shown that almost half of the students and pupils under the investigation consider that their health changed for the worse during the last five years. Thus almost each second has a chronic disease, the most widespread ones are gastritis, bronchitis and tonsillitis. However at the same time considerable part of students and pupils do not adhere to healthy mode of life, have harmful habits and often use methods of selftreatment while getting ill.