

Язвенная болезнь: концепция популяционной хирургической активности

В.М. Лобанков

Кафедра госпитальной хирургии Гомельского государственного медицинского университета

В.М. Лобанков – профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГомГМУ

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 определяют 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, лечение язвенной болезни.

Введение

Обычно термином “хирургическая активность” обозначают долю оперированных больных из числа госпитализированных с тем или иным заболеванием, при котором может применяться оперативное лечение. Относительно язвенной болезни (ЯБ) данный показатель в разных клинических группах больных широко варьирует. Так, при перфоративных язвах хирургическая активность близка 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 клинических руководствах второй половины XX века стеноз представлен абсолютным показанием к оперативному лечению, т. е. рассматривалась 100% хирургическая активность при данном осложнении ЯБ [7, 11, 21]. В настоящее время

компенсированный стеноз без симптомов гастростаза гастроэнтерологи не считают показанием к операции [1, 5, 23]. Инфильтративные формы стеноза, развивающиеся у больных на высоте обострения, обратимы и могут успешно (к сожалению, обычно временно) купироваться консервативными мероприятиями [6, 16, 20].

Теоретически величина общей хирургической активности при ЯБ должна исчисляться из первичной заболеваемости и ежегодной частоты хирургических вмешательств. Однако здесь нередко происходит подмена понятий и манипулирование цифрами. Считается, что в 70–80-е годы прошлого века хирургическому лечению подвергалось около 30–40% больных ЯБ [3, 7, 11, 21]. Возросшая эффективность противоязвенной терапии позволила сократить потребность в хирургическом лечении [10, 13, 17, 19]. О мере снижения удельного веса “хирургической” части больных ЯБ мнения специалистов противоречивы. В публикациях отдельных отечественных гастро-

Для корреспонденции: Лобанков Владимир Михайлович – Республика Беларусь, 246006 г. Гомель, ул. Мазурова, 44–28, а/я 94. Тел. (8-10-375-232) 39-39-12 (раб.); e-mail: lobankov1959@mail.ru

энтерологов утверждается, что сегодня в индустриально развитых странах в хирургическом лечении нуждаются менее 1% (даже приводится цифра 0,02%) больных [1, 2, 5]. На основе таких высказываний можно заключить, что эффективность лечения ЯБ на протяжении жизни одного поколения выросла многократно – в сотни и тысячи раз (40 против 0,02%)! На самом же деле такие выводы являются следствием 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 расчета 40 тыс. операций, ежегодно производимых по поводу ЯБ в США, и *общей распространенности (по выявляемости)* больных ЯБ, достигающей 20–25 млн чел. [9, 17, 22]. Информацию о действительных изменениях хирургической активности при ЯБ мы приводим ниже. Для объективной оценки потребности в хирургическом лечении обсуждаемого контингента больных мы считаем целесообразным предложить понятие “**популяционная хирургическая активность (ПХА)**” при ЯБ.

Учитывая то, что большинство больных ЯБ на протяжении всей жизни остаются “субклиническими” или склонными к данному заболеванию, реальная распространенность (общая заболеваемость) является сложно учитываемой величиной. Поэтому ПХА косвенно можно оценивать по **ежегодной частоте неотложных и плановых операций при ЯБ на 100 тыс. населения** конкретного региона или страны. Составляющими этого показателя являются отдельные цифры частоты операций при перфорациях и кровотечениях, а также плановых вмешательств. Соответственно под **структурой** ПХА следует понимать пропорциональное соотношение частоты этих операций.

Достижения гастроэнтерологии позволили в индустриальных странах в последней четверти XX века снизить остроту проблемы ЯБ. Значительно уменьшилось количество плановых операций [10, 17, 19]. В меньшей мере позитивные перемены коснулись неотложных вмешательств. Так, в Австралии с 1970 по 1997 гг. использование селективной проксимальной ваготомии (СПВ) каждые 10 лет значительно сокращалось, параллельно каждые 2 года удваивалось применение антисекреторных препаратов [14]. В Швеции плановая хирургия ЯБ с 1950 по 1986 гг. сократилась в 5,8 раз, а общее количество всех операций

(ПХА) уменьшилось только в 1,4 раза [13]. В Дании в 70–80-е годы при широком внедрении блокаторов секреции плановая хирургия ЯБ сократилась почти вдвое, однако выросла частота неотложных операций, особенно у пожилых больных [9, 18]. В других странах Западной Европы количество осложненных форм заболевания изменялось неоднозначно. Частота перфоративных язв осталась прежней или несколько снизилась, частота язвенных кровотечений не изменилась или незначительно возросла [12, 15, 18, 23]. Аналогичные перемены наблюдались в Канаде и США [9, 16, 20]. Всего в США в конце 70-х годов при ЯБ ежегодно производилось около 50 тыс. операций, причем по поводу перфоративных язв – 15–19 тыс. [19, 21, 22]. При населении в 220 млн человек суммарная частота операций тогда составляла 21–24 человек на 100 тыс. (при прободных язвах – 5–8 человек). Американские авторы [24] привели данные по “противоязвенной” хирургии в США за 1993–2006 гг. Так, в 1993 г. всего было выполнено 47 тыс. операций, из них 78,8% – по неотложным показаниям (20 тыс. при прободных и 17 тыс. при кровоточащих язвах). В 2006 г. произведено 37 тыс. операций, причем 81,1% неотложных (17 тыс. при прободениях и 13 тыс. при кровотечениях). Население США за анализируемый период выросло с 260 до 300 млн человек. Расчетная суммарная частота операций или ПХА сократилась с **18 до 12 вмешательств** на 100 тыс. населения в год. Работы подобного рода, объективно отражающие реальную значимость проблемы ЯБ, в отечественной и зарубежной медицинской печати до сих пор являются редкостью. На примере США 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 несколько сократилась.

Материал и методы

Для анализа динамики как общей ПХА при ЯБ, так и ее структуры в отечественных условиях нами изучены имеющиеся показатели по Гомельской области Беларуси за 30-летний период

(с 1980 по 2009 гг.). За эти годы область подвергалась воздействию масштабных техногенных и социально-экономических чрезвычайных ситуаций (авария на Чернобыльской АЭС, распад СССР, системный кризис 90-х годов). Не обошел стороной Гомельщину и российский дефолт 1998 г. Численность населения региона с 1611,6 тыс. в 1980 г. сократилось до 1440,2 тыс. в 2009-м, доля горожан выросла от половины до двух третей. Для наглядности весь 30-летний период разделен на 6 пятилетий: соответственно первое – 1980–1984 гг., ... шестое – 2005–2009 гг. Такой многолетний региональный мониторинг “хирургической эпидемиологии” ЯБ в условиях СНГ, по-видимому, проведен впервые. До 1990 г. операции при язвенных кровотечениях не входили в областные, республиканские и союзные отчетные показатели хирургической службы. Поэтому мы воспользовались данными из архива тогдашнего главного хирурга области П.В. Горностаев, за что считаем своим долгом выразить ему свою признательность.

Результаты и их обсуждение

За первую половину 80-х годов прошлого века 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 годов общая частота операций при ЯБ возросла до $50,8 \pm 2,7$ случая 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 [4]. 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 гг. произошло снижение показателя до 39,6 вмешательств. В основе этих изменений лежит исключительно уменьшение плановой составляющей.

С первой половины 90-х годов вновь начался стремительный 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%. 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

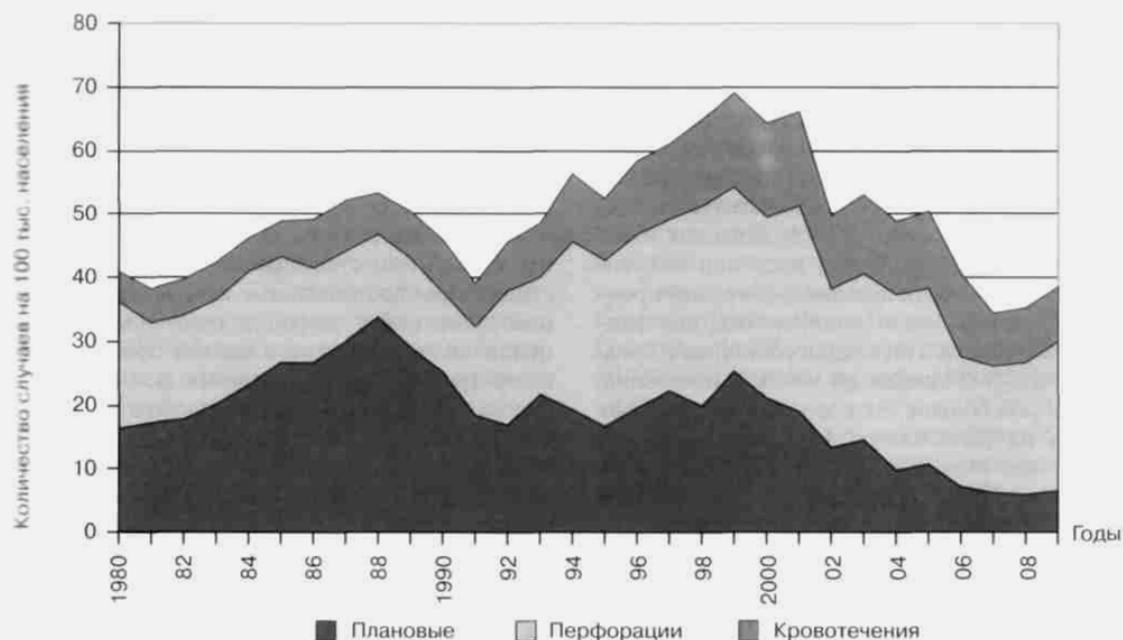


Рис. 1. Популяционная хирургическая активность при ЯБ и ее структура у жителей Гомельской области (количество операций на 100 тыс. населения).

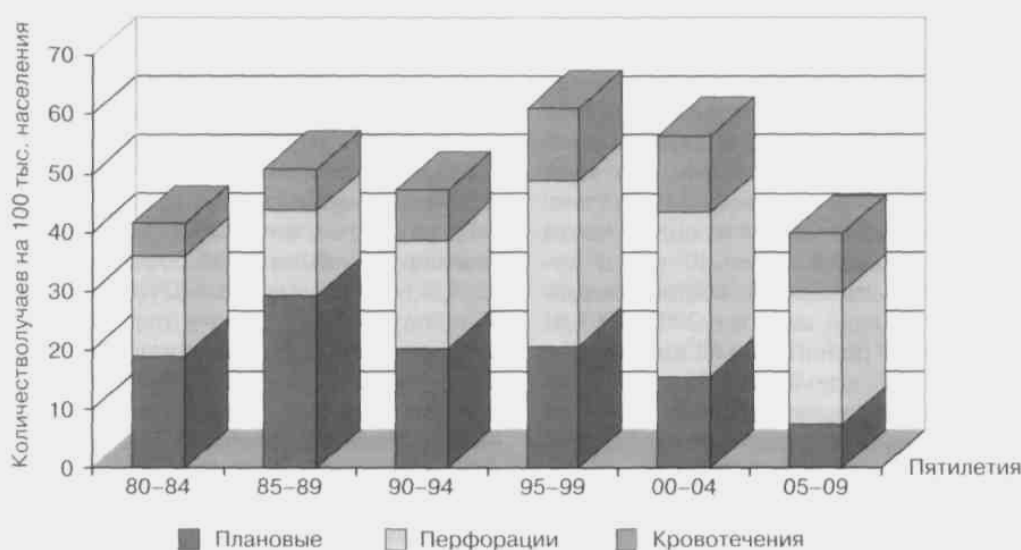


Рис. 2. Популяционная хирургическая активность и ее структура при ЯБ у жителей Гомельской обл. по пятилетиям 1980–2009 гг.

78,4% больше! На операции при кровотечениях пришлось 17,9%, при прободных язвах – 38,6% от всех вмешательств. Причем за это пятилетие рост количества 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% при отчетливой тенденции к снижению их частоты.

Во второй половине 90-х годов ПХА у больных ЯБ продолжала расти. Средняя частота хирургических пособий составила $61,1 \pm 6,3$ вмешательства на 100 тыс. населения. Максимальный за 30 лет уровень в 68,9 вмешательства был достигнут в 1999 г. (см. рис. 1), видимо, как “эхо” российского дефолта. Такой рост при относительной стабильности плановых операций произошел вследствие увеличения частоты неотложных вмешательств. Последняя составила в среднем $40,4 \pm 3,8$ операции 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 (см. 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. Среднее значение за пятилетие ПХА при ЯБ –

$56,5 \pm 8,2$ вмешательства. Частота неотложных операций составила $40,9 \pm 4,3$ в год, т. е. была аналогичной показателю предыдущего периода. Доля неотложных операций составила в среднем 72,4%, операции при кровотечениях – 23,2%, при перфоративных язвах – 49,2%. За 2005–2007 гг. ПХА продолжала снижаться, но в последние 2 года пятилетия, особенно в 2009 г., отмечен небольшой ее прирост за счет перфоративных язв. В среднем за 5 лет ПХА – $39,8 \pm 6,5$, 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 также в первой половине 90-х годов (рис. 2). Доля плановых операций была близка к 45%, операций при прободных язвах – к 40%. Во второй половине 80-х годов зафиксирован максимальный уровень плановых операций (“чернобыльский” пик) – почти 60% всех вмешательств. В 90-е годы отмечено существенное повышение ПХА при ЯБ, начавшееся в 1991 и завершившееся в 1999 г. Происходило это главным образом за счет неотложной хирургии. Несмотря на то что за последние 10 лет общее количество операций заметно сократилось, сегодня по этому показателю в области достигнут лишь

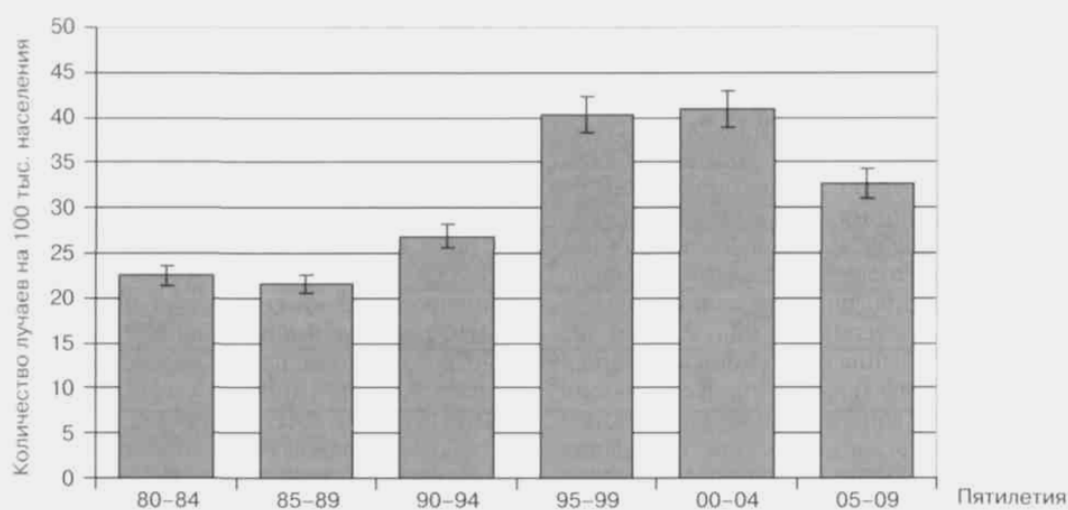


Рис. 3. Неотложная хирургическая активность при ЯБ у жителей Гомельской области по пятилетиям 1980–2009 гг.

уровень 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 более 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 увеличился, а плановых – снизился. При этом общая ПХА за первое и последнее пятилетия анализируемого периода достоверно не отличаются. Отдельно динамика неотложной хирургии ЯБ представлена на рис. 3. Противоречия декларируемым гастроэнтерологами успехам в решении проблемы ЯБ, неотложная хирургическая активность при этом заболевании во второй половине “нулевых” отчетливо превышает аналогичные показатели 80-х и первой половины 90-х годов!

Корреляционная зависимость частоты неотложных и плановых операций при ЯБ за 1980–2009 гг. представлена на рис. 4. Как видно, изменения удельного веса соответствующих операций происходили в достаточно строгой взаимосвязи. Доля неотложных операций при язвенных кровотечениях равномерно возрастала с 11,7 до 23,7%, но до 2004 г. оставалась минимальной. В западных странах в структуре хирургии ЯБ

операции при кровотечениях составляют около трети [15, 16, 24]. Долевые кривые плановых вмешательств и операций при прободных язвах напоминают отражение, демонстрируя сильную обратную корреляционную зависимость. В 80-е годы (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 годов 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 областной структуре хирургии ЯБ “лидирующее” место стабильно заняли вмешательства при перфоративных язвах. На их долю в 90-е годы 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 недостоверна). Всего за 30 лет в структуре ПХА при ЯБ 4 раза менялись приоритеты

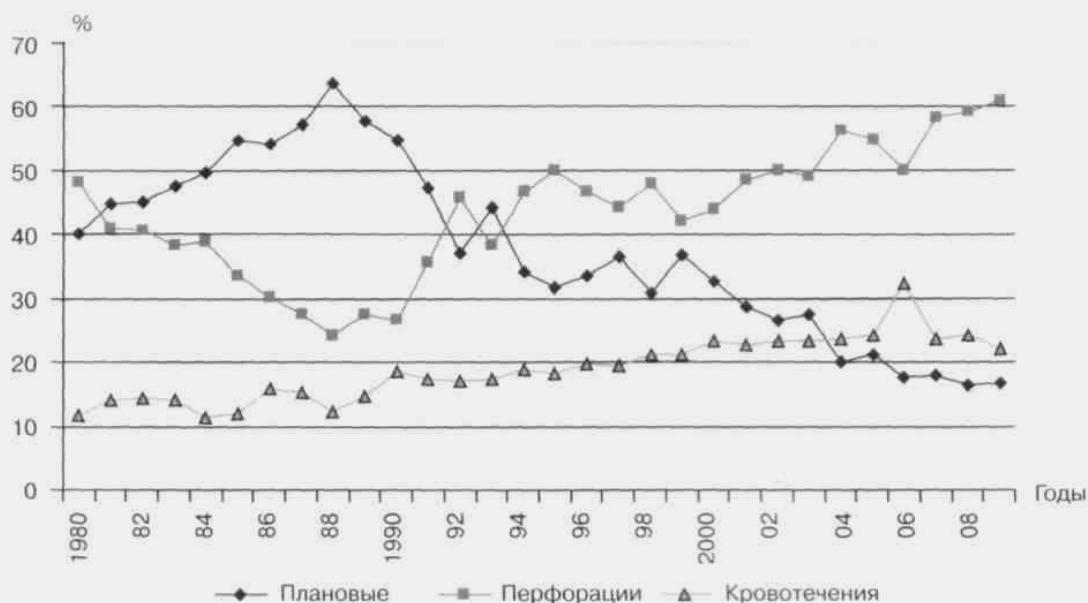


Рис. 4. Процент неотложных и плановых операций при ЯБ у жителей Гомельской области.

между долями плановых операций и неотложных при прободных язвах (1980/1981 гг., 1991/1992 гг., 1992/1993 гг. и 1993/1994 гг.). 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 (см. рис. 3).

В 2004 г. плановые операции впервые составили 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 $41,5 \pm 3,8$ вмешательства на 100 тыс. населения, а за 2000–2009 гг. – $56,5 \pm 6,1$.

На сегодня по уровню ПХА при ЯБ, несмотря на декларируемые гастроэнтерологами успехи в лечении заболевания, регион находится на уровне середины 80-х годов. Но если тогда плановая хирургия составляла почти половину всех вмешательств, то сегодня меньше четверти. При таких пропорциях динамика общей смертности, утраты трудоспособности больных ЯБ очевидна. Данные показатели не снижаются, подтверждая

обоснованные сомнения хирургов в преждевременности почти полного отказа от 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 $33,5 \pm 3,1$ вмешательства неотложные операции в РБ составили 84,2% с частотой вмешательств при язвенных кровотечениях $9,1 \pm 0,5$ на 100 тыс., а при прободениях – $19,1 \pm 2,1$. В 2009 г. во всех областях Беларуси частота перфоративных язв возросла по сравнению с предыдущими годами в среднем на 15%, возможно, вследствие негативного влияния мирового экономического кризиса. Мы располагаем отдельными сведениями по “хирургической эпидемиологии” ЯБ в ряде регионов России, Украины, стран Балтии и др. На примере соответствующих данных по Смоленской области за первую половину “нулевых” можно проследить, что резкое снижение частоты плановых операций с 8,0 в 2003 г. до 4,5 в 2004 г. сразу привело к росту прободных язв (с 16,4 до 18,4 на 100 тыс. населения). В соседней Могилевской области постепенное сокращение плановой хирургии в те же годы сопровождалось снижением частоты прободных язв. Недостаточный объем фактического материала за большой промежуток времени не позволяет провести досто-

верный статистический анализ взаимозависимости составляющих ПХА при ЯБ в странах СНГ, тем не менее мы полагаем, что описанные закономерности являются объективной 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 повышенного уровня неотложной хирургической активности при ЯБ в странах СНГ вследствие форсированного сокращения плановой хирургии.

Наметившуюся с середины текущей декады тенденцию к снижению ПХА при ЯБ нельзя объяснить только успехами консервативной терапии, на чем 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 к популяционной тяжести ЯБ [4]. 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”, лечавшиеся консервативно. Дополнительным позитивным моментом является естественное снижение популяционной тяжести ЯБ при смене фазы солнечной активности в 11-летнем ее цикле [4]. Какой из указанных факторов играет ведущую роль, однозначно утверждать сложно. Многолетний практический опыт и знание реальной ситуации в поликлиническом и стационарном звене отечественного здравоохранения убеждают нас в том, что возросшее качество консервативного лечения больных ведущим фактором снижения ПХА при ЯБ не является. В конечном итоге эффективность применяемой лечебной стратегии при ЯБ в масштабах региона и страны в целом 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, определяемая популяционной тяжестью заболевания и адекватностью лечебной стратегии, проводимой в регионе, и весьма мало

зависящая от маастрихтских и им подобных соглашений. На территории Беларуси рост ПХА отмечается в периоды повышенного социального стресса. Так, на рис. 1 имеются 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 стабильно высокую заболеваемость ЯБ, выраженную ее зависимость от уровня социального стресса, низкую медицинскую культуру существенной части населения, распространенность фальсифицированных 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 и в будущем.

Выводы

1. Популяционная хирургическая активность при ЯБ – 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-летнего периода (1980–2009 гг.) популяционная хирургическая активность при ЯБ в Гомельской области, достигнув максимума в 1995–1999 гг., до сих пор сохраняется на достаточно высоком уровне, втрое превышающем показатели индустриально развитых стран.

3. Частота неотложных вмешательств при ЯБ ко второй половине 90-х выросла вдвое и, не смотря 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 условиях настоящего времени находятся в обратной зависимости. Чрезмерное сокращение плановой хирургии ЯБ со второй половины 90-х годов является одной из причин сохраняющейся высокой частоты неотложных операций, а, следовательно, повышенной летальности и инвалидности при этом заболевании.

Список литературы

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Тридцатилетний опыт лечения больных язвенной болезнью // Клини. мед. 1999, №9, С. 45–50.
2. Ивашкин В.Т., Павлов И.П. К 100-летию присуждения Нобелевской премии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2004, №6, С. 4–28.
3. Лечение язвенной болезни: взгляды терапевта и хирурга (материалы “круглого стола”) // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001, №2, С. 9–16.
4. Лобанков В.М. Язвенная болезнь: концепция популяционной тяжести // Вестн. хир. гастроэнтерол. 2009, №1, С. 19–25.
5. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. М.: Медкнига – Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000.
6. Призенцов А.А. Дифференцированная хирургическая тактика при различных формах язвенного пилородуоденального стеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Гродно, 2004.
7. Мият В.С., Панцырев Ю.М., Квашиин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М.: Медицина, 1975.
8. Страчунский Л.С., Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. и др. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармакоэпидемиологического исследования // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2005, №6, С. 16–21.
9. Шапошников А.В. Язвенная болезнь в зеркале статистики // Вестн. хир. гастроэнтерол. 2006, №1, С. 139.
10. Aoki T. Current status and problems in the treatment of gastric and duodenal ulcer disease: introduction // Wld. J. Surg. 2000, V. 24, N1, P. 249–252.
11. Bailey and Love's Short Practice of Surgery. 21st ed. Chapman & Hall Medical, 1992.
12. 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 // Br. J. Surg. 2003, V. 90, N1, P. 88–90.
13. Glise H. Epidemiology of peptic ulcer disease, current status and future aspects // Scand. J. Gastroenterol. 1990, V. 25, P. 7–13.
14. Fletcher D. Peptic disease: can we afford current management? // Aust. N. Z. J. Surg. 1997, V. 67, N2–3 P. 75–80.
15. 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.
16. Jamieson G.G. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease // Wld. J. Surg. 2000, V. 24, N 3, P. 256–258.
17. Laine L. Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here? // In: AGA postgraduate course. Course syllabus, May 18–19, 2002. San Francisco, 2002. P. 20–25.
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, V. 101, N 5, P. 945–953.
19. Martin R.F. Surgical management of ulcer disease // Surg. Clin. N. Am. 2005, V. 85, P. 907–929.
20. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials // Wld. J. Surg. 2000, V. 24, N3, P. 299–306.
21. Sabiston D.C. Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice. 16th ed. 2001, P. 843–854.
22. Sonnenberg A. Peptic Ulcer // Digestive Diseases in the United States: Epidemiology and Impact / Ed. Everhart J.E. NIH Publication, 1994, P. 357–409.
23. Tytgat G.N.J. Duodenal ulcer disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1996, V. 8, N8, P. 829–834.
24. 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, V. 251(1), P. 51–58.

Peptic ulcer disease: conception of population surgical activity

V.M. Lobankov

Chair of hospital surgery of the Gomel state medical university

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.

Key words: *stomach ulcer, stomach ulcer treatment.*

