

# “Хирургическая эпидемиология” язвенной болезни в Беларуси в период с 1990-го 2004 год

**В.М. Лобанков**

*Кафедра госпитальной хирургии УО “Гомельский государственный медицинский университет”  
(ректор – профессор С.В. Жаворонник), Беларусь*

Проведен количественный анализ неотложных и плановых операций при язвенной болезни (ЯБ) в Беларуси за 1990–2004 гг., рассчитана ежегодная частота этих операций на 100 тыс. населения. Количество прободных язв за первую половину 90-х годов удвоилось. Во второй половине 90-х показатель стабилизировался и среднем на 25 случаев на 100 тыс. Минимальный уровень (около 20) отмечен в столице и западных регионах, максимальный (25–30 и более) – в восточных. Частота неотложных операций при язвенных кровотечениях постепенно возрастала до второй половины 90-х и стабилизировалась на уровне 10–12 случаев на 100 тыс. населения. За последние 5 лет отмечено некоторое снижение показателя. Однако оно вызвано не уменьшением частоты кровотечений, а повышением эффективности нехирургического, в первую очередь эндоскопического и медикаментозного гемостаза. Частота плановых операций уменьшилась с 18–20 на 100 тыс. в начале 90-х до 8–10 в настоящее время. За 15 лет изменилась структура хирургии ЯБ. Так, в начале 90-х годов плановые операции составляли 50% всех вмешательств, сейчас – 20% и менее. При относительной стабильности общего числа операций это привело к росту общей летальности.

Последняя декада XX века на территории бывшего СССР отмечена существенным возрастанием частоты осложненных форм язвенной болезни. Значительно увеличилось количество неотложных операций при перфоративных и кровоточащих язвах, летальность при этом заболеланиях. В экономически развитых странах внедрение в практику в 70–80-х годах прошлого столетия антисекреторных препаратов, а в 90-х годах – антихеликобактерных схем лечения позволили повысить эффективность консервативной терапии ЯБ и заметно снизить потребность в хирургическом лечении [2, 6, 8]. По данным эпидемиологических исследований общее количество операций при ЯБ в этих странах за последние годы не превышает 10 вмешательств на 100 тыс. населения в год [9, 10]. В бывших советских республиках ситуация в корне отличается. Изменения в тяжести течения ЯБ за последние 15 лет в масштабе популяции больных продемонстрировали высокую степень социальной обусловленности данного заболелания [3, 4, 7]. Достижения современной гастроэнтерологии

в отечественных условиях не смогли компенсировать негативные влияния на ЯБ кризисного периода, еще не преодоленного нашим обществом.

Одной из особенностей современного этапа развития здравоохранения является внедрение в клиническую практику принципов доказательной медицины. Важнейший постулат последней – признание разницы между теоретической и реальной эффективностью тех или иных медицинских вмешательств или подходов [1, 5]. Касаясь обсуждаемого нами предмета, о степени популяционной тяжести ЯБ, результативности организационных и лечебных мероприятий в конкретное время и в конкретном регионе можно судить по частоте осложненных форм заболелания и количеству неотложных операций. Реальную картину о состоянии проблемы можно сформировать только на основе эпидемиологических исследований [5, 9, 10].

Располагая данными об абсолютном количестве и частоте неотложных и плановых операций при ЯБ в столице, регионах Беларуси и по республике в целом за достаточно большой времен-

ной период, мы можем проследить структуру хирургической активности при данном заболевании в динамике за 15 лет. Для наглядности изучаемые показатели сравниваются за пятилетние промежутки: 1990–1994, 1995–1999 и 2000–2004 гг. В первую "пятилетку" вошел последний год существования БССР и Советского Союза с последовавшим вслед за этим резким снижением количества плановых операций при ЯБ и не менее резким повышением частоты экстренных, главным образом за счет перфоративных язв. В последующие годы ситуация развивалась в контексте социальных и экономических перемен на фоне стремления врачей к минимизации общей хирургической активности. Отдельно проанализированы относительная частота и структура неотложных операций при язвенных кровотечениях и прободениях. Эти показатели объективно отражают минимальную потребность в хирургическом лечении больных ЯБ. Для акцентирования региональных особенностей мы представляем анализ хирургических аспектов ЯБ в г. Минске и по Республике Беларусь в целом. Ситуация в столице отличается более высоким социально-экономическим уровнем жизни, большей доступностью квалифицированной медицинской помощи.

В 1990 г. в Минске частота всех операций при ЯБ составила 37,5 на 100 тыс. населения. При этом доля плановых вмешательств превышала половину общего количества и равнялась 51,2%. Неотложных вмешательств на каждые 100 тыс. жителей столицы было произведено 18,3, из них по поводу язвенных кровотечений – 7,7, а при прободных язвах – 10,6. Считаем уместным подчеркнуть, что в последующие 15 лет в Минске больше не отмечалось такой высокой плановой хирургической активности при ЯБ. Данный показатель за весь анализируемый период, кроме 1997 г., равномерно снижался. Минимальный уровень в 3,2 операции был достигнут в 2003 г. Сам по себе такой низкий уровень мог бы вызывать чувство удовлетворения, однако отчетливое снижение плановой хирургической активности происходило на фоне достаточно высокой частоты экстренных операций, заметно превышающей таковую в начале 90-х годов. Плановые операции в 2003 г. составили лишь 9,2% от всех операций, выполненных при ЯБ в столице! Причем суммарное количество операций при этом заболевании за 15 лет осталось относительно стабильным.

За первое пятилетие (1990–1994) общая частота операций при ЯБ в столице Беларуси соста-

вила  $39,0 \pm 3,4$  на 100 тыс. населения, при кровоточащих язвах –  $9,7 \pm 1,4$ , при перфоративных –  $16,4 \pm 2,5$  и плановых вмешательствах –  $12,9 \pm 1,6$ . Операции при кровотечениях составили 24,6%, при прободных язвах – 41,5%, плановые вмешательства – 33,9%.

За вторую половину 90-х годов на каждые 100 тыс. жителей Минска по поводу ЯБ ежегодно производилось  $42,0 \pm 2,7$  операций, из них при язвенных кровотечениях –  $12,5 \pm 0,6$ , по поводу прободений –  $19,8 \pm 1,0$  и плановых вмешательствах –  $9,7 \pm 1,5$ . При этом вмешательства при кровоточащих язвах составили 29,8% от всех операций, при прободных язвах – 47,4%, плановые операции – 22,8%.

Наконец, в течение последнего пятилетия анализируемого периода (2000–2004) суммарная частота производимых операций составила  $35,8 \pm 1,1$  на 100 тыс. населения, из них неотложных операций при кровотечениях –  $10,9 \pm 0,5$ , при перфоративных язвах –  $20,1 \pm 0,8$  и только  $4,8 \pm 0,6$  – в плановом порядке. Пропорционально 30,3% пришлось на хирургию язвенных кровотечений, 56,2% – на прободные язвы и лишь 13,5% – на плановые операции.

Таким образом, в начале анализируемого 15-летнего периода в столице производилось менее 20 неотложных операций при ЯБ на 100 тыс. населения в год. После 1993 г. показатель превысил 30 операций. В 1997 г. был достигнут максимум в 37,3 неотложной операции, а за 2000–2004 гг. в среднем ежегодно выполнялось  $31,0 \pm 2,2$  экстренного вмешательства, что достоверно не отличалось от аналогичного показателя 1995–1999 гг. в  $32,3 \pm 3,1$  случая. Динамика среднего показателя частоты плановых операций по пятилетним периодам была следующей:  $12,9 \pm 3,6$  на 100 тыс. жителей,  $9,7 \pm 3,3$  и, наконец, –  $4,8 \pm 1,4$ . То есть интенсивность снижения плановой хирургии совершенно не соответствовала динамике неотложных операций. Незначительное уменьшение общего числа операций при ЯБ в столице Беларуси происходило за счет непропорционального снижения именно плановых вмешательств. Едва ли происходящие изменения в хирургической активности при ЯБ в столице можно признать соответствующими требованиям времени. Изменения в структуре общей хирургической активности при ЯБ в г. Минске представлены на рис. 1.

#### Хирургические аспекты ЯБ в Беларуси

Обобщенные данные за 15 лет по Беларуси позволяют оценить реальное место хирургичес-

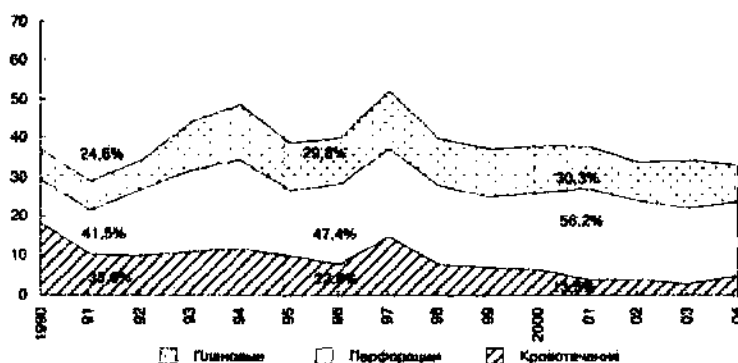


Рис. 1. Структура и суммарная частота операций при язвенной болезни по г. Минску за 1990–2004 гг. (количество случаев на 100 тыс. населения).

ких методов лечения больных ЯБ, соотношение неотложных и плановых операций, объективные, а не декларируемые тенденции. Вычленив доминирование и роль объективных и субъективных факторов по влиянию на хирургическую активность при ЯБ чрезвычайно сложно. Тем не менее знание действительного, а не желаемого положения вещей призвано помочь избежать иллюзий и возможных ошибок и, опираясь на факты, продвигаться по пути решения проблемы ЯБ.

К 1991 г. зарегистрирован отчетливый спад плановой хирургической активности при ЯБ, который произошел по окончании “чернобыльского пика” [4]. Он также стал следствием уменьшения обращаемости за медицинской помощью населения из-за резкого падения уровня жизни и возросшего социального напряжения, вызванного распадом Советского Союза. Общая частота операций при ЯБ снизилась на 22,4%. Затем последовал невыраженный равномерный рост показателя вплоть до 1997 г. (за исключением небольшого спада в 1995 г.). Тогда суммарная частота операций по поводу ЯБ достигла 58,1 на 100 тыс. населения. Учитывая общую заболеваемость, не превышающую 200 случаев на 100 тыс. в год, количество оперируемых больных приблизилось к 30%.

В первой половине 90-х годов в Беларуси ежегодно по поводу ЯБ производилось  $4810,4 \pm 690,5$  операции. Средний относительный показатель составил  $46,9 \pm 3,0$  вмешательств на 100 тыс. населения в год, то есть хирургическому лечению подвергался почти каждый четвертый больной. С 1991-го по 1994 г. прирост общей хирургической активности достиг 46,2%. Неотложные операции составили 57,1% от всех вмешательств. Их производилось  $2773,8 \pm 723,3$  в год при средней частоте  $26,9 \pm 6,9$  на 100 тыс. населения. Причем если в 1990 г. частота неотложных вмешательств при ЯБ была 19,1, то в 1994 г. она со-

ставляла уже 36,2 на 100 тыс. жителей. То есть в 1990 г. по жизненным показаниям оперировалось около 10% больных ЯБ, а в 1994 г. – уже не менее 18%, если брать заболеваемость в 200 случаев. Прирост неотложных операций за 5 лет составил 89,5%. На долю хирургии язвенных кровотечений пришлось 18,3% всех вмешательств. Ежегодно по этому поводу в среднем производилось  $874,8 \pm 149,0$  операции. Доля вмешательств при перфоративных язвах составила 38,8%. По поводу этого осложнения ЯБ выполнялось  $1899,0 \pm 575,8$  операция. На операции в плановом порядке в структуре общей хирургической активности при ЯБ пришлось 42,9%. Ежегодно плановых вмешательств производилось  $2036,6 \pm 404,6$ .

Во второй половине 90-х годов в хирургии ЯБ произошел своего рода перелом, когда после периода роста суммарной хирургической активности с 1997 г. начался невыраженный тренд к снижению показателя. За анализируемые 15 лет на указанный год пришелся максимум числа операций по поводу данного заболевания. Всех вмешательств было произведено 5904, или 58,1 на каждые 100 тыс. населения. По поводу кровотечений оперировано 1252 больных, с прободными язвами – 2607 пациентов, в плановом порядке – 2045. В среднем же за это пятилетие при ЯБ выполнялось  $5467,6 \pm 349,6$  операции в год, их частота составила  $53,9 \pm 1,6$  на 100 тыс. населения. Неотложных операций по поводу язвенных кровотечений и прободений ежегодно производилось  $3694,6 \pm 240,6$ , или 67,5% от всех хирургических вмешательств при этом недуге. Их частота была  $36,3 \pm 2,4$  на 100 тыс. жителей. При этом доля операций по поводу кровотечений составляла в среднем 22,0%, а по поводу перфоративных язв – 45,5%. Соответственно число неотложных операций было  $1197,6 \pm 135,2$  и  $2497,0 \pm 130,4$ . Плановые вмешательства соста-

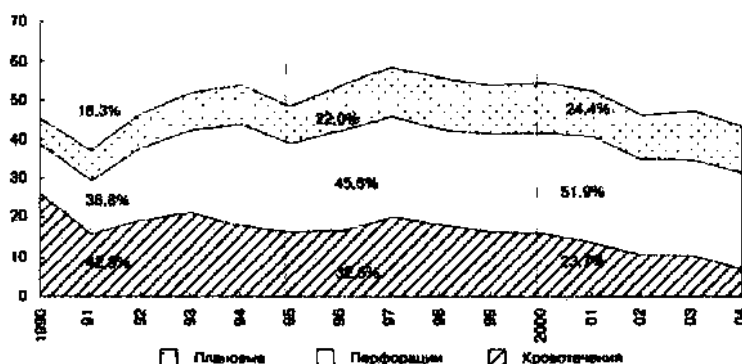


Рис. 2. Структура и суммарная частота операций при язвенной болезни по Республике Беларусь за 1990–2004 гг. (количество случаев на 100 тыс. населения).

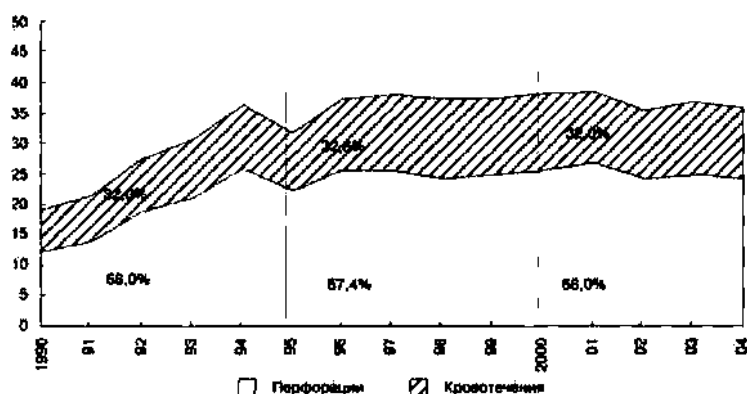


Рис. 3. Структура и суммарная частота неотложных операций при язвенной болезни по Республике Беларусь за 1990–2004 гг. (количество случаев на 100 тыс. населения).

вили меньше трети – 32,5%, в абсолютных величинах в год –  $1773,0 \pm 167,3$ .

Первая половина текущей первой декады XXI века в Беларуси характеризуется заметной тенденцией к снижению общей хирургической активности при ЯБ. Если суммарная частота операций в 2000 г. была 54,2 на 100 тыс. жителей, то в 2004 г. она составила 42,4, или на 27,8% меньше. Между тем если в 2000 г. доля неотложных операций была 70,5%, то в 2004 г. она уже достигла 83,3%. То есть при отдельном рассмотрении неотложной хирургической активности говорить о тенденции к снижению последней пока не представляется возможным. В течение этого пятилетия по поводу ЯБ в среднем ежегодно производится  $4804,8 \pm 513,8$  операции или столько же, сколько за период 1990–1994 гг. Суммарная частота операций на 100 тыс. населения была  $48,4 \pm 2,2$ . Неотложные операции составили 76,6%, их частота –  $36,9 \pm 1,5$ , а в абсолютных величинах –  $3663,8 \pm 174,8$  в год. Ежегодное количество вмешательств по поводу кровотечений в сравнении с предыдущим пятилетием практически осталось прежним –

$1166,8 \pm 69,9$ . Их удельный вес в совокупной хирургии ЯБ достиг 24,3%. Среднегодовое число перфоративных язв также не изменилось –  $2497,0 \pm 120,9$ , а вот доля операций по этому поводу превысила половину – 52,3%. Количество плановых операций снизилось почти на треть – до  $1141,0 \pm 349,8$  в год, от всех оперированных их количество составило 23,4%.

Таким образом, по сравнению со второй половиной 90-х годов суммарная частота неотложных операций при ЯБ осталась практически неизменной –  $36,3 \pm 2,4$  и  $36,9 \pm 1,5$ . Тенденция к снижению общей хирургической активности объясняется прогрессивным уменьшением количества плановых операций. Если во второй половине 90-х годов на их долю пришлось около трети (32,5%) всех вмешательств при ЯБ, то в течение первой половины наступившей декады уже меньше четверти (23,4%). За указанный период их частота снизилась с 16,0 (2000 г.) до 7,1 (в 2004 г.), или в 2,3 раза. Наглядно изменения общей и неотложной хирургической активности при ЯБ и ее структуры в Беларуси представлены на рис. 2, 3.

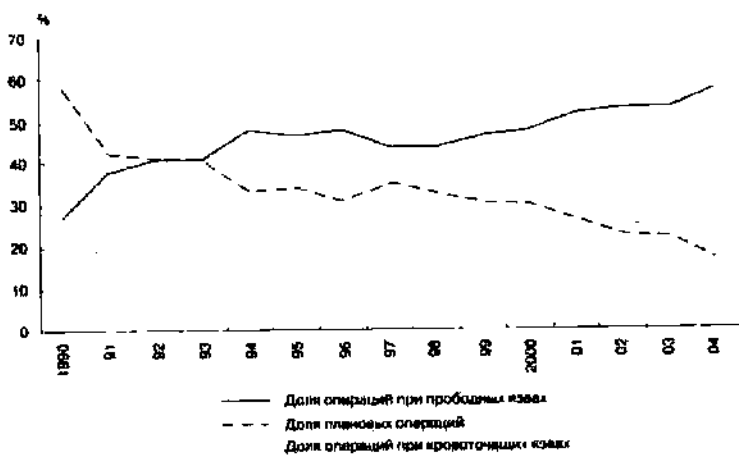


Рис. 4. Корреляционная зависимость между частотой операций разного рода при язвенной болезни в Беларуси за 1990–2004 гг.

Еще более отчетливо произошедшие переменные в хирургии ЯБ отражены на рис. 4, демонстрируя корреляционную зависимость между частотой операций разного рода за 15-летний период. Если до 1992 г. удельный вес плановых операций был наибольшим, то после 1993 г. плановая хирургия ЯБ уступила приоритет неотложной хирургии прободных язв, а после 2002 г. и неотложной хирургии язвенных кровотечений. Как видно, графики долевого показателя плановых операций и вмешательства при перфоративных язвах выглядят как зеркальное отражение. При корреляционном анализе этих двух величин выявлена их сильная обратно пропорциональная зависимость. Взаимозависимость частоты плановых операций при ЯБ и неотложных при кровоточащих язвах также оказалась достоверно обратной, но средней степени. При вынужденно сохраняющейся на достаточно высоком уровне хирургической активности при ЯБ, в 5 и более раз превышающей аналогичный показатель в экономически развитых странах, такая ее структура не может не сказываться на общей летальности и инвалидности от ЯБ. Возросшую частоту неотложных операций при ЯБ в первой половине 90-х годов можно объяснить переживаемым страной социальным и экономическим кризисом, связанным с распадом Советского Союза. Сохраняющийся практически неизменным высокий уровень экстренной хирургии ЯБ на фоне отчетливого экономического роста и социальной стабилизации (Беларусь первой из постсоветских стран достигла докризисных показателей экономики) сегодня мы можем объяснить в первую очередь неадекватным снижением (по «западному образцу») плановой хирургии.

В масштабах целой страны подобный анализ хирургической активности и ее структуры при ЯБ, по-видимому, произведен впервые. Данные по странам СНГ и Балтии косвенно указывают на сходные тенденции в ситуации с ЯБ. В отличие от экономически развитых стран в отечественных условиях утверждать об успехах в решении проблемы ЯБ явно преждевременно. Драматическое снижение плановой хирургической активности при возросшей по объективным причинам тяжести течения ЯБ оборачивается ростом частоты неотложных операций и, следовательно, летальности. Лечебная стратегия, применяемая при ЯБ в западных странах, в отечественных условиях пока неприемлема. На постсоветском пространстве необходима собственная доктрина лечения ЯБ с достаточным уровнем плановой хирургии во взаимодействии с современной терапией этого заболевания.

#### Выводы

1. В Беларуси и других постсоветских странах консервативное лечение ЯБ не смогло компенсировать в масштабе популяции возросшую по объективным причинам тяжесть заболевания.
2. За последние 15 лет в Беларуси произошел вынужденный рост хирургической активности при ЯБ с максимумом во второй половине 90-х годов прошлого века.
3. На фоне чрезмерного снижения частоты плановых операций при ЯБ на достаточно высоком уровне сохраняется частота неотложных вмешательств. Особенно ярко эта диспропорция проявилась в г. Минске.
4. Частота неотложных операций при перфоративных и кровоточащих язвах, доля которых

сегодня превышает три четверти всех вмешательств при ЯБ, находится в обратно пропорциональной зависимости с плановыми операциями.

5. До полного преодоления негативных последствий переживаемого обществом кризисного периода для снижения летальности от ЯБ необходимо сохранить достаточный уровень плановой хирургии этого заболевания.

6. Объективным популяционным критерием эффективности лечебных (терапевтических и хирургических) и организационных мероприятий при ЯБ может служить показатель частоты неотложных операций на 100 тыс. населения в год.

### Литература

1. *Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. М.: Медна Сфера, 2001.
2. *Ивашкин В.Т., Шелтухов А.А., Баранская Е.К. и др.* Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: Пособие для врачей. М., 2005.
3. *Кузин М.И.* Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.
4. *Лобанков В.М.* Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. 2005. № 1. С. 58–64.
5. *Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медна Сфера, 1998.
6. *Циммерман Я.С.* Дискуссионные вопросы медикаментозного и хирургического лечения язвенной болезни // Клиническая медицина. 2002. № 7. С. 64–68.
7. *Шалимов А.А., Карпиш А.П., Братусь В.Д. и др.* Хирургическое лечение язвенной болезни (1996–2001 гг.) // Материалы XX съезда хирургов Украины. Киев, 2002.
8. *Johnson A.G.* Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? // *Wld. J. Surg.* 2000. V. 24. P. 259–263.
9. *Paimela H., Paimela R., Myllykangas R. et al.* Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the during the past twenty five years // *Scand. J. Gastroenterol.* 2002. V. 37(4). P. 399–403.
10. *Svanes C.* Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis // *Wld. J. Surg.* 2000. V. 24(3). P. 277–283.