

УДК 616.33/.34-002.44-089

ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗА ПЕРИОД 1995-2009 гг.

Зайцев О.В.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия, e-mail: biolab2008@yandex.ru

Изучена распространенность осложнений язвенной болезни: кровотечений, перфораций и пилородуоденальных стенозов. В исследование включены 1779 пациентов, находившихся на стационарном лечении в период 1995-2009 гг. Произошло снижение частоты всех осложнений язвенной болезни. Увеличился средний возраст больных с осложненной язвой и доля пациентов женского пола. Встречаемость трудных дуоденальных язв практически не изменилась.

Ключевые слова: осложненная язвенная болезнь, возрастно-половая характеристика, трудная дуоденальная язва.

CHANGE OF PREVALENCE OF THE PEPTIC ULCER COMPLICATIONS DURING 1995-2009

Zaitsev O.V.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: biolab2008@yandex.ru

The epidemiology of complications of a peptic ulcer is studied: bleedings, perforations and pylorodudenal stenoses. 1799 patients are included in research who were on hospitalisation in 1995-2009. The frequency of all the complications has declined. Middle age of patients with the complicated ulcer enlarged. The percentage of males declined. Occurrence of difficult duodenal ulcers remains invariable.

Keywords: the complicated peptic ulcer, the sex-age characteristic, difficult duodenal ulcer.

Введение. В литературных данных нет единства мнений по поводу тенденций заболеваемости осложненной язвенной болезнью. Ряд авторов сообщают о снижении частоты язвенных кровотечений и перфораций за последние 20-30 лет [4,8,14]. Другие считают, что изменений в заболеваемости осложненной язвенной болезнью практически не произошло [5,6,11,12]. Во многих работах, наоборот, показан рост числа, как язвенных кровотечений, так и перфораций [1,2,3,7,9,10,13]. Противоречивость литературных данных делает необходимым проведение дальнейших исследований эпидемиологии осложненной язвенной болезни.

Цель работы. Изучение изменений в заболеваемости язвенным кровотечением, перфоративной язвой и язвенным пилородуоденальным стенозом за последние 15 лет.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии РязГМУ им. акад. И.П.Павлова за период 1995-2009 гг. на стационарном лечении находилось 1779 пациентов с осложненной язвенной болезнью. Мужчин было 1456 (80,9 %), женщин - 323 (19,1 %). Возраст пациентов варьировался от 17 до 92 лет, средний возраст для мужчин и женщин соответственно составил $43,5 \pm 7,1$ и $51,9 \pm 5,0$ лет. Все пациенты были распределены по возрасту в соответствии с классификацией, рекомендованной на 7-й конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии, биохимии (Москва, 1965) – таблица 1.

Возрастные периоды человека

Возрастные периоды	Возраст	
	Мужчины	Женщины
Юношеский	17-21	16-20
I период зрелого возраста	21-35	22-35
II период зрелого возраста	36-60	36-55
Пожилой	61-74	56-74
Старческий	Старше 75 лет	

В экстренном порядке госпитализировано подавляющее большинство пациентов – 1685 (93,7 %) больных, в плановом – 114 (6,3 %) больных. Показаниями для экстренной госпитализации явились: перфорация язвы – у 1123 (62,4 %), язвенное кровотечение – у 396 (22,0 %), стеноз выходного отдела – у 280 (15,6 %).

Под «трудными» язвами двенадцатиперстной кишки подразумевались хронические язвы, обладающие одной или несколькими нижеперечисленными характеристиками: 1) гигантские (диаметром более 25 мм) язвы с массивным воспалительным инфильтратом; 2) пенетрация в соседние органы, обычно головку поджелудочной железы или печеночно-двенадцатиперстную связку; 3) тубулярный стеноз, распространяющийся на базально-луковичный или постбульбарный отдел; 4) рецидивные язвы после ушивания перфораций и различных вариантов ваготомий с пилоропластикой, приводящие к грубым нарушениям топографо-анатомических взаимоотношений с прилегающими органами; 5) язвы постбульбарной и базально-луковичной локализации.

При статистической обработке проводилось определение средней и стандартного отклонения. Достоверность различия признаков определялась при помощи критерия Стьюдента. Анализ трендов проводился в программе MS Excel 2007 методом скользящей средней.

Результаты и их обсуждение. Общее количество осложнений язвенной болезни в г. Рязани за период 1995-2009 гг. имеет тенденцию к снижению. В абсолютных числах, сравнивая 1995 и 2009 годы, таких осложнений, как кровотечения, прободения и стенозы выходного отдела желудка, стало меньше на треть – на 33,4 % (рисунок 1).

С 1995 по 2000 год включительно отмечалось постепенное нарастание частоты осложненной язвенной болезни. Затем, в 2001-2004 годах наблюдалось резкое снижение показателя – до 174 наблюдений. В дальнейшем количество зарегистрированных пациентов с осложненной язвой имело некоторую тенденцию к повышению и

стабилизировалось на уровне 230 – 270 случаев в год. Вероятно, значительное снижение количества осложнений к 2004 году связано со стабилизацией социально-экономической ситуации в стране.

Динамика частоты язвенных желудочно-кишечных кровотечений повторяет общие закономерности частоты осложнений язвенной болезни. Распространенность язвенных желудочно-кишечных кровотечений со стабильно высоких показателей вплоть до 2000 года резко снизилась к 2004 году до 32,3 на 100 тыс. населения, затем – умеренная тенденция к повышению частоты желудочно-кишечных кровотечений до 0,5 % в 2009 году. Сравнивая 1995 и 2009 годы, распространенность этого осложнения уменьшилась на 25,1 %.

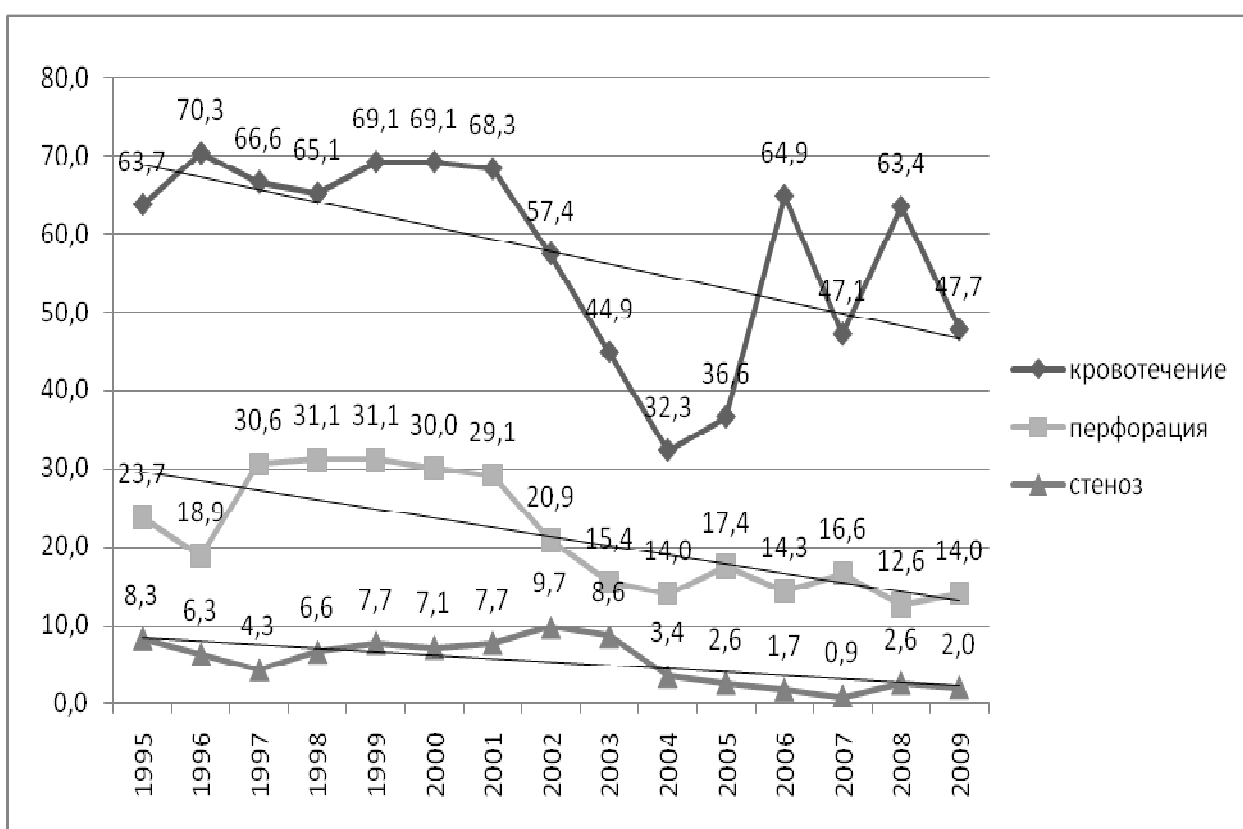


Рисунок 1. Распространенность осложнений ЯБ за период с 1995 по 2009гг (на 100 тыс. населения)

Существенные изменения претерпела оперативная активность при язвенных кровотечениях (рисунок 2). В конце 90-х годов прошлого века она колебалась от 14 до 23 %. С 2001 года оперативная активность начинает снижаться и в 2009 году составляет лишь 6,6 % (снижение в 3,5 раза по сравнению с 1995 годом). Снижение оперативной активности при язвенных кровотечениях связано с внедрением в клиническую практику миниинвазивных технологий и, в первую очередь, методов эндоскопического гемостаза. Интересно, что снижение оперативной активности практически не повлияло на общую

летальность при кровотечениях язвенной этиологии.

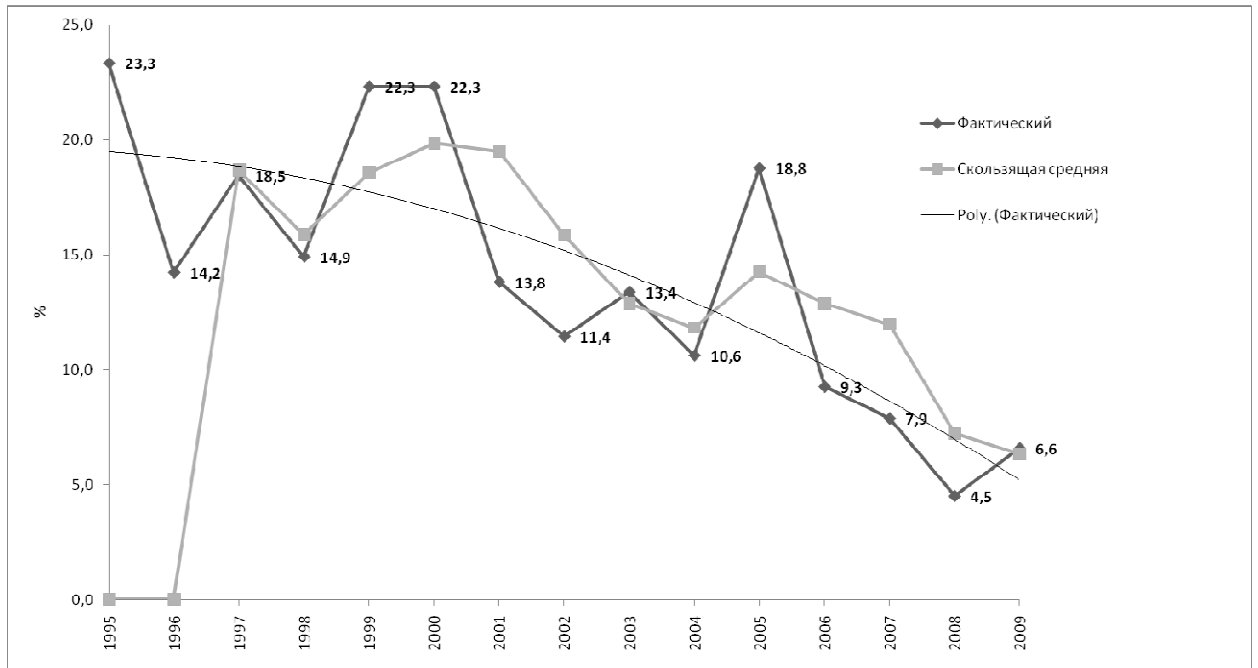


Рисунок 2. Изменение оперативной активности при кровоточащей язве в 1995-2009 гг. По оси абсцисс – год наблюдения, по оси ординат – оперативная активность в процентах.

Проведен анализ процентного соотношения полового состава пациентов с язвенным кровотечением за каждый год периода наблюдения (рисунок 3). Доля пациентов женского пола колебалась от 16,2 % (1998 г.) до 32,1% (2007 г.). Отмечается постепенное нарастание доли женщин среди пациентов, но это увеличение происходит, главным образом, не за счет увеличения числа женщин с язвенным кровотечением, а за счет уменьшения числа пациентов мужского пола.

Количество зарегистрированных случаев перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки достигало максимума в 1999-2001 годах – 239–242 наблюдения ежегодно (рисунок 1). После значительного снижения, количество пациентов с перфоративной язвой в 2005-2009 годах стабилизировалось на уровне 44 – 61 случаев в год. Сопоставляя 1995 и 2009 годы, можно сделать вывод, что заболеваемость перфоративной язвой претерпела значительно более выраженное снижение по сравнению с аналогичным показателем для желудочно-кишечных кровотечений. Заболеваемость язвенным стенозом имела тенденцию к умеренному росту, пик ее пришелся на 2002-2003 годы. Затем наблюдалось резкое снижение вплоть до настоящего времени. Последние годы (2007-2009) количество ежегодно регистрируемых случаев язвенного стеноза не превышает десяти. Сравнивая 1995 и 2009 годы, количество случаев этого осложнения уменьшилось на 75,9 %.

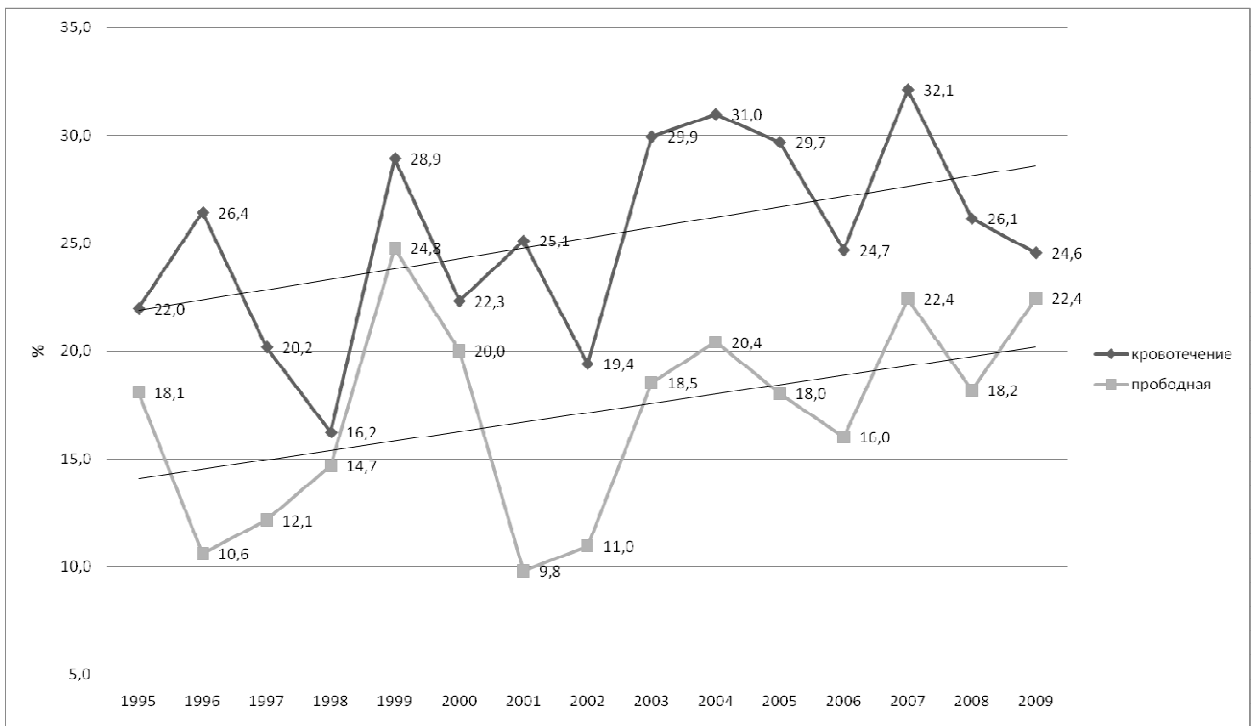


Рисунок 3. Процентная доля женщин среди пациентов с прободной язвой и язвенным кровотечением

Проведен анализ процентного соотношения полового состава пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки за каждый год периода наблюдения (рисунок 3). Доля пациентов женского пола колебалась от 9,8 % (2001 г.) до 24,8 % (1999 г.). Можно отметить тенденцию к постепенному нарастанию относительного числа женщин среди пациентов с прободной язвой.

Отмечается прогрессирующее увеличение частоты встречаемости трудной дуоденальной язвы по отношению к ежегодному числу оперативных вмешательств по поводу осложненной ЯБ – с 12,6-15,3 % в конце 90-х годов до 30,8-35,8 % в 2008-2010 годах (рисунок 4). Увеличение произошло за счет уменьшения доли оперативных вмешательств, при которых морфологические характеристики язвенного процесса в ДПК не соответствовали критериям «трудной» язвы. Прослеживается тенденция к сужению показаний к выполнению первично-радикальной операции по поводу осложненной ЯБ.

Выводы. За период 1995-2009 гг. произошло снижение заболеваемости осложнениями ЯБ на 33,4 %, в наибольшей степени произошло уменьшение заболеваемости язвенным пилородуоденальным стенозом (на 75,9 %), в меньшей – перфоративной и кровоточащей язвой (соответственно на 41 и 25,1 %). Увеличился средний возраст больных с язвенным кровотечением – за счет уменьшения доли пациентов мужского пола в возрасте 36 – 60 лет, с прободной язвой – за счет уменьшения доли мужчин в возрасте 21–35 лет. Встречаемость трудноудаляемых язв двенадцатиперстной кишки практически не изменилась.

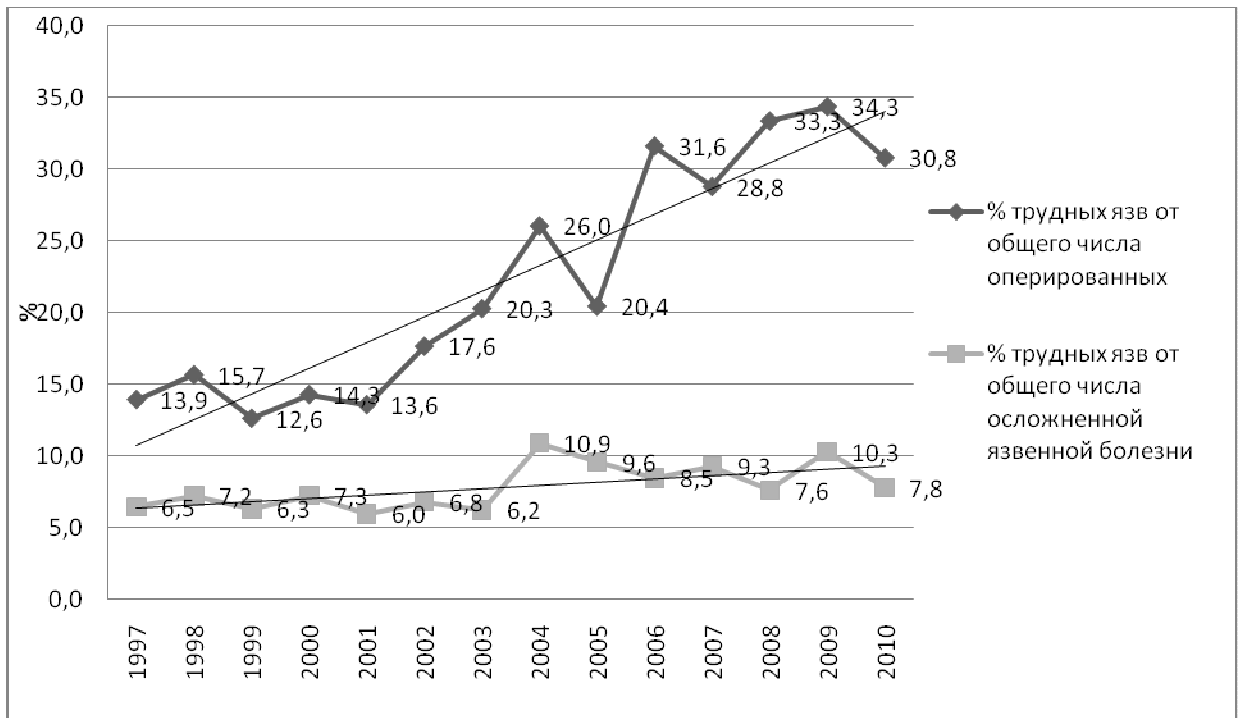


Рисунок 4. Встречаемость трудных язв в 1997-2010 гг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Булгаков Г.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2002. – № 11. – С.24-26.
2. Назаров В.Е. Индивидуализация комплексного лечения хирургических осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2002. – 42с.
3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Л. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – №3. – С.43-49.
4. Bardhan K.D., Williamson M., Royston C., Lyon C. Admission rates for peptic ulcer in the Trent region, UK, 1972–2000. Changing pattern, a changing disease? // Dig. Liver Dis. – 2004. – Vol.36. – P.577–588.
5. Bobrzynski A., Beben P., Budzynski A. et al. Incidence of complications of peptic ulcers in patients with *Helicobacter pylori* (Hp) infection and/or NSAID use in the era of Hp eradication // Med. Sc. Monit. – 2002. – №8. – P.554–557.
6. 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. – Vol.34, №5. – P.322-327.
7. 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. – Vol.101. – P.945–953.
8. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality // Digestion. – 2011. – Vol.84. - №2. – P.102-113.
9. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C. et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding // Scand. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol.40, №8. – С.914–920.
10. Post P.N., Kuipers E.J., Meijer G.A. Declining incidence of peptic ulcer but not of its complications: a nation-wide study in The Netherlands // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol.23(11). – P.1587-1593.
11. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis // World J. Surg. – 2000. – Vol.24, №3. – P.277-283.

12. Thomopoulos K.C., Vagenas K.A., Vagianos C.E. et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004. – Vol.16. – P.177–182.
13. Towfigh S., Chandler C., Hines O.J., McFadden D.W. Outcomes from peptic ulcer surgery have not benefited from advances in medical therapy // Am. Surg. – 2002. – Vol. 68, № 4. – P.385.
14. van Leerdam M.E., Vreeburg E.M., Rauws E.A. et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000 // Am. J. Gastroenterol. – 2003. – Vol.98. – P.1494–1499.

Рецензенты:

Копейкин А.А., д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе, МУЗ ГК БСМП, г. Рязань.

Юдин В.А., д.м.н., профессор, заместитель Главного врача по внедрению новых медицинских технологий, ГУЗ Рязанская ОКБ, г. Рязань.

Работа получена 08.09.2011.