

Анализ многолетней динамики заболеваемости язвенной болезнью до и после введения в лечение эрадикационной терапии

Е.В. Денисова, В.Е. Назаров

Негосударственное медицинское учреждение ООО «Альянс Евразия Медицина», Городекой гастроэнтерологический центр, Санкт-Петербург, Россия

Введение

С момента открытия пилорического хеликобактера в 1983 году и доказательства его участия в ульцерогенезе в 1995 г., с началом массовой обязательной эрадикационной терапии язвенной болезни после выпуска в 1998 г. Министерством здравоохранения «Стандартов по диагностике и лечению заболеваний» [7], с появлением новых фармакологических препаратов достигнуты определенные успехи в лечении и профилактике язвенной болезни. Вместе с тем она продолжает оставаться одной из актуальных проблем как гастроэнтерологии, так и хирургии. По данным Минздрава РФ, в нашей стране на учете с ЯБ состоит около 3 млн больных, из них каждый десятый был оперирован [5]. Среди причин инвалидности заболевания желудочно-кишечного тракта занимают пятое место, причем к стойкой утрате трудоспособности более чем в 50% из них приводит язвенная болезнь, из них 2/3 после оперативного лечения [2, 3]. Увеличивается не только количество ранее не диагностированных – «немых» дуоденальных язв, дебутирующих с осложнения, но и число рецидивов после консервативного и оперативного лечения, даже при проведенной при этом эрадикационной терапии. Если частота случаев «немых» язв достигает 10-15% [4], то количество рецидивов у больных после органосохраняющих операций (ушивание, прошивание язвенного дефекта и ваготомия с дренирующей операцией) при разных осложнениях дуоденальных язв колеблется от 10 до 35% случаев [1], а после резекций желудка различными модификациями осложнения развиваются в 3–17% случаев [6].

На сегодняшний день, без сомнения, консервативный метод лечения язвенной болезни ДПК признан основным, чему, несомненно, способствовало появление новых подходов к лечению с использованием эрадикационной терапии. В то же время частота осложненных форм язвенной болезни, требующих срочного оперативного вмешательства, в Санкт-Петербурге за последние 10 лет выросла более чем в 2 раза [8]. В настоящее время многими исследователями изучается вопрос о выборе метода лечения осложненной язвенной болезни и о месте в ее лечении эрадикационной терапии, но этот выбор не имеет научно-аналитического обоснования до момента отсутствия статистических данных, показывающих динамику заболеваемости неосложненной и осложненной язвенной болезнью при использовании эрадикационной терапии в лечении, профилактике ее рецидивов и осложнений.

Цель исследования

Цель исследования: провести анализ многолетней динамики заболеваемости неосложненной язвенной болезнью и изучить влияние эрадикационной терапии на результаты и исходы ее течения. При анализе хирургической заболеваемости проследить результаты использования эрадикационной терапии в лечении и предупреждении рецидивов основных осложнений язвенной болезни (кровотечений и перфорации).

Материалы и методы

Для выявления влияния эрадикационной терапии на динамику заболеваемости язвенной болезнью до и после ее активного внедрения в лечение, нами был проведен анализ статистических данных, предоставленных медико-аналитическим центром Санкт-Петербурга за период с 1999 по 2009 г. Оценивались основные показатели течения язвенной болезни: доля язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости в патологии желудочно-кишечного тракта, исходы лечения (доля выбывших из стационара и умерших в стационаре больных неосложненной язвенной болезнью за исследуемый период). Также рассматривались показатели средней продолжительности лечения одного больного с неосложненной язвенной болезнью, количество койко-дней, затраченных на лечение в стационаре, проводился анализ частоты случаев и дней нетрудоспособности по ЯБ.

Для выявления влияния эрадикационной терапии на течение осложненной язвенной болезни рассматривались показатели экстренной госпитализации с основными осложнениями язвенной болезни – кровотечением и перфорацией, общая и послеоперационная летальность при этих же осложнениях. Также проводился анализ причин роста осложнений ЯБ, в частности, кровотечений.

Результаты исследований

Доля язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости органов ЖКТ с 1992 по 2009 г. представлена на рис. 1, на котором отчетливо выделяется два этапа: с 1992 до 1998 года и с 1999 до 2009 года. Максимальный подъем доли общей заболеваемости язвенной болезнью приходится на период с 1992 по 1999 г., а с 1999 года начинается устойчивое ее снижение в 2,5 раза, а первичной заболеваемости язвенной



Рис. 1. Доля язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости органов ЖКТ.

болезнью – в 2 раза. По нашему мнению, снижение заболеваемости обусловлено началом массового использования эрадикационной терапии в лечении язвенной болезни.

При анализе основных результатов лечения за последние 10 лет (в период с 1999 по 2009 гг.) мы также наблюдаем их отчетливое улучшение. Так, происходит закономерное уменьшение показателей средней продолжительности лечения больных с 15,5 до 9,6 дня. Количество койко-дней, затраченных на лечение неосложненной язвенной болезни, снизилось с 18,7 до 8,9 дня. Те же тенденции прослеживаются при анализе исходов неосложненной язвенной болезни. Отмечается стабильное снижение доли выбывших из стационаров города пациентов с язвенной болезнью из всех больных, страдающих заболеваниями ЖКТ, с 13,4% до 4,5%. Наряду с снижением количества выбывших из стационара больных наблюдается уменьшение доли умерших в стационаре от язвенной болезни с 17,1 в 1999 г. до 9,3 в 2009 г.

Одним из важных показателей, характеризующих экономическую сторону лечебно-диагностического процесса, является временная нетрудоспособность пациента, полученная в результате заболевания. За исследуемый период (с 1999 по 2009 гг.) количество случаев нетрудоспособности снизилось с 22,1 до 10,2, дней нетрудоспособности – с 32,8 до 14,4, а также наблюдалось снижение средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности по язвенной болезни с 25,4 до 14,5 дня.

Улучшение основных статистических показателей можно объяснить тем, что язвенная болезнь с появлением новых препаратов, подходов к лечению, в том числе и в результате применения эрадикационной терапии, перешла в разряд амбулаторных заболеваний, когда больные подлежат госпитализации в основном при наличии осложнений. Рассмотрев и проанализировав основные статистические данные по лечению неосложненной язвенной болезни за семнадцать лет в Санкт-Петербурге, можно констатировать, что существует определенная зависимость течения заболевания до применения и с началом использования эрадикационной терапии. С 1999 года, считающегося годом начала широкого применения антибиотиков терапевтами в лечении НР-ассоциированных заболеваний (1998 – год опубликования протоколов Министерства здравоохранения по лечению язвенной болезни с использованием антибактериальной терапии), отмечается устойчивое снижение как общей, так и первичной заболеваемости язвенной болезнью; снижение количества стационарных и умерших от язвенной болезни больных, уменьшение койко-дня стационарного лечения, а также снижение экономически зависимых показателей – средней продолжительности лечения одного больного, количества дней и случаев временной нетрудоспособности, средней продолжительности лечения одного случая по анализируемой нозологии.

При анализе статистических данных складывается впечатление о благоприятной ситуации в городе с лечением больных с неосложненной язвенной болезнью. Ориентируясь на данные и тенденции лечения неосложненной язвенной болезни, закономерно ожидать снижения показателей заболеваемости ее осложненными формами и улучшения результатов хирургического лечения. Однако по результатам хирургического лечения язвенной болезни прослеживается совершенно иная картина.

Если абсолютное количество больных язвенной болезнью равномерно снижается почти в три раза – с 138928 человек в 1999 г. до 55038 в 2009 г., а также снижается доля общей и первичной заболеваемости язвенной болезнью в структуре общей патологии ЖКТ (рис. 1), что можно объяснить проведением эрадикационной терапии, то доля больных с осложненными

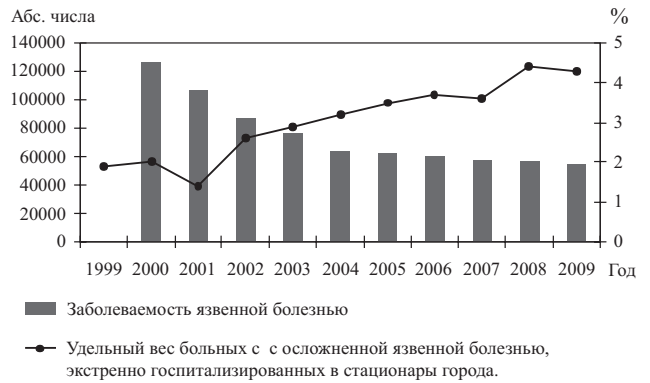


Рис. 2. Отношение количества больных язвенной болезнью, поступающих в стационар в экстренном порядке, к числу больных с осложненной язвенной болезнью.

формами ЯБ, поступивших в стационар в экстренном порядке, ежегодно увеличивается (рис. 2).

При более детальном анализе оказалось, что экстренная госпитализация больных с кровоточащей дуоденальной язвой существенно отличалась от госпитализации больных перфоративной язвой (рис. 3). Так, в 1982 г. в стационары города экстренно поступили 644 пациента с язвенным кровотечением, в 1999 году их количество увеличилось более чем в два раза (до 1469 человек) и продолжало расти до 1615 больных в 2009 г. Вместе с тем, с перфоративной язвой в 1992 г. госпитализированы 467 человек, в 1999 г. количество выросло до 1133, но в течение последующих десяти лет происходило снижение числа больных с перфоративной язвой до 748 человек.

При анализе динамики общей и послеоперационной летальности с 1999 по 2009 гг. прослеживается плавное снижение общей летальности при гастродуоденальном кровотечении с 7,6% до 4,0%, на фоне уменьшения оперативной активности с 48,8% до 22,7%, при этом наблюдается рост послеоперационной летальности в течение основного периода исследуемого времени с 11,4% до 14,7%. Эти цифры свидетельствуют о том, что широкое внедрение в практику методов эндоскопического гемостаза и консервативного лечения язвенных кровотечений, приводящее к снижению оперативной активности, имеет явный положительный эффект. Однако отсутствие адекватного противоязвенного лечения после выписки из стационара может приводить к росту частоты рецидивов данного осложнения.

При язвенной болезни, осложненной перфорацией, сохраняется высокая оперативная активность (от 87,2 до 99,5%), так как данное осложнение является абсолютным показанием к экстренной операции, а ее отсрочка является, как правило,



Рис. 3. Количество больных, поступивших в стационары города, с перфоративной и кровоточащей дуоденальной язвой.

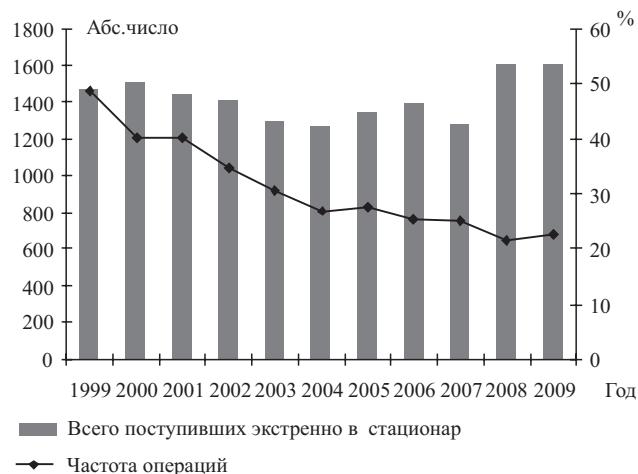


Рис. 4. Соотношение количества пациентов с язвенной болезнью, поступивших в стационары города по экстренным показаниям, и частоты проведенных операций.

диагностической ошибкой. При этом показатели общей летальности при перфоративной язве остаются достаточно стабильными и колеблются в диапазоне от 6,5% до 7,0% за исследуемый отрезок времени, а послеоперационной летальности – с 6,9% до 6,7%.

Интересными являются и результаты сопоставления количества пациентов с язвенной болезнью, поступивших в стационары города по экстренным показаниям, с динамикой оперативной активности (рис. 4).

На рис. 4. видим, что экстренная госпитализация выросла с 1469 до 1615 пациентов за период с 1999 по 2009 гг., при этом частота операций уменьшилась более чем в два раза – с 48,8% до 22,7% за это же время. При дополнительном анализе послеоперационной летальности при разных осложнениях ЯБ мы не нашли связи с оперативной активностью хирургов, со сроками госпитализации, выбором ими хирургического пособия.

Выводы

Таким образом, анализ многолетней динамики заболеваемости язвенной болезнью показал, что широкое внедрение эрадикационной терапии при лечении неосложненных форм язвенной болезни привело к устойчивому снижению основных статистических показателей заболеваемости, смертности,

сокращению сроков лечения, уменьшению случаев и дней нетрудоспособности. Напротив, при анализе хирургической заболеваемости мы отметили тот факт, что использование эрадикационной терапии в лечении и предупреждении рецидивов осложнений язвенной болезни в течение десяти исследуемых лет привело к общему снижению числа случаев язвенной болезни, осложненной перфорацией, и статистически не отразилось на количестве пациентов с язвенным кровотечением, наоборот, их число ежегодно возрастает.

Проведенный статистический анализ причин роста осложнений язвенной болезни не ответил на вопросы, с чем связано это увеличение – с особенностями течения заболевания, отсутствием стандартной противоязвенной терапии на стационарном и амбулаторном этапе или ее неэффективностью при наличии осложнений. Возможно, что причина заключается в отсутствии индивидуального подхода к комплексному лечению больных язвенной болезнью с учетом патогенеза заболевания, вида осложнения и выбранного врачом оперативного пособия для предупреждения ее рецидивов и осложнений. Все эти вопросы требуют дальнейшего, более детального изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Власюк В.Б.* Лечение осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: современные тенденции в терапевтической и хирургической практике // Современная медицина. – 2010. – № 1. – URL: <http://www.smedics.ru/index.php> (дата публикации: 15.12.2010).
2. *Гришина Л.П., Анчеева Т.И.* Особенности общего контингента инвалидов вследствие заболеваний органов пищеварения в Москве // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 4. – С. 43–44.
3. *Гурии Н.Н., Логунов К.В.* Выбор метода лечения язв желудка. – СПб.: СПбМАПО, Фолиант, 2001. – С. 35–49.
4. *Детярева И.И., Харченко Н.В.* Язвенная болезнь. – Киев: Здоровья, 1995. – 336 с.
5. *Жерлов Г.К.* Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 4. – С. 1–2.
6. *Назаров В.Е.* Фармакотерапия в комплексном лечении осложненной дуоденальной язвы. – СПб.: Человек, 2002. – С. 4–5.
7. *Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения: Приказ № 125 МЗ РФ, 1998.*
8. *Ткаченко Е.И.* Основы современной терапии язвенной болезни // Terra medica. – 1999. – № 2. – С. 3–4.