
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Е. В. Денисова, В. Е. Назаров

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Статья посвящена изучению возможностей статистического анализа многолетней заболеваемости для уточнения роли *H.pylori* в развитии язвенной болезни и ее осложнений, а также оценке эффективности терапии, направленной на эрадикацию *H.pylori*. На большом статистическом материале показано, что массовое применение эрадикационной терапии привело к устойчивому снижению заболеваемости как язвенной болезнью, протекающей без осложнений, так и перфоративной язвой, а также связанные с ними основных статистических показателей (уменьшение смертности, сокращение сроков лечения, уменьшение случаев и дней нетрудоспособности и т. д.). Вместе с тем отмечен и ежегодный рост частоты язвенных кровотечений, что обусловлено отсутствием или неадекватностью проведения эрадикационной терапии у хирургических больных на фоне возрастающего применения миниинвазивных и органосохраняющих операций, а также консервативных методов остановки кровотечений.*

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфоративная язва, язвенные кровотечения, многолетняя заболеваемость, эрадикация *Helicobacter pylori*.

E. Denisova, V. Nazarov

Statistical Analysis of Long-standing Morbidity as the Method of Estimating the Effectiveness of Eradication therapy in the Treatment of Ulcer and its Complications.

*The article reports the study of the possibilities of a statistical analysis of long-standing morbidity for clarifying the role of *H.pylori* in the development of ulcer and its complications, and also the estimation of the effectiveness of therapy for eradicating *H.pylori*. Based on statistic data it is shown that the massive application of the eradication therapy led to a steady reduction in the ulcer morbidity and perforated ulcer morbidity and also the connected with them basic statistical indices (decrease of mortality, shortened periods of treatment, decrease of cases and days of disablement, etc). At the same time, a yearly increase in the frequency of ulcerous hemorrhages is observed, which is caused by the absence or inadequacy of eradication therapy for the surgical patients, with increasing application of the minimal operations and conservative methods of the stoppage of hemorrhages.*

Keywords: ulcer, perforated ulcer, ulcerous hemorrhages, long-standing morbidity, eradication of *Helicobacter pylori*.

Язвенная болезнь во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, считается распространенным заболеванием. По данным мировой статистики, 6–10% взрослого населения страдают язвенной болезнью [5]. Высокая заболеваемость, рецидивирующее течение, наличие осложнений, приводящих во многих случаях к длительной нетрудоспособности и инвалидности, заставляют отнести это заболевание к ряду важных медицинских и социальных проблем. По данным Минздрава РФ, в нашей стране на учете с ЯБ состоит около 3 млн больных, из них каждый десятый был оперирован [1]. 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]. Хирургические вмешательства сокращают частоту рецидивов и опасность осложнений: после различных видов ваготомий они встречаются в 6–32% случаев, после резекций в разных модификациях рецидивы наблюдаются в среднем у 3% (не более 17%) [3; 7]. Но только оперативного лечения недостаточно для решения вопроса предупреждения возникновения повторного осложнения или рецидива заболевания.

Из-за высокой обсемененности населения хеликобактером (в России — более 70%) [5] проблема лечения остается актуальной. Анализ литературы по данной проблеме позволяет констатировать, что лекарственная противоязвенная терапия эффективными антисекреторными препаратами снижает частоту рецидивов язвенной болезни: в первые полгода — до 8%, а в первый год — до 10–33% [10; 12; 13]. При проведении эрадикационной терапии *H. pylori* частота рецидивов в первый год уменьшается примерно до 1%. Успеха лекарственной терапии, а также других методов консервативной терапии язвы ДПК можно ожидать в основном у пациентов с неосложненной формой заболевания [4]. В то же время лечение больных с «немыми» язвами, дебютирующими осложнениями или лечение в послеоперационном периоде с целью предупреждения рецидивов и осложнений, вследствие досадной несогласованности хирургов и специалистов нехирургического профиля, проводится не на должном уровне.

Вопрос о роли *H. pylori* в возникновении язвенной болезни, а тем более в ее осложнениях, до сих пор окончательно не решен, так как не удалось попытку смоделировать язвенную болезнь и вызвать ее осложнения при заражении *H. pylori*. Поэтому возникла потребность в проведении анализа многолетней заболеваемости язвенной болезнью с оценкой влияния на ее течение различных факторов, в том числе и массового применения эрадикационной терапии. В качестве основного метода нами использовано эпидемиологическое исследование заболеваемости за последние 18 лет с учетом того факта, что в 1998 году Министерством здравоохранения были изданы «Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения» [9] и началось широкое применение эрадикационной терапии в клинической практике. Проводя анализ, мы исходили из того факта, что если *H. pylori* является одной из причин заболевания, то это не может не отразиться на основных показателях заболеваемости язвенной болезнью.

Целью нашей работы стала оценка эффективности современной противоязвенной терапии в лечении язвенной болезни и ее осложнений и определение влияния эрадикации *H. pylori* на течение заболевания.

В качестве объекта исследования рассматривалась многолетняя заболеваемость неосложненной и осложненной язвенной болезнью в Санкт-Петербурге, а также врачебные назначения и результаты лечения в стационарах и поликлиниках города.

В качестве основного метода использованы стандартные процедуры эпидемиологического анализа основных статистических показателей при неосложненной и осложненной

язвенной болезни. Кроме того, изучались данные историй болезни стационаров и амбулаторных карт пациентов поликлиник.

Статистические данные предоставлены медико-аналитическим центром Санкт-Петербурга за период с 1992 по 2010 годы. При неосложненной язвенной болезни оценивались следующие показатели: 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). Также рассматривались показатели средней продолжительности лечения одного больного с неосложненной язвенной болезнью, количество койко-дней, затраченных на лечение в стационаре, и анализ частоты случаев и дней нетрудоспособности по язвенной болезни. При наличии основных осложнений язвенной болезни — кровотечения или перфорации — рассматривались показатели экстренной госпитализации, общая и послеоперационная летальности.

Помимо этого, нами проводился ретроспективный анализ 212 историй болезни из трех стационаров города.

На первом этапе нами оценивалась доля неосложненной язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости в патологии желудочно-кишечного тракта с 1992 по 1998 гг. — период до начала использования эрадикационной терапии и с 1999 по 2010 гг. — годы введения и массового ее использования в лечении *H. pylori*-ассоциированных заболеваний. Также были рассмотрены исходы лечения неосложненной язвенной болезни в стационарах города, показатели средней продолжительности лечения одного больного, количества койко-дней, затраченных на лечение в стационаре, частоты случаев и дней нетрудоспособности по язвенной болезни за период с 1999 по 2010 годы. Все эти показатели были взяты в долевом соотношении к общим показателям от всей патологии органов пищеварения.

Доля язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости органов ЖКТ с 1992 по 2010 гг. представлена на рис. 1.

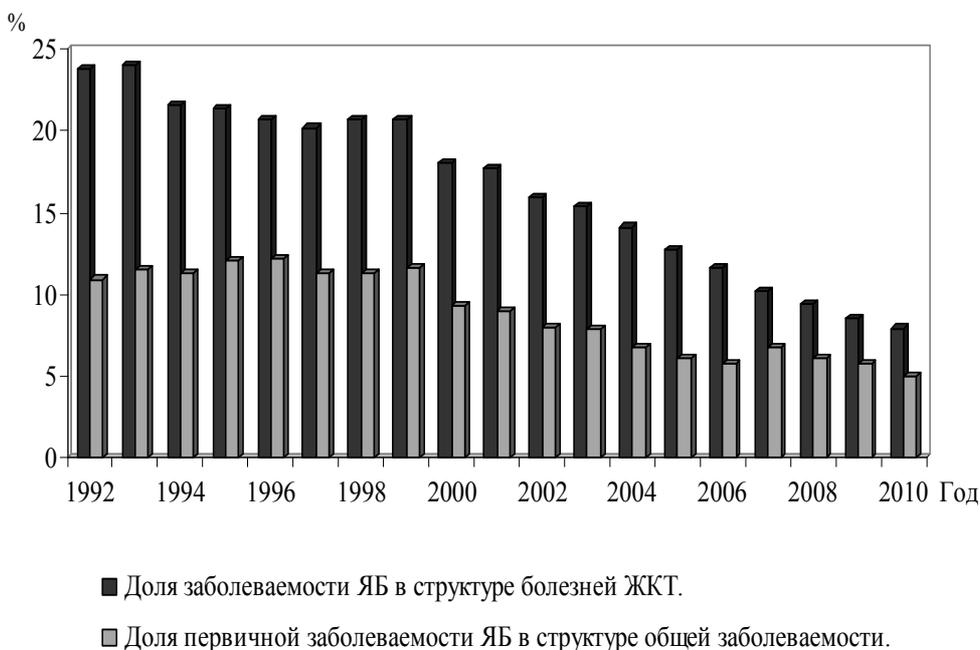


Рис. 1. Доля язвенной болезни в структуре общей и первичной заболеваемости органов ЖКТ

Отчетливо выделяются два этапа: с 1992 до 1998 года и с 1999 до 2010 года, когда было начато массовое использование эрадикационной терапии в лечении язвенной болезни. Максимальный подъем доли общей заболеваемости язвенной болезнью приходится на период с 1992 по 1999 годы, а с 1999 года начинается устойчивое ее снижение в 2,5 раза, первичной заболеваемости язвенной болезнью — в два раза.

При анализе основных результатов лечения за последние 11 лет (в период с 1999 по 2010 гг.) мы также наблюдаем их отчетливое улучшение (рис.2 и 3). Так, происходит закономерное уменьшение показателей средней продолжительности лечения больных с 15,5 до 7,1 дней. Количество койко-дней, затраченных на лечение неосложненной язвенной болезни, снизилось с 18,7 до 8,5 дней.

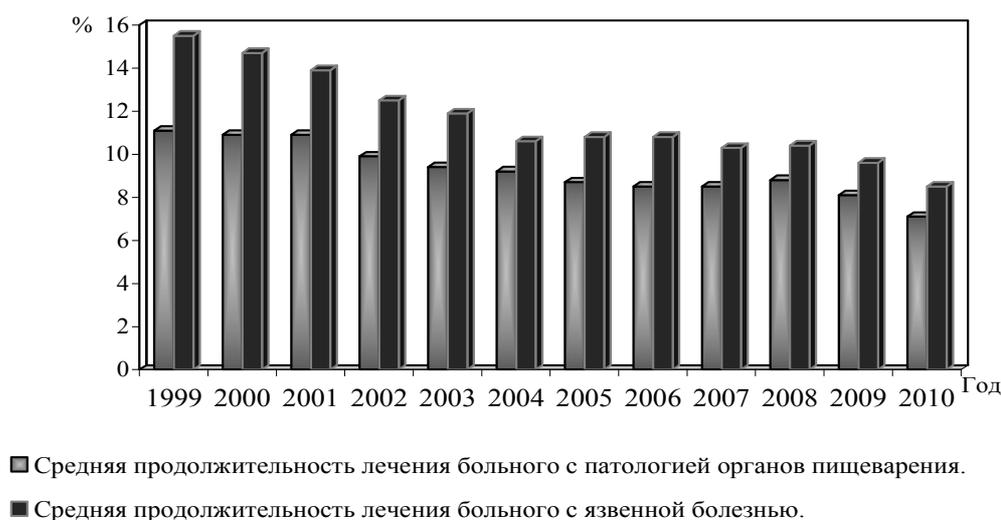


Рис. 2. Сравнение средних показателей продолжительности лечения больных с язвенной болезнью и средней продолжительности лечения больных с патологией органов пищеварения

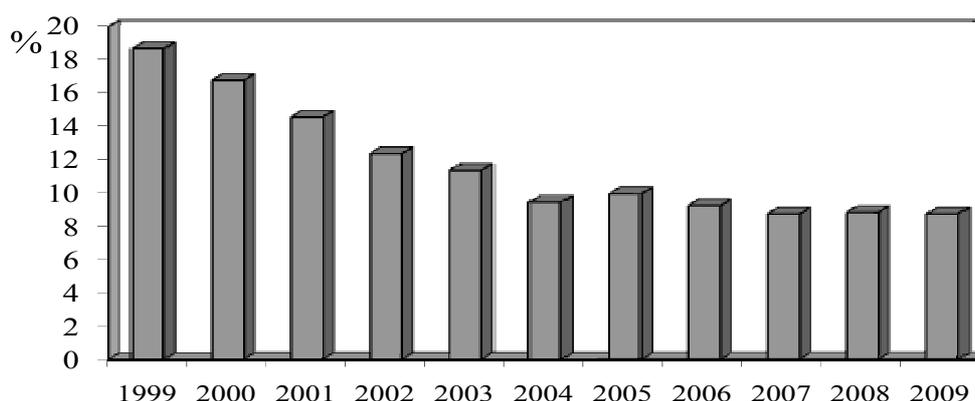


Рис. 3. Доля койко-дней по язвенной болезни от количества койко-дней при лечении всей нехирургической патологии пищеварительной системы

Те же тенденции прослеживаются и при анализе исходов неосложненной язвенной болезни (рис.4). Отмечается стабильное снижение доли выбывших из стационаров города пациентов с язвенной болезнью из всех больных, страдающих заболеваниями ЖКТ с 13,4%

до 6,5%. Наряду со снижением количества выбывших из стационара больных наблюдается уменьшение доли умерших в стационаре от язвенной болезни с 17,1 в 1999 г. до 10,3 в 2010 г.

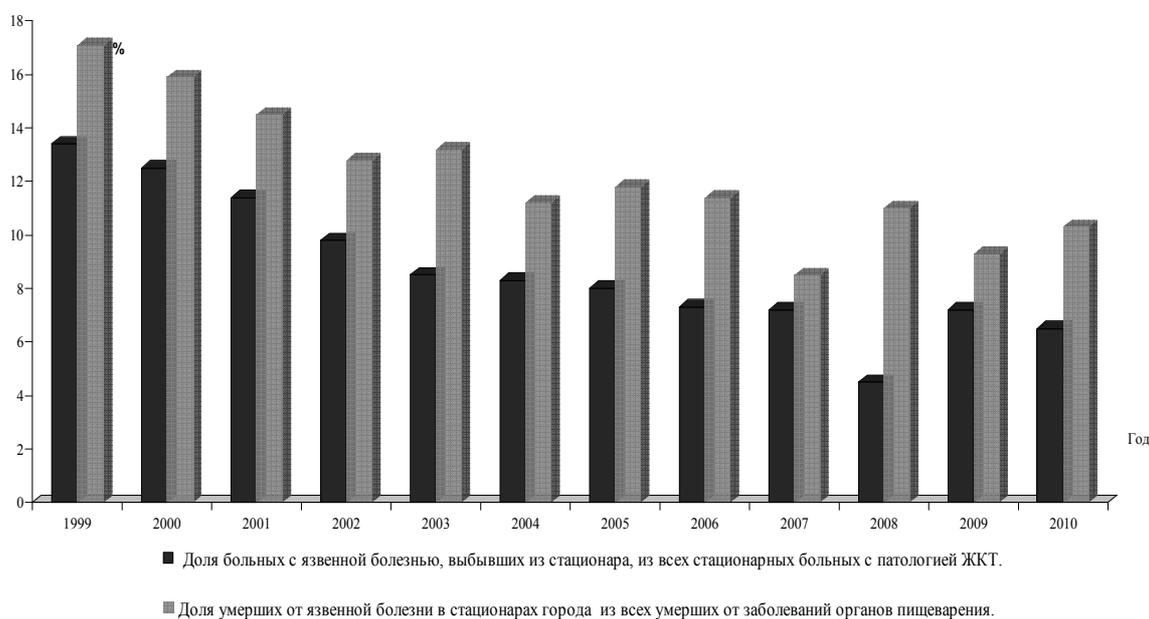


Рис. 4. Исходы лечения язвенной болезни

Одним из важных показателей, характеризующих экономическую сторону лечебно-диагностического процесса, является временная нетрудоспособность пациента, полученная в результате заболевания. За исследуемый период (с 1999 по 2010 гг.) количество случаев нетрудоспособности снизилось с 22,1 до 8,3, дней нетрудоспособности — с 32,8 до 7,3, а также наблюдалось снижение средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности по язвенной болезни с 25,4 до 19,3 дней (рис. 5).

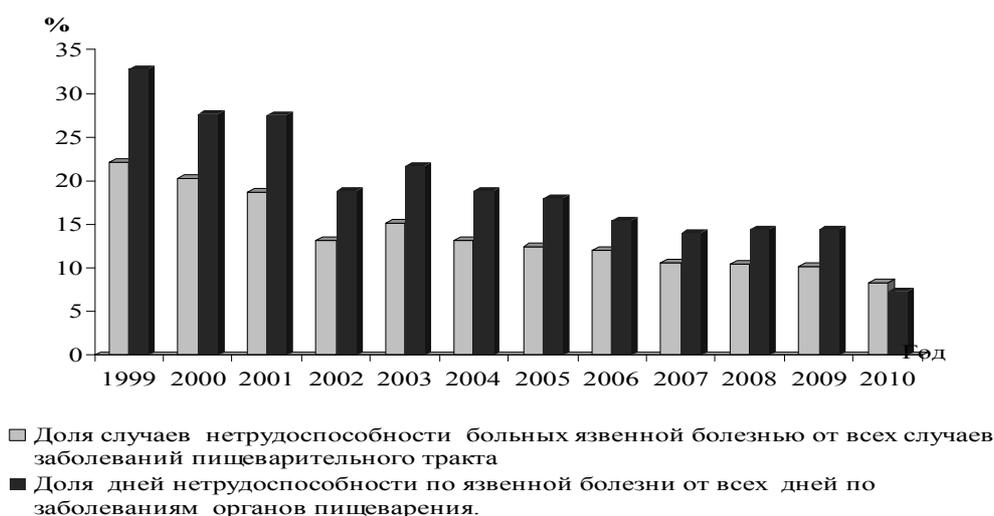


Рис. 5. Процентное соотношение количества случаев и числа дней временной нетрудоспособности по язвенной болезни и всей патологии органов пищеварения

Таким образом, рассмотрев и проанализировав основные статистические данные по лечению неосложненной язвенной болезни в Санкт-Петербурге, мы видим, что с внедрением эрадикационной терапии произошло снижение основных показателей общей и первичной заболеваемости язвенной болезнью; снижение количества стационарных и умерших от язвенной болезни больных, уменьшение количества койко-дней 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.

В целом складывается впечатление, что, благодаря широкому внедрению в практику эрадикационной терапии, удалось достичь серьезных успехов в лечении больных язвенной болезнью. Поэтому закономерно ожидать снижения показателей заболеваемости ее осложненными формами и улучшения результатов лечения хирургических больных. Однако результаты проведения анализа хирургических показателей лечения язвенной болезни выявили две разнонаправленные тенденции.

Если абсолютное количество больных язвенной болезнью равномерно снижается почти в пять раз (с 138 928 человек в 1999 г. до 28 668 в 2010 году) и более чем вдвое (с 6680 в 1999 г. до 2871 в 2010 г.) снижается количество впервые выявленных язв, а также доля общей и первичной заболеваемости язвенной болезнью в структуре общей патологии ЖКТ (рис. 1), что можно объяснить широким использованием эрадикационной терапии, то доля больных с осложненными формами ЯБ, поступивших в стационар в экстренном порядке, ежегодно увеличивается (рис. 6).

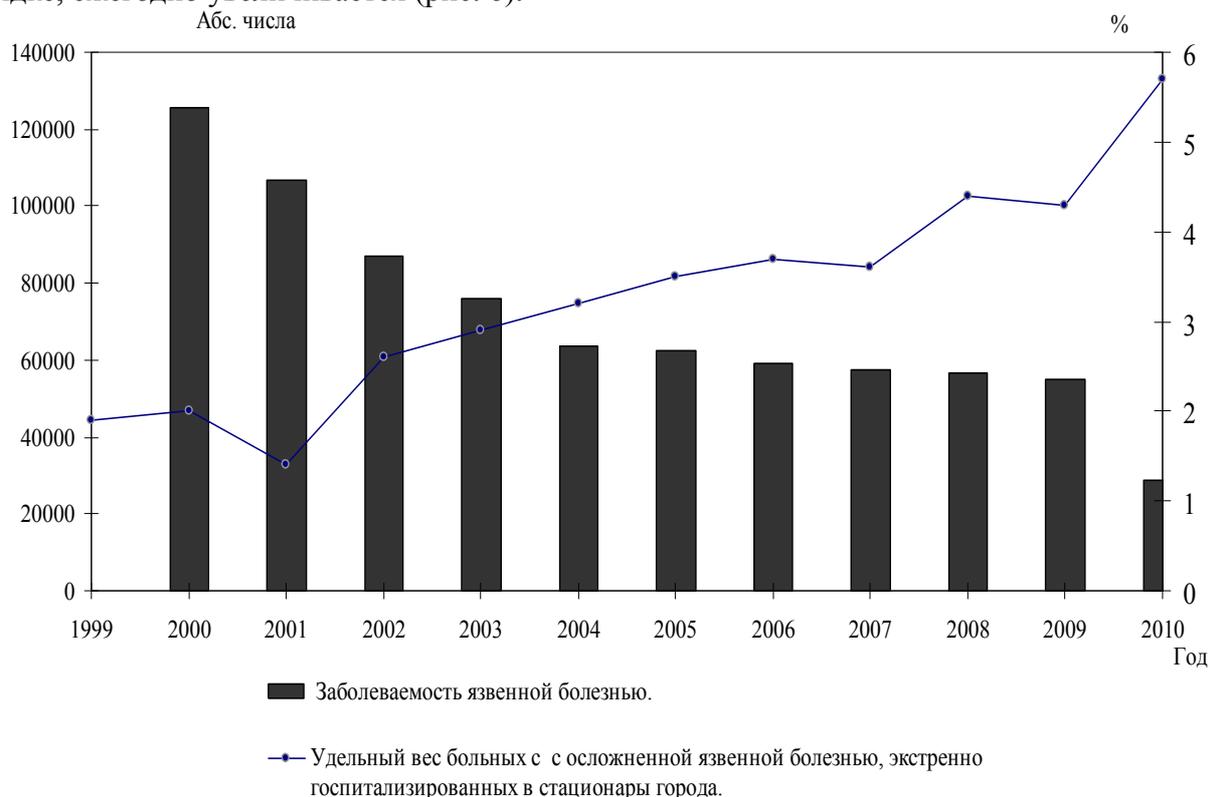


Рис. 6. Соотношение количества больных язвенной болезнью, поступавших в стационар в экстренном порядке, к доле больных с осложненной язвенной болезнью.

При более детальном анализе оказалось, что экстренная госпитализация больных с кровоточащей дуоденальной язвой существенно отличалась от госпитализации больных перфоративной язвой, так как количество перфораций снижается, а количество язвенных кровотечений увеличивается (рис. 7).



Рис. 7. Количество больных, поступивших в стационары города с осложненной язвенной болезнью

Так, в 1982 г. в стационары города экстренно поступило 644 пациента с язвенным кровотечением, в 1999 году их количество увеличилось более чем в два раза — до 1469 человек — и продолжало расти до 1513 человек в 2010 году. Вместе с тем с перфоративной язвой в 1992 г. госпитализировано 467 человек, в 1999 г. количество выросло до 1133, но в течение последующих лет происходило снижение числа больных с перфоративной язвой до 867 в 2010 году.

При анализе динамики общей и послеоперационной летальности с 1999 г. по 2010 г. прослеживается плавное снижение общей летальности при гастродуоденальном кровотечении с 7,6% до 4,1% на фоне уменьшения оперативной активности с 48,8% до 23,4%, 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, приводящих 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 99,6 %), так как данное осложнение является абсолютным показанием к экстренной операции, а ее отсрочка является, как правило, диагностической ошибкой. При этом показатели общей летальности при перфоративной язве остаются достаточно

стабильными и колеблются в диапазоне от 6,5% до 9,3% за исследуемый отрезок времени, а показатели послеоперационной летальности — с 6,9% до 10,4%.

Интересными являются и результаты сопоставления количества пациентов с язвенной болезнью, поступивших в стационары города по экстренным показаниям с динамикой оперативной активности (рис. 8).

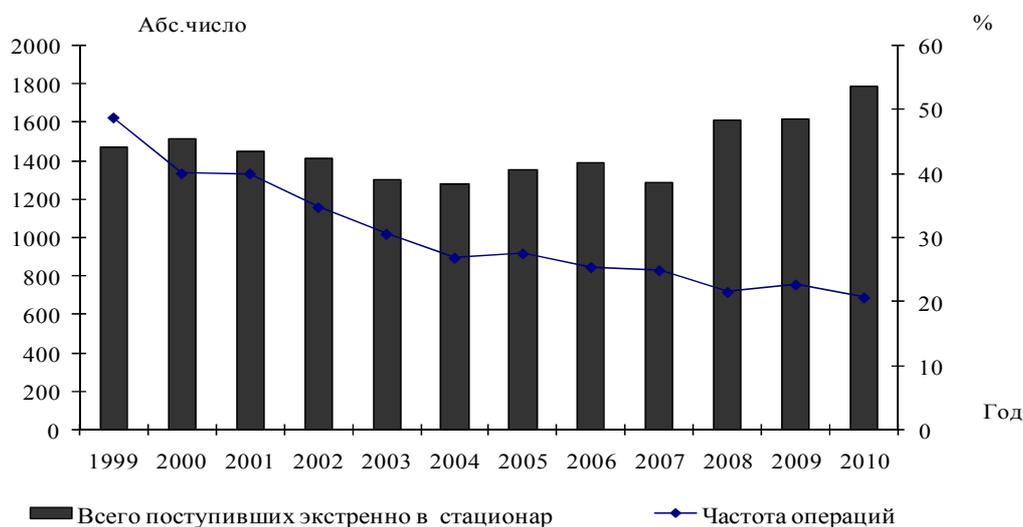


Рис. 8. Соотношение количества пациентов, поступивших в стационары города по экстренным показаниям с язвенной болезнью и частоты проведенных операций

На рис. 8. видим, что экстренная госпитализация выросла с 1469 до 1788 пациентов за период с 1999 по 2010 гг., при этом частота операций уменьшилась более чем в два раза с 48,8% до 20,1% за это же время — преимущественно за счет сужения показаний к оперативному лечению кровотечений. При дополнительном анализе послеоперационной летальности при разных осложнениях ЯБ мы не нашли связи с оперативной активностью хирургов, со сроками госпитализации, или выбором ими хирургического пособия. Поэтому можно предположить, что рост осложнений наблюдается либо в результате отсутствия терапии или ее неадекватности, либо в результате неэффективности применения стандартных методов противоязвенного лечения для предупреждения рецидивов и осложнений язвенной болезни.

Для ответа на этот вопрос нами были проанализированы истории болезни пациентов с осложненной язвенной болезнью луковицы ДПК из различных стационаров города. Оказалось, что из 212 больных только 92 пациентам проводили противоязвенное лечение (43,4%). Из этих 92 больных, после оперативного вмешательства или консервативной остановки кровотечения, только 42 (56,5%) назначен курс эрадикационной терапии без диагностики *H. pylori*. У 15 больных (16,4%) схемы лечения соответствовали стандартам лечения язвенной болезни согласно положениям «Стандартов (протоколов) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения» (Приказ №125 МЗ РФ.1998 г.), у 20 пациентов (21,7%) были использованы нестандартные (терапия второй линии) схемы эрадикационной терапии и у 17 человек (18,4%) — лечение было неадекватным, с несоблюдением доз препаратов и сроков их назначения.

В 52,2% лечение в послеоперационном периоде или после остановки кровотечения проводили хирурги, 26,1% — терапевты, реже — в 21,7% — гастроэнтерологи. Препараты,

назначаемые врачами, использовались как в моно-, так и в комплексной терапии. Наиболее часто (у 78,2%) назначались антисекреторные препараты, остальным применялись антациды, препараты висмута, прокинетики. У 43,2% пациентов лечение включало как патогенетическую, так и симптоматическую терапию.

Из антисекреторных лекарственных средств в составе эрадикационной терапии чаще врачами назначался омепразол (38,9% больных), приблизительно одинаково — рабепразол и пантопразол (22,3% и 19,4 % соответственно). В симптоматической терапии секретолитики использовались в виде монотерапии у 21,7% больных. У 29,3% проводилась терапия другими группами препаратов: почти половина пациентов получала антациды — 48,1%, меньше — препараты висмута и прокинетики (29,6% и 22,2% соответственно), которые назначались как вместе с антисекреторными, так и отдельно от них.

После выписки из стационара большей части пациентов для дальнейшего наблюдения и лечения было рекомендовано обратиться к хирургу поликлиники по месту жительства (45,3%), приблизительно одинаковому количеству — к гастроэнтерологу (22,6 %) и терапевту (21,7%). У 10% больных в выписке из истории болезни эти данные не отражены.

Таким образом, из анализа 212 историй болезни было выяснено, что в настоящее время в стационарах города более чем у половины больных после выполнения органосохраняющих операций или консервативной остановки кровотечения специфическая противоязвенная (в том числе и эрадикационная) терапия не назначалась вообще, либо проводилась неадекватно: схемы, дозы и сроки применения назначаемых препаратов не соответствовали рекомендациям российских стандартов и международных соглашений по лечению язвенной болезни при ее осложненном течении. Отсутствие адекватного лечения, направленного на устранение одного из основных этиологических факторов язвенной болезни *H. pylori*, может являться одной из причин роста частоты ее осложнений, в частности, язвенных кровотечений.

Выводы

1. Широкое внедрение в терапевтическую практику методов лечения, направленных на эрадикацию *H. pylori*, привело к устойчивому снижению заболеваемости как язвенной болезнью, протекающей без осложнений, так и перфоративной язвой, а также связанных с ними основных статистических показателей (уменьшение смертности, сокращение сроков лечения, уменьшение случаев и дней нетрудоспособности и т. д.).

2. Напротив, отсутствие или неадекватность проведения эрадикационной терапии у хирургических больных на фоне возрастающего применения миниинвазивных и органосохраняющих операций, а также консервативных методов остановки кровотечений привело к ежегодному росту частоты рецидивов среди этой категории больных и язвенной болезни, осложненной кровотечением.

3. Зависимость заболеваемости от адекватности проведения эрадикационной терапии свидетельствует о том, что *H. pylori* является одним из основных этиологических факторов возникновения как самой язвенной болезни, так и развития ее осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Впасюк В. Б.* Лечение осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: современные тенденции в терапевтической и хирургической практике. www.eurolab.ua. 2008. С. 1–6.
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. *Гурин Н. Н., Логунов К. В.* Выбор метода лечения язв желудка. СПб.: МАПО; ИКФ «Фолиант», 2001. С. 35–49.

4. Дегтярева И. И., Харченко Н. В. Язвенная болезнь. Киев, 1995. 336 с.
5. Жерлов Г. К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв // Бюллетень сибирской медицины. № 4. 2003. С. 1–2.
6. Кузин Н. М., Егоров В. А. Результаты хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 1994. № 5. С. 17–21.
7. Логунов К. В. Выбор способа лечения язв желудка. СПб.: МАПО, 1998. С. 12–13.
8. Назаров В. Е. Фармакотерапия в комплексном лечении осложненной дуоденальной язвы. СПб.: Человек, 2002. С. 4–5.
9. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения: Приказ № 125. М.: МЗ РФ, 1998.
10. Синенченко Г. И., Курыгин А. А., Демко А. Е., Перегудов С. И. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки. СПб.: Фолиант, 2007.
11. Ткаченко Е. И. Основы современной терапии язвенной болезни // Terra medika. 1999. № 2. С. 3–4.
12. Blum A. L., Siewert J. R. Indikation und Plan der konservativen Therapie des unkomplizierten Ulcus duodeni und ventriculi // Ulcus-Therapie. Hgb, Berlin–Heidelberg–New York, 1982. S. 254–267.

REFERENCES

1. Vpasjuk V. B. Lechenie oslozhnennoj jazvennoj bolezni dvenadtsatiperstnoj kishki: sovremennye tendencii v terapevticheskoy i hirurgicheskoy praktike. www.eurolab.ua. 2008. S. 1–6.
2. Grishina L. P., Ancheeva T. I. Osobennosti obshchego kontingenta invalidov vsledstvie zabolevanij organov pishchevarenija v Moskve // Problemy upravlenija zdravoohraneniem. 2002. № 4. S. 43–44.
3. Gurin N. N., Logunov K. V. Vybor metoda lechenija jazv zheludka. SPb.: MAPO; IKF «Foliant», 2001. S. 35–49.
4. Degtjareva I. I., Harchenko N. V. Jazvennaja bolezni'. Kiev: Zdorov'ja, 1995. 336 s.
5. Zherlov G. K. Sovremennye tendencii diagnostiki i lechenija gastroduodenal'nyh jazv, Bjulleten' sibirskoj mediciny. 2003. № 4. S. 1–2.
6. Kuzin N. M., Egorov V. A. Rezul'taty hirurgicheskogo lechenija jazvennoj bolezni // Hirurgija. 1994. № 5. S. 17–21.
7. Logunov K. V. Vybor sposoba lechenija jazv zheludka. SPb.: MAPO, 1998. S. 12–13.
8. Nazarov V. E. Farmakoterapija v kompleksnom lechenii oslozhnennoj duodenal'noj jazvy. SPb.: Chelovek, 2002. S. 4–5.
9. Standarty(protokoly) diagnostiki i lechenija bol'nyh s zabolevanijami organov piwevarenija: Prikaz № 125. M.: MZ RF, 1998.
10. Sinenchenko G. I., Kurygin A. A., Demko A.E., Peregudov S. I. Sochetannye oslozhnenija jazvy dvenadcatiperstnoj kishki. SPb.: Foliant, 2007.
11. Tkachenko E. I. Osnovy sovremennoj terapii jazvennoj bolezni // Terra medika. 1999. № 2. S. 3–4.
12. Blum A. L., Siewert J. R. Indikation und Plan der konservativen Therapie des unkomplizierten Ulcus duodeni und ventriculi // Ulcus-Therapie. Hgb., Berlin-Heidelberg-New York, 1982. S. 254–267.