

УДК 616.33-005.1	UDC 616.33-005.1
<b>АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В КРАСНОДАРСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	<b>ANALYSIS OF STRUCTURE OF PEPTIC ULCER INCIDENCE IN KRASNODAR CITY HOSPITAL OF EMERGENCY CARE</b>
Сердюк Анна Андреевна	Serduyk Anna Andreevna
<i>МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краснодар, Россия</i>	<i>МВИНС «Krasnodar city clinic hospital of emergency care», Krasnodar, Russia</i>
Курносенкова Елена Фёдоровна	Kurnocenkova Elena Fedorovna
<i>МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краснодар, Россия</i>	<i>МВИНС «Krasnodar city clinic hospital of emergency care», Krasnodar, Russia</i>
Карапетян Римма Ашотовна	Karapetyan Rimma Ashotovna
<i>МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краснодар, Россия</i>	<i>МВИНС «Krasnodar city clinic hospital of emergency care», Krasnodar, Russia</i>
В статье представлен анализ структуры заболеваемости язвенной болезнью в Краснодарской городской клинической больнице скорой медицинской помощи с 2014 по октябрь 2017 г.	The article presents the analysis of the structure of peptic ulcer incidence in Municipal budget health care institution Krasnodar municipal clinical emergency hospital from 2014 to October 2017.
Ключевые слова: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	Key words: MORBIDITY, PEPTIC ULCER DESEASE

## Введение

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии. Ведущим проявлением заболевания становится образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки [1].

Лечение язвенной болезни остается крайне актуальной проблемой практического здравоохранения. По данным Министерства здравоохранения РФ за период с 2006 по 2009 год уменьшилось как общее число больных язвенной болезнью – с 1663660 до 1522938, в пересчете на 100000 населения – с 1446,5 до 1314,6. Так, что особенно важно, число больных с впервые выявленной язвенной болезнью сократилось с 148019 до 136363 в абсолютных цифрах и с 128,7 до 117,7 – в пересчете на 100000 населения. Тенденция к снижению уровня заболеваемости может быть обусловлена широким внедрением эрадикационной терапии при выявлении инфекции *Helicobacter pylori*. Однако важной проблемой остается увеличение процента осложненных форм язвенной болезни [2].

В России наблюдается ряд особенностей в эпидемиологии язвенной болезни: отсутствие существенной тенденции к снижению заболеваемости, часто рецидивирующее течение, тяжесть осложнений, а также высокий процент нетрудоспособности больных. Такая ситуация обусловлена рядом причин, основными из которых являются: увеличение числа пожилых пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью за последние годы [3], наличие сочетанной патологии, в первую очередь, панкреатодуоденального комплекса [4].

По-прежнему значительными остаются расходы, связанные с лечением пациентов с язвенной болезнью. Ежегодно на диспансерном наблюдении находится более одного миллиона больных язвенной болезнью,

каждый второй лечится стационарно, свыше трети пользуются листом временной нетрудоспособности повторно [5].

У значительного по численности контингента пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки даже после лечения в условиях гастроэнтерологических центров рецидивы дуоденальной язвы возникают в течение ближайших месяцев после их выписки из медицинских учреждений [6]. Эти проблемы можно устранить благодаря проведению комплекса соответствующих лечебно-профилактических и организационных мероприятий как непосредственно на этапах оказания медицинской помощи пациентам (догоспитальном, госпитальном, постстационарном), так и в целом во всех звеньях системы медицинского обеспечения населения [5].

«Ахиллесовой пятой» консервативного лечения язвенной болезни является высокая частота рецидивов после прекращения курсового приема антисекреторных препаратов, которая составляет в среднем 70 % в течение первого года после достижения рубцевания язвы.

Случаи развития язвенной болезни, как и любой другой патологии у населения, учтены с помощью показателя первичной заболеваемости (incidence – по терминологии ВОЗ), так как этот показатель в наилучшей степени характеризует риск возникновения заболевания у здорового человека [7].

**Цель исследования:** проведение анализа структуры заболеваемости язвенной болезнью в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (КГК БСМП) в 2014–2017 гг. и изучение результатов и исходов течения заболевания.

### **Материал и методы**

Для выявления динамики структуры заболеваемости язвенной болезнью в КГК БСМП нами был проведен анализ статистических данных за период с 2014 по 2016 г.

Оценивались основные показатели течения язвенной болезни: доля этого заболевания в структуре общей и первичной заболеваемости в патологии желудочно-кишечного тракта, исходы лечения (доля выбывших из стационара и умерших пациентов с язвенной болезнью за исследуемый период), наличие осложнений, методы лечения больных с осложненным течением язвенной болезни. Рассматривались также показатели средней продолжительности лечения одного больного с язвенной болезнью, оценивалось количество койко-дней, затраченных на лечение в стационаре.

### Результаты исследования

Анализ возрастного-полового распределения пациентов с язвенной болезнью (рисунок 1) свидетельствует о том, что заболевание встречается во всех возрастных группах (возраст пациентов – от 18 до 96 лет, средний возраст – 55–75 лет).

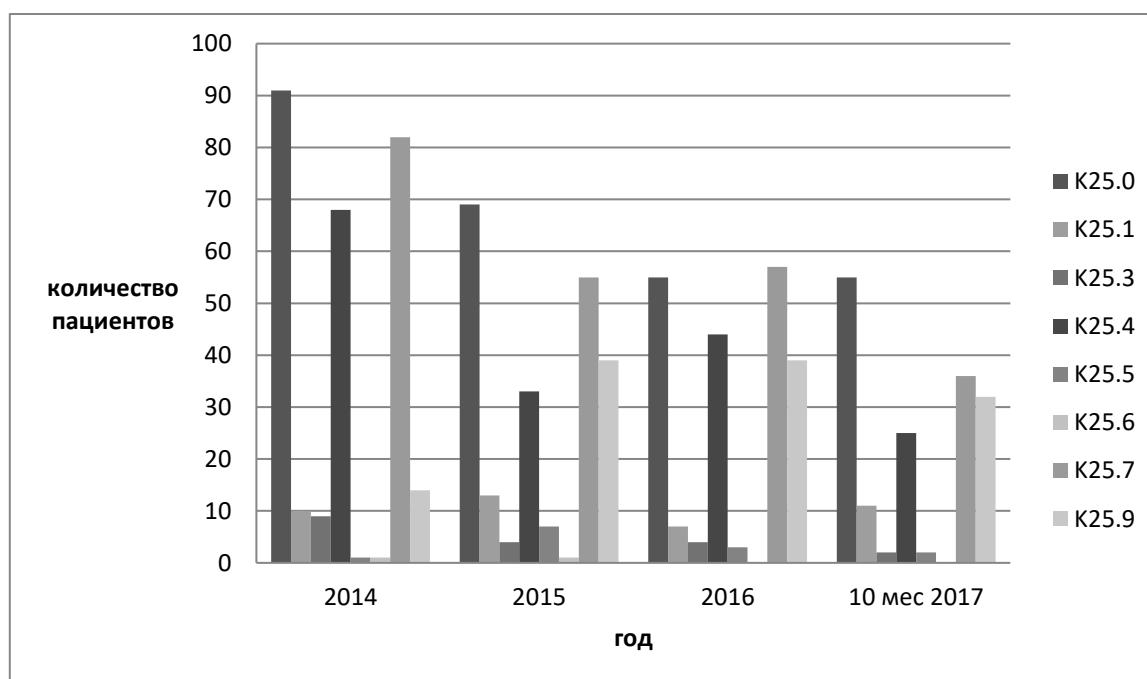


Рисунок 1 – Распределение пациентов с язвенной болезнью, локализованной в желудке (по МКБ в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с 2014 по октябрь 2017 г.)

В проведенном исследовании доля женщин составила 31,6 %, мужчин – 68,4 %. Среди пациентов исходы заболеваний: выписаны – 90,2 %, прервали лечение по собственной инициативе – 0,7 %, умерли – 9,1 %.

За время наблюдения (с 2014 по октябрь 2017 г.) общее число пациентов с язвенной болезнью желудка несколько снизилось – с 276 (2014 г.) до 209 человек (2016 г.) (рисунок 2). При этом количество пациентов с острым язвенным кровотечением сократилось с 91 до 55 человек, а с хронической язвой желудка, осложненной кровотечением – с 68 (в 2014 г.) до 33 (в 2015 г.) и 44 человек (в 2016 г.).

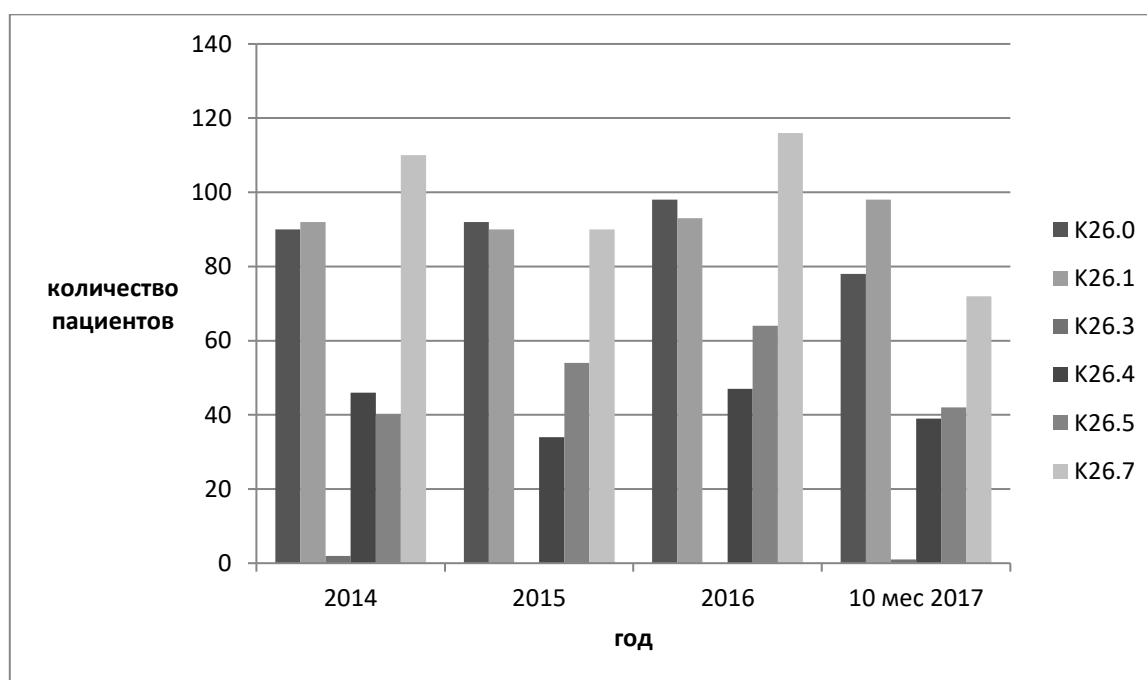


Рисунок 2 – Распределение пациентов с язвенной болезнью, локализованной в двенадцатиперстной кишке (по МКБ в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», за период с 2014 по октябрь 2017 г.)

За время наблюдения с 2014 по октябрь 2017 г. общая численность пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оставалась примерно одинаковой: 380 человек в 2014 г., 360 – в 2015 г., 418 – в 2016 г., за первые 10 месяцев 2017 г. поступило 330 человек. Примерно одинаково-

вым также оставалось распределение больных по нозологии в разные годы наблюдения (рисунок 3).

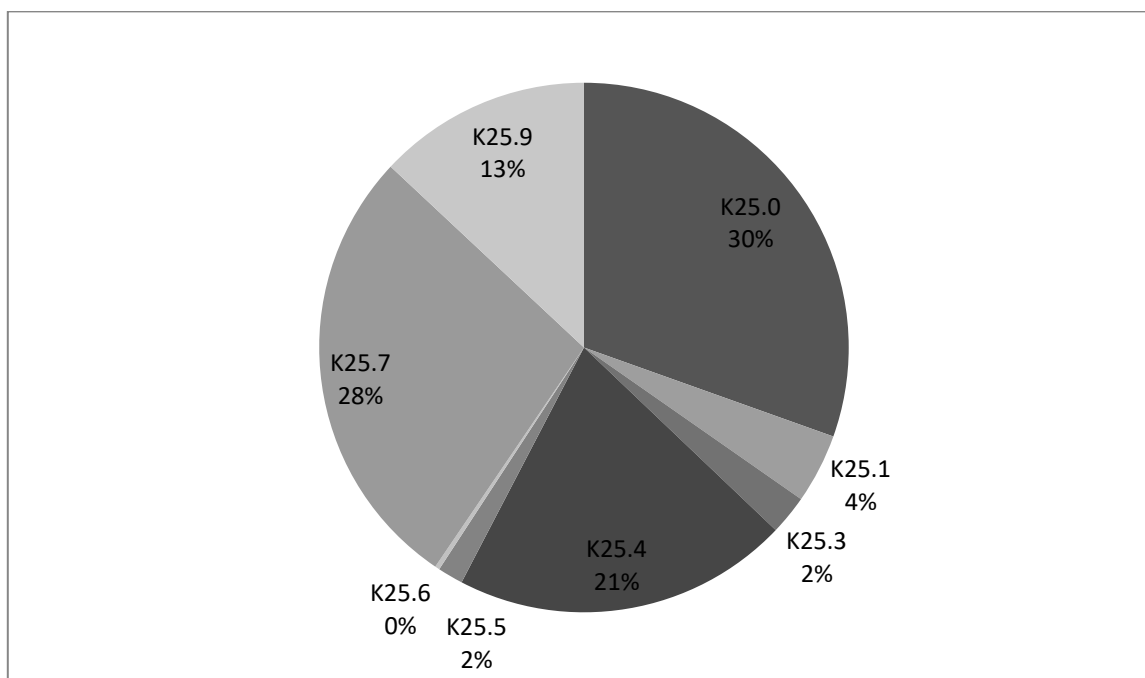


Рисунок 3 – Доля пациентов с язвенной болезнью, локализованной в желудке (по МКБ в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Среди пациентов с язвенной болезнью желудка преобладают больные с острым язвенным кровотечением, далее – с язвенной болезнью желудка без прободения или кровотечения, а также пациенты с хронической язвенной болезнью, осложненной кровотечением. Общая доля пациентов, поступивших с кровотечением из язвенного дефекта в желудке, составила 51 % (рисунок 4).

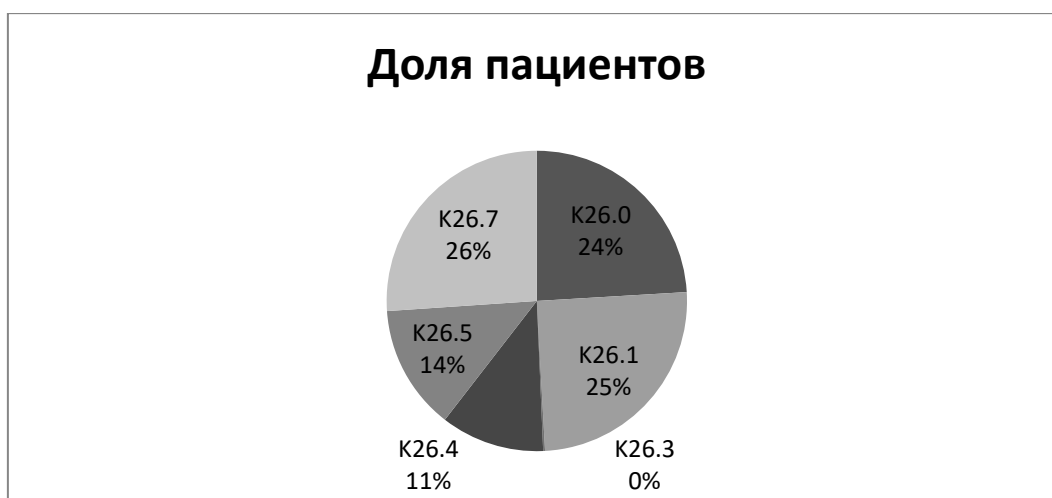


Рисунок 4 – Доля пациентов с язвенной болезнью, локализованной в желудке (по МКБ в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Среди пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки примерно одинаковое число больных поступило с кровотечением из язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке, а также пациенты с прободением язвенного дефекта, хронической язвой двенадцатиперстной кишки без кровотечения и прободения (рисунок 5).



Рисунок 5 – Соотношение пациентов с язвенной болезнью, локализованной в желудке и двенадцатиперстной кишке (по МКБ в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Анализ частоты локализации язвенной болезни выявил, что у подавляющего большинства пациентов в 67,8 % случаев диагностировалась локализация язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке, в 32,2 % случаев – в желудке.

Пациенты с хроническим язвенным процессом без осложнений поступали для лечения в терапевтическое отделение № 2 МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». За 2014 г. в этом отделении прошли лечение 190 пациентов с язвенной болезнью. Средняя длительность пребывания больного в стационаре (средний койко-день) составила 14,5 дней; в 2015 г. – 124 пациента, средний койко-день – 13; в 2016 г. – 125 пациентов, средний койко-день – 7,5, за первые 10 месяцев 2017 г. – 97 пациентов, данных о среднем койко-дне не получено. Летальных случаев в терапевтическом отделении выявлено не было (рисунок 8).

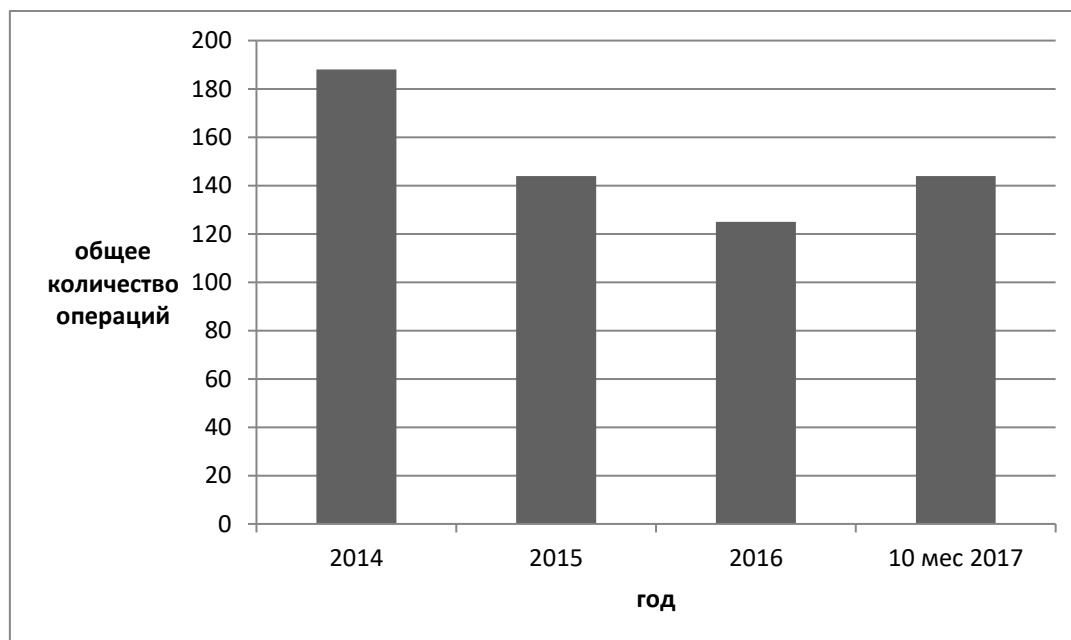


Рисунок 8 – Общее количество операций у пациентов с язвенной болезнью (в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)



Среди пациентов с язвенной болезнью достаточно высокой остается оперативная активность. Число оперативных вмешательств в 2014 г. составило 188, в 2015 г. – 144, в 2016 г. – 125, за первые 10 месяцев 2017 г. – 144 операции (рисунок 9).



Рисунок 9 – Доля оперативных вмешательств у пациентов с язвенной болезнью (в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Чаще всего пациентам проводились иссечение (в 35 % случаев) и ушивание (20 % случаев) язвенного дефекта. Среди других проведенных оперативных вмешательств, не связанных с лечением язвенной болезни, преобладали: холецистэктомии – 9 операций, оперативное лечение грыжи – 6, дренирование плевральной полости – 3, аппендэктомия – 3. Кроме того, было проведено удаление камней мочеточника, оперативное лечение кисты яичника, дренирование сальниковой сумки, папиллосфинктеротомия, закрытие колостомы. Было выполнено также 29 диагностических лапароскопических операций.

Среди 601 прооперированного пациента умерли 34 человека (5,7 %), из них чаще всего погибали больные с диагнозом: язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке, осложненная прободением – 15 случаев (44,1 %). Средний возраст умерших пациентов составил 69,2 года, что, вероятно, связано с наличием сопутствующих заболеваний и общего тяжелого состояния пациента при поступлении (рисунок 10).

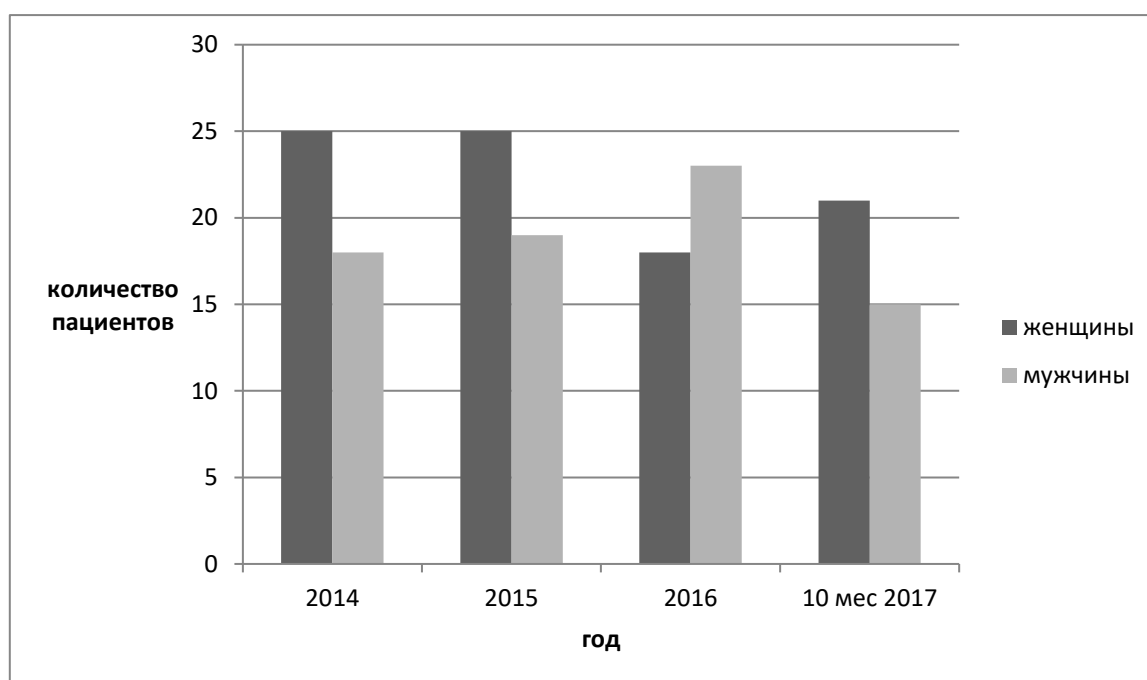


Рисунок 10 – Распределение по полу умерших пациентов с язвенной болезнью (в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Среди погибших пациентов чаще были женщины пожилого и старческого возраста (рисунок 11).

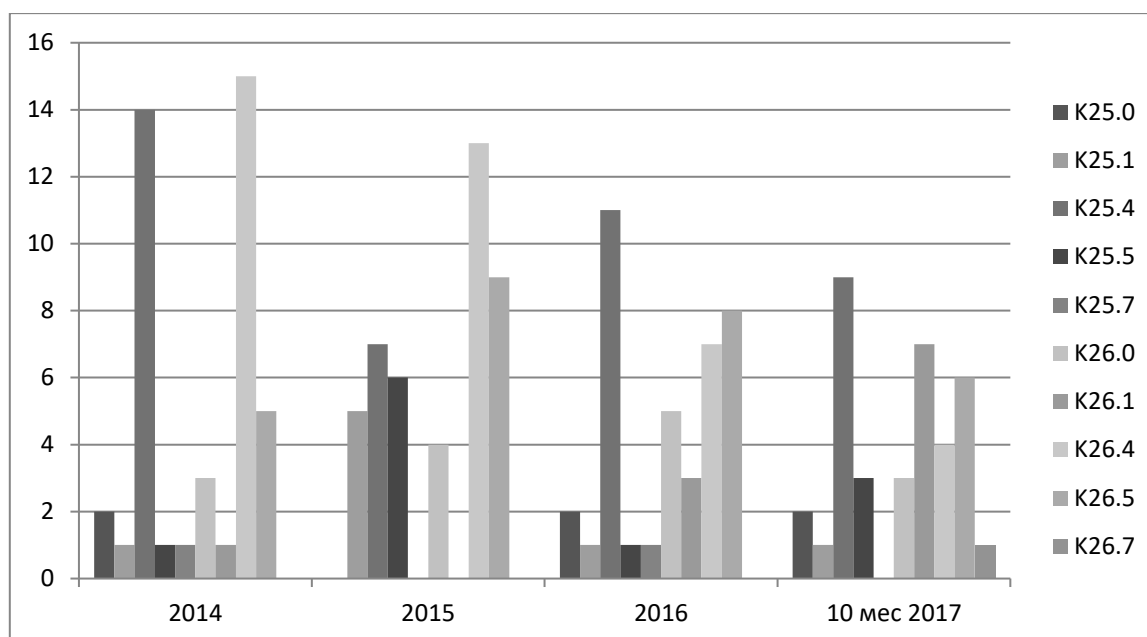


Рисунок 11 – Распределение по коду МКБ умерших пациентов с язвенной болезнью (в МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2014 по октябрь 2017 г.)

Непосредственными причинами смерти пациентов чаще всего становились хроническая язва желудка, осложненная кровотечением, и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная прободением.

Развитие летальных исходов происходило на фоне госпитализации больных по линии скорой помощи в терминальном состоянии, без установленного ранее диагноза язвенной болезни; присоединения интеркуррентных заболеваний; а также осложнений.

Развитию летальных исходов у пациентов с язвенной болезнью способствовали также низкий уровень амбулаторного наблюдения и лечения, перебои с наличием препаратов в стационаре, низкая приверженность больных к выполнению врачебных рекомендаций, особенно на амбулаторном этапе лечения, их нежелание отказаться от вредных привычек.

На основе вышеизложенного хотелось бы внести ряд предложений с целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью, а также улучшения их качества жизни:

- активно внедрять современные методы остановки кровотечений;

- улучшить критерии отбора на госпитализацию больных как сотрудниками бригад скорой помощи, так и врачами приемного отделения;
- увеличить количество эндоскопической и диагностической аппаратуры с целью уменьшения сроков ожидания обследования и повышения диагностической точности проводимых манипуляций;
- продолжить процесс обучения врачей стационара по направлениям экстренной гастроэнтерологии, хирургии, эндоскопии;
- привлечь поликлиники города для совместной работы по вопросам анализа летальных случаев, раннего выявления осложнений язвенной болезни, определения сроков проведения плановых реконструктивных операций у пациентов с рубцово-язвенными стенозами, проведения адекватной эрадикационной терапии в амбулаторных условиях при неосложненных формах язвенной болезни.

### **Заключение**

Проведенный анализ структуры заболеваемости язвенной болезнью показал, несмотря на широкое внедрение эрадикационной терапии, этот показатель остается достаточно высоким. Так, более 600 пациентов (27,4 %) подверглись экстренному оперативному вмешательству, что в значительной степени увеличило сроки нетрудоспособности больных и, как следствие, привело к значительным экономическим потерям.

### Список литературы

1. *Ивашкин В. Т.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, И. В. Маев, Е. К. Баранская, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, С. Г. Бурков, А. В. Калинин, А. В. Ткачев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – № 26(6). – С. 40–54.
2. *Ивашкин В. Т.* Резолюция Экспертного совета по проблемам диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний / В. Т. Ивашкин, Е. К. Баранская, К. В. Ивашкин, Н. В. Корочанская и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – № 2. – С. 91–92.
3. *Рустамов М. Н.* Разработка эрадикационных режимов у пациентов с Н.р.-ассоциированной дуоденальной язвой / М. Н. Рустамов, Л. Б. Лазебник // Материалы XVIII Славяно-Балтийского научного форума «СПб-Гастро-2016». Гастроэнтерология. – СПб., 2016. – № 1–2. М29-М30.
4. *Зубарев А. П.* Диагностика нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ при развитии ДГР у больных острым холециститом / А. П. Зубарев, В. И. Мидленко, А. В. Зайцев и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2–1.
5. *Бредихина Н. А.* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / Н. А. Бредихина // Вопросы лечения и профилактики; МЦ УД Президента РФ.
6. *Лобанков В. М.* Язвенная болезнь: методология принятия решения / В. М. Лобанков // Проблемы здоровья и экологии. – 2005. – № 3(5). – С. 148–143.
7. *Царегородцева Т. М.* Иммунный статус при болезнях органов пищеварения / Т. М. Царегородцева, М. В. Серова, Г. Н. Соколова и др. // Мед. иммунология. – 2005; (2–3): 2–3.