

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ширинская Н.В.^{1,2}

1 - бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Медицинский информационно-аналитический центр»;

2 - федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Ширинская Наталья Владимировна - кандидат медицинских наук, заместитель директора по вопросам медицинской статистики БУЗОО «Медицинский информационно-аналитический центр». E-mail: shirinskaya@bk.ru.

Резюме. По материалам официальной статистики и данных ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России проведен сравнительный анализ показателей смертности, летальности, общей, первичной и госпитализированной заболеваемости всего населения язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки смертности на территории Российской Федерации, Сибирского федерального округа и Омской области за период 2007-2019 годов. Характерной особенностью наблюдаемого периода является увеличение смертности и летальности от ЯБ на фоне уменьшения госпитализированной заболеваемости, снижение общей и первичной заболеваемости всего населения. Что может говорить, как о недостаточной диагностике на амбулаторном этапе ведения пациентов, так и увеличении числа коморбидных лиц.

Ключевые слова: смертность, летальность, заболеваемость, болезненность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, все население.

Несмотря на то, что болезни органов пищеварения не входят в первую триаду хронических неинфекционных заболеваний, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) так или иначе затрагивает несколько миллионов жителей планеты [1, 11], и почти у четверти из них имеется риск развития осложнений [13].

В течении последних десятилетий представления о причинах развития ЯБ претерпели существенные изменения и на настоящий момент главными этиологическими факторами являются контаминация *Helicobacter pylori*, применение ряда препаратов (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), стероиды, антикоагулянты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). Оказывает влияние табакокурение и диета с высоким содержанием по-

варенной соли [10, 14]. Все это комплексно негативно воздействует на слизистую оболочку желудка и сдерживает репаративные процессы.

Распространенность ЯБ в мире, в целом, и на Европейском континенте, по данным эпидемиологических исследований и баз данных Всемирной организации здравоохранения (Global Health Observatory Data Repository, WHO) стабильна в течение многих десятилетий и колеблется в пределах 4-11 на сто тысяч человек в год [2, 10]. В нашей стране данная нозология также имеет высокий удельный вес в классе органов пищеварения [3].

Снижение распространения инфекции *H. pylori* в последние десятилетия - вероятно является одним из основных факторов, приведших к сокращению смертности и госпитализаций связанных с язвенной болезнью в ряде европейских стран. И

хотя сокращение общей смертности произошло в основном за счет лиц молодого возраста, среди пожилых людей отмечен рост числа осложненного течения, обусловленный вышеперечисленными факторами.

Цель работы – изучить показатели смертности, летальности, заболеваемости, болезненности, а также госпитализированной заболеваемости всего населения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Методы. Наблюдаемые формы в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [8]: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25+K26). Источники информации: данные Федеральной службы государственной статистики России (Росстат) за 2007-2019 годы, статистические материалы Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения России (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) за 2007-2019 годы; статистические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения Омской области в 2007-2019 годах.

Изучались абсолютные и относительные показатели (на 100 000 человек всего населения; ‰): болезненности (общей заболеваемости, первичные и повторные в течение текущего года обращения всего населения в медицинские организации, оказывающие медицинскую

помощь в амбулаторных условиях), заболеваемости (первичная заболеваемость, впервые зарегистрированные случаи).

По результатам ретроспективного анализа определена средняя хронологическая ($\bar{X}_{\text{хр.}}$), прирост/убыль от начала к концу наблюдения ($\pm\Delta$), среднегодовой

темпер прироста/убыли, в процентах ($\bar{T}$) [4]. По итогам 2019 года фиксировались минимальные и максимальные значения изучаемых показателей по регионам РФ. Кроме этого проведен сравнительный анализ общей смертности с основной причиной ЯБ и летальности (доля умерших вследствие ЯБ от числа всех больных с ЯБ выбывших из стационара (%)) и госпитализированной заболеваемости (число выбывших пациентов с ЯБ из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях на 100 000 населения) в целом по РФ, и Омской области в 2007-2019 годах.

Результаты и обсуждение. Последние годы смертность от болезней органов пищеварения в России стабильно остается в первой пятёрке ранговых мест среди всех причин смертности населения, с увеличением абсолютного показателя [7].

Смертность от ЯБ, как и отмечалось в предыдущих публикациях [5, 6] также растет. По Российской Федерации этот показатель вырос с 5,7 ‰ в 2007 до 7,4 ‰ в 2019 году; в Омской области с 4,69 ‰ до 5,4 ‰ соответственно. Пик значения в регионе был зафиксирован - в 2014 (6,32 ‰), (таблица 1).

Таблица 1.

Общая смертность и летальность от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (K25+K26)

Наименование показателя	территория	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
смертность (‰)	РФ*	5,7	5,7	6,0	5,9	5,9	6,2	6,2	6,8	7,4	7,1	7,3	7,3	7,4
	ОО**	4,69	4,51	4,32	4,82	4,45	5,62	5,82	6,32	5,66	5,61	5,4	5,5	5,4
Летальность (%)	РФ	2,21	2,40	2,49	2,84	2,99	2,97	3,43	3,94	4,43	4,52	4,90	5,34	5,79
	ОО	1,93	2,11	2,30	2,25	2,29	3,06	3,16	4,11	3,99	3,99	4,52	5,94	5,92

* РФ - Российская Федерация

** ОО - Омская область

Необходимо отметить, что летальность от ЯБ также растет за исследуемый период, при этом, как и в случае с общей смертностью, самые высокие значения регистрировались в 2017 г по стране в целом и годом позже в Омской области (таблица 1).

Очень интересна общая тенденция к снижению доли умерших от ЯБ в круглосуточных стационарах в структуре общей

смертности от ЯБ за исследуемый период. Самый большой вклад летальности был зафиксирован в 2011 году по РФ и в 2009 г в Омской области. Умершие в стационаре по итогам 2019 года в РФ составляют 61,48% и 66,67 в Омской области соответственно (рисунок 1).

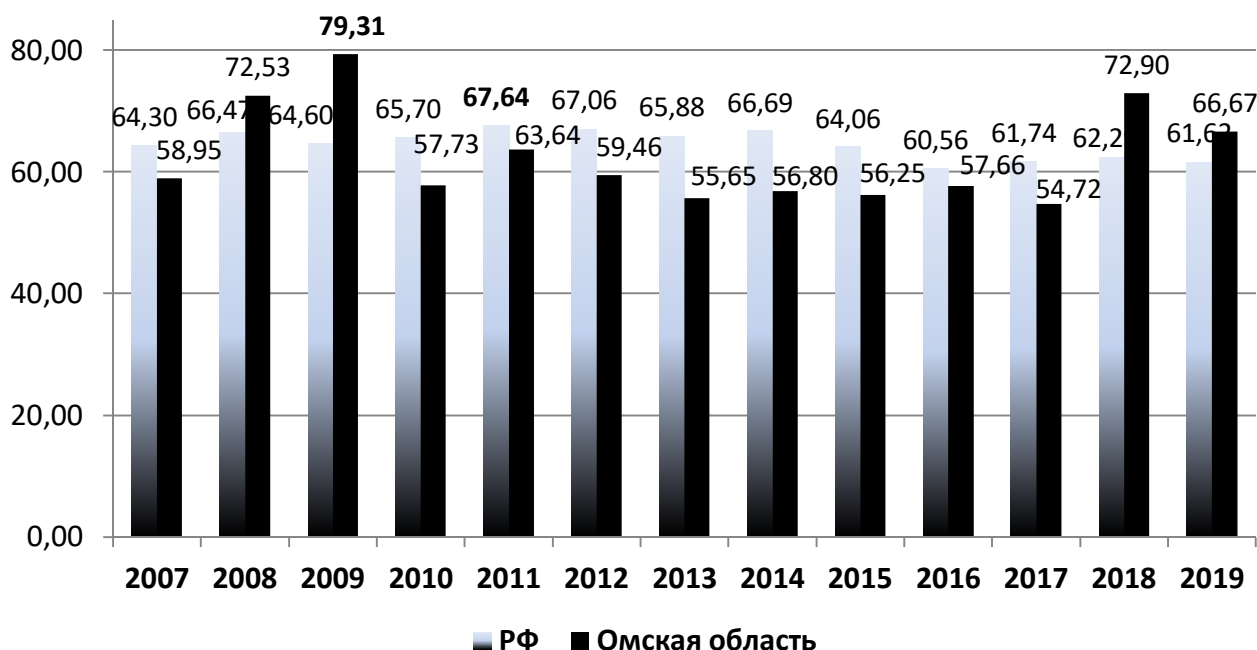


Рисунок 1. Доля умерших в стационаре от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в общей структуре смертности от ЯБ в Российской Федерации (РФ) и Омской области, %

Прежде чем перейти к рассмотрению показателей общей и первичной заболеваемости, которая регистрируется амбулаторным звеном медицинских организаций, необходимо отметить, что в течение последнего десятилетнего периода снижалась и госпитализированная заболеваемость, то есть количество пролеченных

пациентов с ЯБ в условиях круглосуточного стационара (рисунок 2). По Российской Федерации в 2007 году госпитализировано 242 358 человек, что на 126 989 больше чем в 2019 году. В Омской области аналогичный показатель 2007- 3267 и 1148 в 2019 г ($-\Delta=2119$). Что связано, прежде всего с сокращением коечного фонда круглосуточных стационаров.

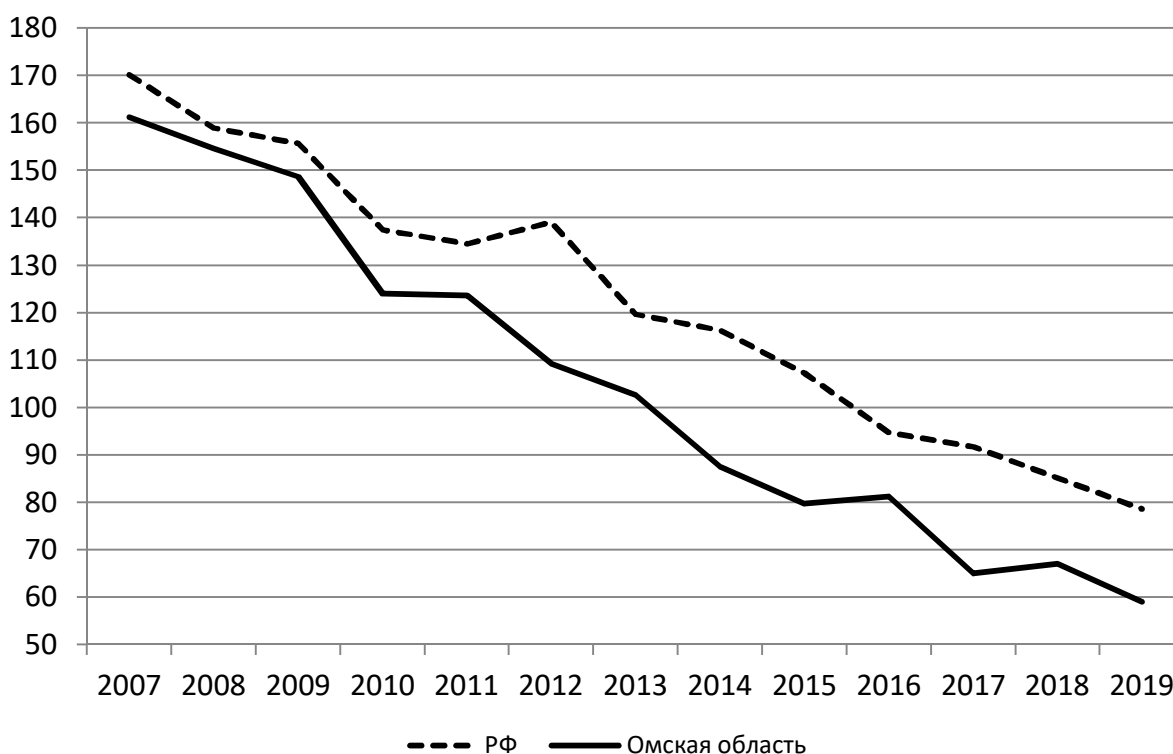


Рисунок 2. Тренды госпитализированной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки всего населения Российской Федерации, и Омской области, $^{\circ}/_{0000}$

На фоне роста показателей смертности и летальности наблюдалось снижение болезненности ЯБ в 2007-2019 гг.. В 2019 году в РФ по поводу этого заболевания обратились 1 188 551 пациентов, что на 463 176 меньше, чем в 2007 г. (1 651 727 человек). В расчете на 100 000 человек соответствующие показатели составили 1161,4 и 809,7 случаев при $\bar{X}_{\text{кр.}}=1062$ $^{\circ}/_{0000}$ и среднегодовом темпе снижения ($\bar{T}$) -2.1% ($p<0,001$) (рисунок 3).

Диапазон min./max. в 2019 году среди всех регионов ограничивался 337,7 $^{\circ}/_{0000}$ в Ненецком автономном округе и 2730,3 $^{\circ}/_{0000}$ случаями в Алтайском

крае. При этом Алтайский край имел лидирующие позиции по общей заболеваемости ЯБ за весь период наблюдения (в 2007 в данном регионе показатель составлял 2920,7 $^{\circ}/_{0000}$).

Среди федеральных округов по итогам 2019 года на первом ранговом месте - Сибирский федеральный округ с наиболее высоким уровнем болезненности ЯБ 989,0 $^{\circ}/_{0000}$, наименьшие в Северо-Кавказском федеральном округе - 548,3. В 2007 году самые низкие показатели общей заболеваемости были зарегистрированы в Дальневосточном федеральном округе 978,1 $^{\circ}/_{0000}$.

В СФО, в период наблюдения, отмечался довольно высокий уровень болезненности ЯБ ($\bar{X}_{\text{хр.}}=1258 \text{ ‰}$), которая, тем не менее, статистически достоверно уменьшилась, с 1375,5 случаев в 2007 г. до 989,0 - в 2019 г. ($\bar{T} = -2,5\%$; $p < 0,001$).

Тренды болезненности ЯБ всего населения Омской области в течение наблюдаемого периода располагались существенно ниже аналогичного тренда по СФО (рисунок 3), и среднероссийского. В регионе болезненность снизилась с 933,8‰ в 2007 г. до 487,7 - в 2019 г. ($\bar{T} = -3,7\%$; $p < 0,001$).

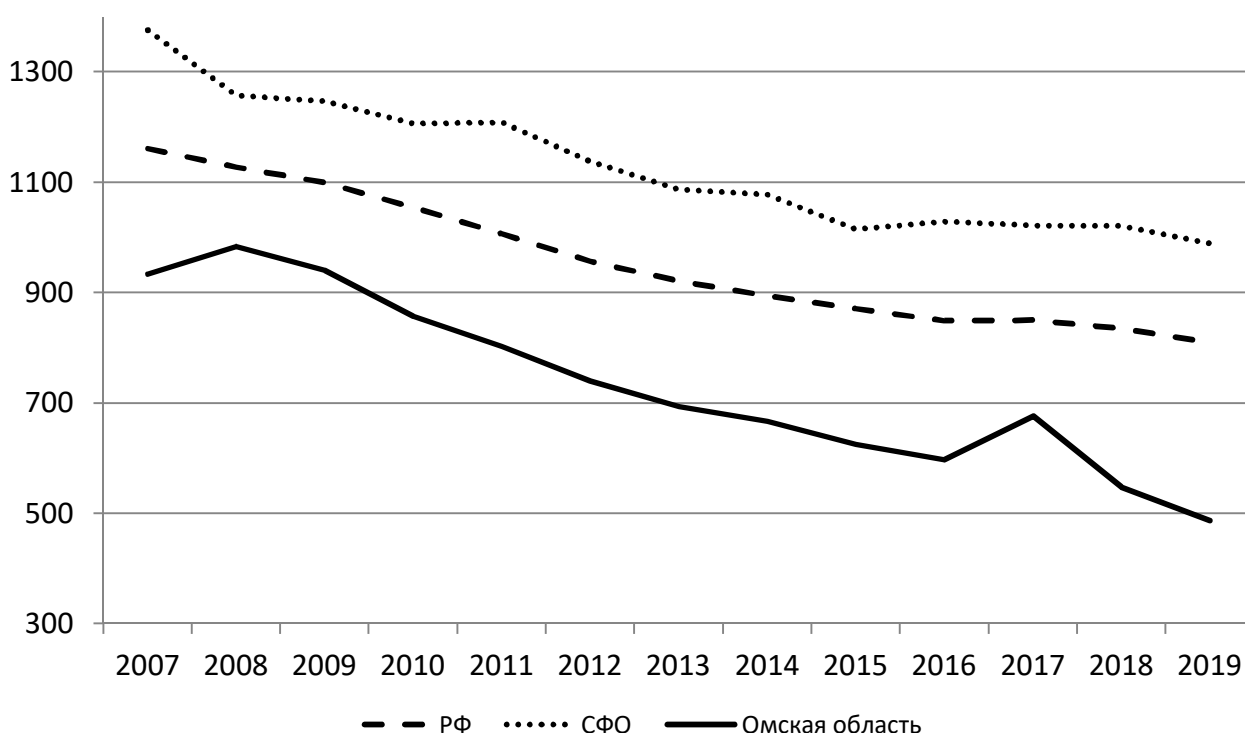


Рисунок 3. Тренды болезненности язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки всего населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа, Омской области, ‰

Кроме этого за исследуемый десятилетний период на территории России произошло заметное уменьшение числа лиц с впервые установленным диагнозом ЯБ, с 153 715 человек в 2007 году до 101 680 - в 2019 году ($\Delta=52\,035$ человек), или 108,1 и 69,3 случая в расчете на 100 000 всего населения ($\bar{X}_{\text{хр.}}=98 \text{ ‰}$; $\bar{T} = -2,6\%$) (рис. 4).

В 2019 году наиболее часто диагноз язвенной болезни впервые ставился в Алтайском крае – 235,6 ‰, реже всего - в Карачаево-Черкесской республике – 31,8 ‰ и г. Москве – 34,3 ‰ соответственно. В 2007 году также лидировал Алтайский край, а вот самые низкие показатели демонстрировала Чеченская

республика (326,6 ‰ и 24,3 ‰ соответственно).

Среди федеральных округов по итогам как 2007 так и 2019 года самая высокая заболеваемость ЯБ также была отмечена в СФО – 147,3 и 104,8 ‰ (рис. 3), наименьшая в Центральном федеральном округе – 85,2 и 52,8 ‰ соответственно.

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки всего населения Омской области в расчете на 100 000 человек уменьшилась со 111,0 до 52,4 случаев ($\bar{T} = -4,3\%$; $p < 0,001$; $\bar{X}_{\text{хр.}}=85 \text{ ‰}$) в исследуемый период (рисунок 4).

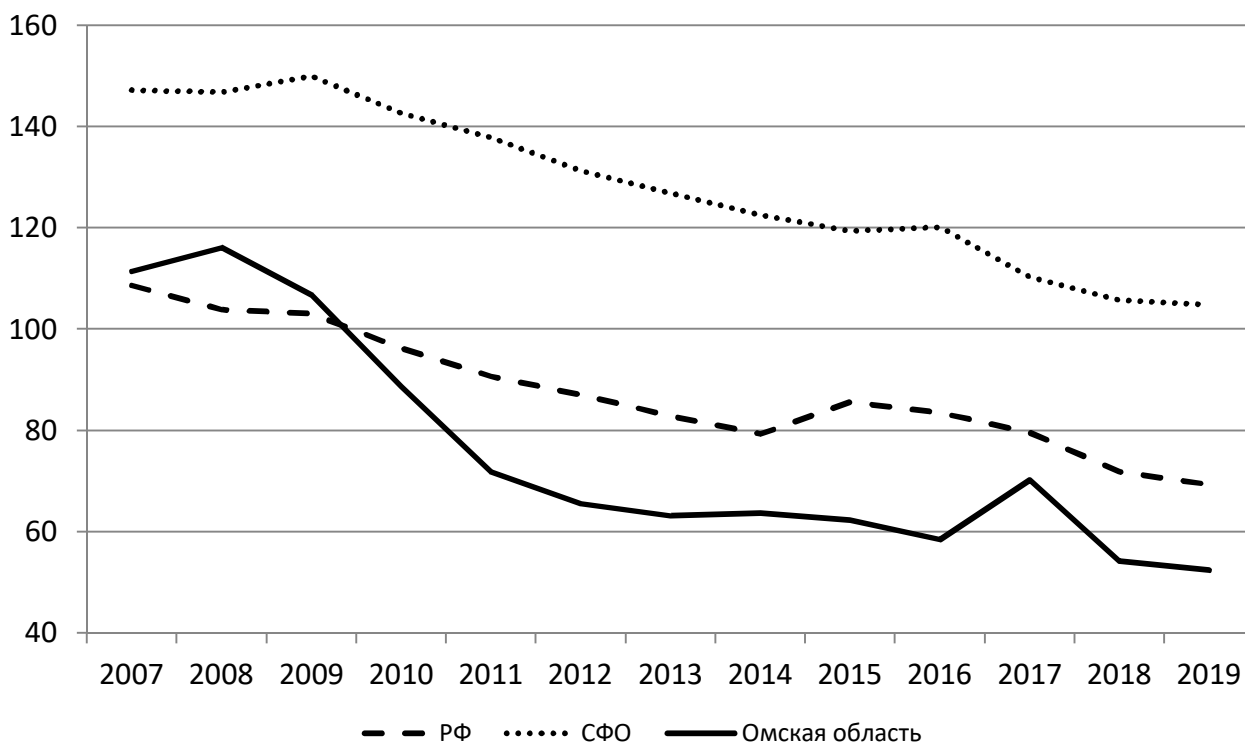


Рисунок 4. Тренды заболеваемости (впервые выявленной) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки всего населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа, Омской области, ‰/10000

Выводы. В течение исследуемого периода наблюдается два разнонаправленных тренда - увеличение смертности и летальности от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне уменьшения госпитализированной заболеваемости, и снижения общей и первичной заболеваемости всего населения.

Тенденция снижения госпитализированной заболеваемости объяснима сокращением количества круглосуточных коек по всем профилям, как хирургического так общесоматического профиля, продолжающего в Российской Федерации с конца девяностых годов. Так за наблюдаемый период (2007-2019 гг) обеспеченность круглосуточными койками снизилась в Российской Федерации в целом с 95,1 на 10 000 населения до 70,2. Аналогично в Сибирском федеральном округе (с 97,7 до 77,6) и Омской области (со 104,0 до 71,5). В то же время увеличение летальности не может не вызывать тревогу, так как сигнализирует о недостаточной ранней диагностике данной нозологии в амбулаторном звене медицинских организаций.

Этиология язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной изменилась по мере того, как внедрялись протоколы эрадикации *H.pylori*. Снижение числа осложненной ЯБ так же произошло после введения ингибиторов протонной помпы в рекомендации и стандарты лечения. Все это несколько снизило в необходимости в таких видах хирургического лечения как проксимальная селективная ваготомия, резекция желудка и т.п.

Однако жизнеугрожающие состояния: желудочно-кишечные кровотечения, перфорации и пенетрации продолжают предоставлять угрозу. При этом кровоточащие язвы встречаются примерно в пять раз чаще, чем перфорированные язвы [13].

Необходимо помнить, что в последние годы триггером в возникновении этих осложнений все чаще выступает бесконтрольный прием безрецептурных НПВП и стероидов. Нельзя сбрасывать со счетов и увеличивающийся прием антикоагулянтных и антитромботических препаратов (в том числе в составе двойной и

тройной терапии) у пациентов с болезнями системы кровообращения [14]. Необходимо понимание врача-специалиста на амбулаторном приеме, что современных пациент - это в первую очередь

коморбидный пациент и реально оценивать риски имеющейся у него полипрагмазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будилова Е.В., Лагутин М.Б., Мигранова Л.А. Влияние демографических и социально-экономических факторов на популяционное здоровье населения. Народонаселение. 2019; 3: 80-92. doi: 10.24411/1561-7785-2019-00028
2. Костюк В.С., Дубина М.А. Эпидемиологические аспекты заболеваемости населения республики Беларусь болезнями органов пищеварения (2008-2015). Доказательная гастроэнтерология. 2018; 1: 109а-110.
3. Мишкин И.А. Многофакторный анализ заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта жителей регионов России. Уральский медицинский журнал. 2019; 1(169): 70-74.
4. Перепелова О.В., Гуров А.Н., Давронов И.В. Формирование новой модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с патологией органов пищеварения. Менеджер здравоохранения. 2018; 3: 15-22.
5. Ширинская Н.В. Распространенность гастродуоденальных заболеваний в Омской области. Экология человека. 2012;12: 54-58.
6. Щербо А.П. Ширинская Н.В. Заболеваемость взрослого населения Российской Федерации гастритами и язвенной болезнью: тенденции последних двадцати лет. Профилактическая и клиническая медицина. 2016; 2(59): 21-25.
7. Доклад об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год.- Апрель 2019г. - режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2018-godu-i-zadachah-na-2019-god> (дата обращения 16.03.2021).
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр: пер. с англ. В 3 т. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2003.
9. Окружающая среда и здоровье: подходы к оценке риска. под. ред. А. П. Щербо. СПб. : СПб-МАПО, 2002.-376 с.
10. Kavitt R.T., Lipowska A.M., Anyane-Yeboah A., Gralnek I.M. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. Am. J. Med. 2019. 132(4):447-456. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.12.009
11. Roberts-Thomson I.C. Rise and fall of peptic ulceration: A disease of civilization? J Gastroenterol Hepatol 2018 Jul;33(7):1321-1326. doi: 10.1111/jgh.14090.
12. Samuel R., Bilal M., Tayyem O. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Dis Mon. 2018 Jul;64(7):333-343. doi: 10.1016/j.disamonth.2018.02.003.
13. Sheldon R., Eckert M. Surgical Critical Care: Gastrointestinal Complications. Surg Clin North Am. 2017 Dec;97(6):1425-1447. doi: 10.1016/j.suc.2017.08.002.
14. Venerito M., Schneider C., Costanzo R., et al. Contribution of Helicobacter pylori infection to the risk of peptic ulcer bleeding in patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, anticoagulants, corticosteroids and selective serotonin reuptake inhibitors. Aliment Pharmacol Ther . 2018 Jun;47(11):1464-1471. doi: 10.1111/apt.14652.