

НАДЕЖДА АЛЕКСАНДРОВНА НИКИФОРОВА

аспирант кафедры семейной медицины, общественного здоровья, организации здравоохранения, безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)

ndorshakova@mail.ru

ТАТЬЯНА АЛЕКСЕЕВНА КАРАПЕТЯН

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры семейной медицины, общественного здоровья, организации здравоохранения, безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)

kara@karelia.ru

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ДОРШАКОВА

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины, общественного здоровья, организации здравоохранения, безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)

ndorshakova@mail.ru

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ*

Проблема язвенной болезни (ЯБ) является одной из наиболее актуальных в гастроэнтерологии. Несмотря на современные достижения терапии, это заболевание не поддается окончательному излечению. В статье приведены результаты эпидемиологических исследований ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в Республике Карелия (РК) в период с 2000 по 2012 год. Показано, что республика является неблагоприятным регионом по заболеваемости язвенной болезнью, уровень которой превышает средние показатели по России. Первичная заболеваемость ЯБ населения в Карелии остается высокой, а это означает, что ежегодно в регионе выявляется большое количество новых случаев ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, а отсутствие снижения показателей общей заболеваемости свидетельствует о часто рецидивирующем течении патологии.

Ключевые слова: язвенная болезнь, Карелия, заболеваемость

В настоящее время исследователями все большее внимание уделяется изучению влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека и их роли в возникновении и развитии различных заболеваний, включая язвенную болезнь. Это приобретает особое значение для северных территорий, где условия жизни населения отличаются высокой суровостью, что повышает требования к организму [15; 98].

Север является своеобразной климатогеографической зоной, где человек испытывает неблагоприятное воздействие совокупности факторов, среди которых – природные и антропогенные. Это может привести к развитию нарушений функционирования основных физиологических систем организма и формированию патологии [16; 3]. Вот почему изучение особенностей развития заболеваний на Севере представляет особый научный и практический интерес.

Большие территории Севера различаются весьма существенно, поэтому располагающиеся в европейской части России северные регионы

получили название Европейский Север. К нему относятся площади таких субъектов Российской Федерации, как Мурманская, Архангельская и Вологодская области, Республика Карелия, Республика Коми и Ненецкий автономный округ. Здесь на 1,6 млн км² проживает около 5 млн человек, что свидетельствует о большей степени освоенности по сравнению с другими северными регионами [9; 141].

РК расположена на Северо-Западе РФ и является одним из регионов Европейского Севера России. В ее состав входят 18 административно-территориальных единиц, в том числе 2 городских округа, 16 муниципальных районов, 22 городских и 87 сельских поселений. В Карелии, по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия, численность постоянного населения на 01.01.2013 составила 636,9 тыс. человек. Своей северной частью Карелия располагается в районе Крайнего Севера, южная же ее часть приравнивается к данным районам. РК имеет ряд клима-

тоэкологических особенностей (характер геомагнитных возмущений, резкие температурные колебания среды, сезонные изменения светлого и темного времени суток и др.), способствующих напряжению регуляторных механизмов и, следовательно, развитию заболеваний человека [3; 38].

Известно, что в суровых климатических условиях многие заболевания характеризуются ранним началом, неспецифичностью симптоматики, большей распространенностью нарушения функционального состояния организма. Имеет место ранняя хронизация воспалительных заболеваний инфекционной этиологии [5; 26], в том числе и по причине микробной антигенемии на фоне дисбаланса клеточного и гуморального иммунитета, довольно быстрое развитие их осложнений по сравнению с другими климатическими зонами [4; 95]. Изучение течения ряда хронических заболеваний (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем) у человека на Севере позволило предположить, что основным патогенетическим механизмом возникновения и развития заболеваний в этих условиях является синдром полярного напряжения [8; 6]. Комплекс дискомфортных геофизических и климатических факторов по сути является хроническим экологически обусловленным стрессом, оказывающим негативное влияние на человека в высоких широтах, что и приводит организм в особое физиологическое состояние специфического напряжения [4; 95]. В синдромокомплексе полярного напряжения выделяют следующие основные составные части, делающие общую картину более четкой и, что крайне важно, дающие возможность предполагать развитие тех или иных заболеваний с большой вероятностью: синдром гиперфункции внешнего дыхания, иммунной недостаточности, липидной пероксидации, полиэндокринопатии, полярный метаболический синдром, синдром десинхроноза, метеозависимости, психоэмоционального напряжения, эндемичные макро- и микроэлементозы и др.

Большинство патологических процессов в приполярных регионах развивается в результате прогрессирующей регенераторно-пластической недостаточности, при формировании которой организм становится открытым для проникновения микроорганизмов, ксенобиотиков и прочих патогенных факторов, что в условиях сложившихся регуляторных механизмов может оказаться непреодолимым.

В неблагоприятном климате северных регионов отмечается снижение порога вредного воздействия антропогенно-экологических факторов на организм человека и уменьшение его функциональных возможностей для восстановления нарушений гомеостаза, вызванных этими факторами. Повышенный уровень геофизически обусловленного негативного психоэмоционального напряжения у населения на Севере на фоне существующего социального стресса ухудшает

качество жизни и становится фактором риска прогрессирования патологических расстройств со стороны различных систем организма – нервной, дыхательной, эндокринной, сердечно-сосудистой и, безусловно, пищеварительной [14; 35].

В Российской Федерации болезни желудочно-кишечного тракта в целом занимают 8-е место среди всех причин временной нетрудоспособности, 7-е – в структуре причин первичного выхода на инвалидность и 5-е – среди причин смертности населения [7; 50].

Проблема ЯБ продолжает оставаться одной из актуальных в гастроэнтерологии, несмотря на результаты проведенных многочисленных исследований, посвященных данному заболеванию [1], [2], [6; 12]. На сегодняшний день этой патологией страдает около 7–10% взрослого населения в мире [12; 122].

Важным этиологическим фактором в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является хеликобактериоз. Известно, что в России инфицированность взрослого населения *H. pylori* (НР) чрезвычайно высока и колеблется в зависимости от региона проживания от 70 до 92% [10]. Инфицированность НР населения северных регионов планеты также является весьма высокой. Это подтверждают исследования В. В. Цуканова, в которых инфекция НР диагностировалась с высокой частотой в районах Восточной Сибири: у 83,7% монголоидов и 69,2% европеоидов на юге и у 92,2% монголоидов и 100% европеоидов на севере [17; 109]. Кроме того, антитела к НР обнаруживались у инуитов Канады и Гренландии, эскимосов Аляски с частотой от 61 до 95% [19; 668]. Но хеликобактериоз – не единственный этиологический фактор в развитии ЯБ: при наличии у многих людей обсемененности НР слизистой оболочки желудка вероятность возникновения язвы желудка возможна лишь у 10–15% из них [2].

ЯБ желудка и ДПК относится к индикаторной патологии жителей северных территорий [13], [18]. При сравнении эпидемиологических данных по регионам Европейского Севера самым неблагоприятным регионом с наиболее высокой заболеваемостью ЯБ является РК.

Нами была проанализирована общая и первичная заболеваемость населения разных возрастных групп ЯБ желудка и ДПК в РК и ее районах за период с 2000 по 2012 год. При оценке общей заболеваемости ЯБ желудка и ДПК всего населения Карелии на 1000 человек за период с 2000 по 2012 год можно отметить стабильно высокие показатели без выраженной тенденции к снижению, превышающие таковые по России и Северо-Западному федеральному округу (СЗФО) в 1,5–2 раза (табл. 1). Уровень общей заболеваемости ЯБ всего населения России в период с 2000 по 2012 год находился в пределах 9,6–12,1‰, а по Северо-Западному федеральному округу

Таблица 1

Динамика общей заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки разных возрастных групп населения в Республике Карелия, Северо-Западном федеральном округе и Российской Федерации (%)

| Год | Общая заболеваемость всего населения | | | Общая заболеваемость взрослого населения | | | Общая заболеваемость детей (0–14 лет) | | | Общая заболеваемость подростков (15–17 лет) | | |
|------|--------------------------------------|------|------|--|------|------|---------------------------------------|------|-----|---|------|-----|
| | РК | СЗФО | РФ | РК | СЗФО | РФ | РК | СЗФО | РФ | РК | СЗФО | РФ |
| 2000 | 17,5 | 12,3 | 12,1 | 22,9 | 14,0 | 14,0 | 2,2 | 0,8 | 0,8 | 6,6 | 5,3 | 4,4 |
| 2001 | 19,0 | 12,2 | 12,0 | 23,6 | 13,8 | 13,3 | 2,7 | 0,7 | 0,7 | 6,8 | 5,4 | 4,3 |
| 2002 | 19,3 | 11,9 | 11,6 | 23,6 | 11,8 | 12,0 | 3,3 | 0,8 | 0,7 | 6,6 | 5,1 | 4,2 |
| 2003 | 19,5 | 12,3 | 12,0 | 25,1 | 12,0 | 12,3 | 1,9 | 0,7 | 0,6 | 10,5 | 5,5 | 4,5 |
| 2004 | 20,1 | 12,1 | 11,4 | 24,5 | 14,0 | 14,0 | 1,7 | 0,7 | 0,6 | 10,6 | 6,6 | 4,4 |
| 2005 | 19,8 | 12,4 | 12,1 | 23,9 | 14,7 | 14,7 | 1,6 | 0,9 | 0,8 | 10,6 | 7,8 | 4,3 |
| 2006 | 19,4 | 12,3 | 12,0 | 23,4 | 14,4 | 14,5 | 1,5 | 0,8 | 0,7 | 8,7 | 5,9 | 4,2 |
| 2007 | 19,0 | 11,9 | 11,6 | 22,5 | 14,0 | 14,0 | 1,8 | 0,8 | 0,7 | 9,6 | 5,7 | 4,4 |
| 2008 | 19,2 | 10,4 | 10,4 | 22,8 | 13,3 | 13,5 | 1,5 | 0,7 | 0,7 | 8,7 | 5,5 | 4,3 |
| 2009 | 18,7 | 11,2 | 11,0 | 22,2 | 13,1 | 13,1 | 1,5 | 0,7 | 0,6 | 7,6 | 5,7 | 4,2 |
| 2010 | 17,5 | 10,3 | 10,5 | 20,8 | 12,0 | 12,6 | 1,3 | 1,0 | 0,6 | 6,9 | 5,6 | 4,5 |
| 2011 | 19,2 | 9,3 | 10,1 | 23,0 | 10,9 | 12,1 | 1,1 | 0,6 | 0,6 | 6,8 | 5,5 | 4,5 |
| 2012 | 17,8 | 8,4 | 9,6 | 21,3 | 10,0 | 11,5 | 1,1 | 0,6 | 0,5 | 7,2 | 5,2 | 4,2 |

гу – 8,4–12,4%, тогда как в Карелии он никогда не опускался до этих значений.

В республике наиболее высокий уровень общей заболеваемости на 1000 человек всего населения был отмечен в Прионежском (от 22,5 до 28,2%), Калевальском (от 19,8 до 25,9%) и Кондопожском (от 24,0 до 32,9%) районах, причем только в последнем появилась тенденция к ее снижению начиная с 2006 года. Следует отметить высокие показатели и рост уровня общей заболеваемости взрослого населения (старше 18 лет) с 2000 по 2012 год на данных территориях: в пределах 15,1–34,0; 9,8–40,3; 14,9–31,0% в Прионежском, Кондопожском и Калевальском районах соответственно. Самой низкой общая заболеваемость всего населения ЯБ в 2000–2012 годах была в Кемском районе, кроме того, показатели заболеваемости в данном районе снизились с 7,3 до 3,0%. В целом в 14 из 16 районов Карелии общая заболеваемость всего населения превышала среднероссийскую.

Общая заболеваемость ЯБ взрослого населения (18 лет и старше) в среднем по Карелии в период с 2000 по 2012 год колебалась от 20,8 до 25,1%, а наиболее высокий ее уровень был отмечен в 2003 году. В России и СЗФО общая заболеваемости ЯБ взрослого населения в 2000–2012 годах была существенно ниже и находилась в пределах 12,1–14,7%, а в СЗФО – 10,9–14,7%.

Чаще ЯБ выявляется в возрастном периоде 25–40 лет, однако в последние десятилетия отмечается омоложение заболевания [20; 273].

Уровень общей заболеваемости ЯБ желудка и ДПК в РК на 1000 человек детского населения (от 0 до 14 лет) и подростков (от 15 до 17 лет) в период с 2000 по 2012 год снижался у детей начиная с 2003 года с 3,3 до 1,1%, а у подростков начиная с 2005 года – с 10,6 до 7,2%. Несмотря на это заболеваемость ЯБ в РК как детей,

так и подростков в изучаемый временной период превышала среднюю по РФ и СЗФО в 1,5–2 раза. Самые высокие показатели общей заболеваемости детей и подростков с 2000 по 2012 год регистрировались в г. Петрозаводске (1,6–7,9% среди детского населения и 8,4–18,0% среди подростков), однако в динамике наблюдалась тенденция к их снижению. Можно отметить ухудшение ситуации в таких территориях республики, как г. Костомукша и Сегежский район, где в 2011 и 2012 годах общая заболеваемость ЯБ у подростков возросла и составила соответственно 14,3 и 10,3% и 12,1 и 18,7%. Уровень общей заболеваемости ЯБ в среднем по РФ и СЗФО на 1000 человек в период с 2000 по 2012 год у детей был примерно одинаковый: в России – 0,6–0,8%, на Северо-Западе – 0,6–0,9%, а у подростков – 4,2–4,5% и 5,2–5,5% соответственно.

При оценке первичной заболеваемости ЯБ желудка и ДПК всего населения в РК на 1000 человек за период с 2000 по 2012 год можно отметить стабильно высокие показатели (от 1,4 до 2,3%), которые в 1,5–2 раза выше средних показателей по РФ и СЗФО (табл. 2). Кроме того, обращает на себя внимание тенденция к росту первичной заболеваемости ЯБ в среднем по Карелии с 2008 года. Увеличение первичной заболеваемости всего населения ЯБ в период с 2000 по 2012 год происходило на таких территориях республики, как г. Костомукша (от 0,7 до 5,1%), Олонецкий (от 1,7 до 3,2%) и Суоярвский (от 1,5 до 3,5%) районы. Уровень первичной заболеваемости взрослого населения (старше 18 лет) в Суоярвском, Олонецком районе и г. Костомукше в 2000–2012 годах также вырос и составил 1,7–4,3; 2,0–3,9; 0,6–5,9% соответственно. В целом в 14 из 16 районов Карелии первичная заболеваемость всего населения превышала среднероссийскую.

Таблица 2

Динамика первичной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки разных возрастных групп населения в Республике Карелия, Северо-Западном федеральном округе и Российской Федерации (%)

| Год | Первичная заболеваемость всего населения | | | Первичная заболеваемость взрослого населения | | | Первичная заболеваемость детей (0–14 лет) | | | Первичная заболеваемость подростков (15–17 лет) | | |
|------|--|-------|-----|--|-------|-----|---|-------|-----|---|-------|-----|
| | РК | СЗ ФО | РФ | РК | СЗ ФО | РФ | РК | СЗ ФО | РФ | РК | СЗ ФО | РФ |
| 2000 | 1,9 | 1,1 | 1,1 | 2,5 | 1,2 | 1,2 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 2,0 | 1,3 | 0,9 |
| 2001 | 1,8 | 1,1 | 1,1 | 2,2 | 1,2 | 1,3 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 2,1 | 1,5 | 1,1 |
| 2002 | 1,9 | 1,1 | 1,1 | 2,2 | 1,2 | 1,2 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 2,3 | 1,4 | 1,0 |
| 2003 | 1,8 | 1,1 | 1,1 | 2,1 | 1,1 | 1,2 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 2,3 | 1,6 | 1,1 |
| 2004 | 1,7 | 1,0 | 1,0 | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 2,2 | 1,4 | 1,1 |
| 2005 | 1,4 | 1,1 | 1,1 | 1,6 | 1,2 | 1,2 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 1,9 | 1,3 | 1,0 |
| 2006 | 1,6 | 1,1 | 1,1 | 1,8 | 1,2 | 1,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 1,7 | 1,5 | 1,1 |
| 2007 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,7 | 1,2 | 1,2 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 2,0 | 1,4 | 1,1 |
| 2008 | 1,5 | 1,1 | 1,1 | 1,7 | 1,2 | 1,2 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 1,5 | 1,5 | 1,1 |
| 2009 | 1,7 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 1,1 | 1,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 1,8 | 1,3 | 1,1 |
| 2010 | 1,8 | 1,0 | 1,0 | 2,1 | 1,1 | 1,1 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 1,6 | 1,4 | 1,1 |
| 2011 | 2,3 | 0,9 | 1,0 | 2,7 | 1,1 | 1,0 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1,6 | 1,5 | 1,1 |
| 2012 | 2,0 | 0,9 | 0,9 | 2,2 | 0,9 | 1,0 | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 2,7 | 1,3 | 1,0 |

Первичная заболеваемость ЯБ взрослого населения (18 лет и старше) по Карелии в период с 2000 по 2012 год составляла от 1,6 до 2,7 % (с тенденцией к росту с 2008 года), что также выше средних показателей по РФ и СЗФО, где в это время уровень первичной заболеваемости не превышал 1,2 %. В ряде территорий республики первичная заболеваемость взрослого населения увеличилась в 2012 году по отношению к 2011 году очень значительно (Суоярвский, Сегежский, Пудожский, Пряжинский, Прионежский, Олонецкий и Медвежьегорский районы); так, в Суоярвском районе уровень первичной заболеваемости взрослого населения вырос более чем в 2 раза, достигнув 4,3 %.

Показатели первичной заболеваемости ЯБ желудка и ДПК в РК на 1000 человек детского населения (от 0 до 14 лет) в период с 2000 по 2012 год колебались в пределах 0,2–0,5 % при одинаковых средних значениях таковых в РФ и СЗФО в 0,2 %. В этой возрастной группе наиболее высокий уровень первичной заболеваемости среди районов Карелии был в г. Петрозаводске, однако в динамике происходило улучшение ситуации и снижение заболеваемости с 2005 года с 0,9 до 0,3–0,5 %.

Максимальный и не имеющий тенденции к снижению уровень первичной заболеваемости у подростков (от 15 до 17 лет) в изучаемый пе-

риод также был в г. Петрозаводске (в пределах 1,1–3,1 %), при этом самая высокая заболеваемость была зафиксирована в 2012 году. Необходимо отметить, что в целом по Карелии первичная заболеваемость ЯБ у подростков в 2000–2012 годах составляла от 1,5 до 2,7 %, что превышало таковую по РФ и СЗФО в 1,5–2,5 раза. В период с 2000 по 2012 год в РФ и СЗФО наметилась тенденция к снижению первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения.

Заболевания ЖКТ – индикаторная патология жителей Севера: как общая, так и первичная заболеваемость населения в РК в течение 13 последних лет превышала среднероссийский уровень в 1,4–2,1 раза, а в структуре смертности населения болезни органов пищеварения стабильно занимают 5-е место с удельным весом 4,6–7,0 % без тенденции к снижению.

В РК отмечается увеличение первичной заболеваемости взрослого населения и всего населения в целом ЯБ желудка и ДПК, а это означает, что ежегодно выявляется большое количество новых случаев заболевания и в динамике число этих случаев возрастает. Стабильно высокие показатели общей заболеваемости и отсутствие их снижения свидетельствуют о часто рецидивирующем течении патологии.

* Исследование поддерживается РГНФ, проект № 13–06–00414.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Болезни органов пищеварения: Руководство по гастроэнтерологии для врачей. СПб.: ДЕАН, 2006. 656 с.
2. Васильев Ю. В. Патогенетические аспекты терапии язвенной болезни // Русский медицинский журнал. 2011. Т. 19. № 28. С. 1761–1765.
3. Доршакова Н. В., Карапетян Т. А., Жестяников А. Л. Некоторые особенности микроэлементного статуса у проживающих в Карелии больных нейрциркуляторной дистонией // Экологический вестник научных центров Черноморского экономического сотрудничества. 2004. № 3. С. 38.

4. Доршакова Н. В., Карапетян Т. А., Жестяников А. Л., Никитина К. А. Реализация роли экологических факторов в процессе развития патологии и старения человека, живущего на севере // Сборник научных трудов II Российского симпозиума «Световой режим, старение и рак». Петрозаводск, 17–19.10.2013. Петрозаводск, 2013. С. 95–101.
5. Дуданова О. П. Генотипическая характеристика HBV-инфекции в Карелии // Медицинский академический журнал. 2005. № 2. Приложение № 6. С. 26–31.
6. Жернакова Н. И., Медведев Д. С. Клинико-эпидемиологические особенности течения язвенной болезни в различных возрастных группах // Научные ведомости. Сер. Медицина. Фармация. 2010. Т. 10. № 81. С. 12–16.
7. Жигалова Н. И., Саркисов К. А. Медицинская экспертиза при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Заместитель главного врача. 2007. Т. 8. № 15. С. 50–57.
8. Казначеев В. П. Современные проблемы синтетической экологии: «Синдром полярного напряжения» // Бюллетень СО РАМН. Сибирское отделение. 1997. № 1. С. 6–10.
9. Карапетян Т. А., Доршакова Н. В., Никифорова Н. А. О необходимости изучения формирования патологии на северных территориях // Сборник научных трудов II Российского симпозиума «Световой режим, старение и рак». Петрозаводск, 17–19.10.2013. Петрозаводск, 2013. С. 141–148.
10. Комаров Ф. И., Рапопорт С. И. Хронобиология и хрономедицина. М.: Триада-Х, 2000. 488 с.
11. Лазебник Л. Б. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 2. С. 12–15.
12. Николаев Ю. А., Пальцев А. И., Кузнецова Т. В. Особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения у пришлого населения на севере // Бюллетень СО РАМН. 2006. Т. 3. № 121. С. 122–125.
13. Оганезова И. А. Клинические и психофизиологические аспекты течения язвенной болезни в экстремальных условиях среды: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 2005. 23 с.
14. Рутгайзер Я. М., Михайлов А. Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клиническая медицина. 1999. Т. 77. № 3. С. 35–38.
15. Савченко А. А., Манчук В. Т. Метаболический механизм развития иммунной недостаточности при адаптации в условиях крайнего Севера // Бюллетень СО РАМН. 2003. Т. 2. № 108. С. 98–101.
16. Хаснулин В. И., Хаснулин П. В. Современные представления о механизмах формирования северного стресса у человека в высоких широтах // Экология человека. Новосибирск. 2012. № 1. С. 3–11.
17. Цуканов В. В. *Helicobacter pylori* и язвенная болезнь у монголоидов высоких широт: северная загадка? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2001. № 2. Приложение № 13. Т. XI. С. 109.
18. Цыганкова Ю. А. Язвенная болезнь у жителей Тюменской области: распространенность, принципы лечения и профилактики: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Тюмень, 2012. 23 с.
19. Bernstein C. N., McKeown I., Embol J. M. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* incidence of gastric cancer, and peptic ulcer-associated hospitalizations in a Canadian indian population // Dig. Dis. Sciences. 1999. Vol. 44. № 4. P. 668–674.
20. Shepetikhina N. N., Osmanov E. M., Denikin A. Yu. The Ottomans Э. М., А. Denikin on evaluation of THE disability of patients with peptic ulcer // Vestnik Tambovskogo Universiteta. 2012. Vol. 17. № 1. P. 273–276.

Nikiforova N. A., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Karapetyan T. A., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Dorshakova N. V., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

ASSESSMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE INCIDENCE IN POPULATION OF KARELIAN REPUBLIC

The problem of peptic ulcer disease is one of the most important issues in gastroenterology. In spite of modern achievements, this disease cannot be cured completely. Results of the epidemiological research on ulcer disease incidence on the territory of Karelian Republic in the period of 2000–2013 are presented. It shows that Karelia is a region, which is highly conducive to peptic ulcer development. The incidence of the disease on the territory of Karelia exceeds the average level of this disease occurrence in Russia. The primary morbidity of ulcer disease in Karelia remains high, which means that every year a large number of new cases of stomach and duodenal ulcer are revealed. The low decrease in the overall incidence of peptic ulcer cases shows that this disease has a severe recurrent character.

Key words: ulcer, Karelia, incidence

REFERENCES

1. Valenkevich L. N., Yakhontova O. I. *Bolezni organov pishchevareniya: Rukovodstvo po gastroenterologii dlya vrachev* [Diseases of the digestive system. Manual of Gastroenterology for physicians]. St. Petersburg, DEAN Publ., 2006. 656 p.
2. Vasil'ev Yu. V. Pathogenetic aspects of peptic ulcer treatment [Patogeneticheskie aspekty terapii yazvennoy bolezni]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2011. Vol. 19. № 28. P. 1761–1765.
3. Dorshakova N. V., Karapetyan T. A., Zhestyanikov A. L. Some features of the trace element status in patients with neurocirculatory dystonia living in Karelia [Nekotorye osobennosti mikroelementnogo statusa u prozhivayushchikh v Karelii bol'nykh neyrotsirkulyatornoy distoniei]. *Ekologicheskii vestnik nauchnykh tsentrov Chernomorskogo ekonomicheskogo sotrudnichestva* [Ecological Bulletin of scientific centers of the Black Sea Economic Cooperation]. 2004. № 3. P. 38.
4. Dorshakova N. V., Karapetyan T. A., Zhestyanikov A. L., Nikitina K. A. Realization of the role of environmental factors in the development of different diseases and aging of the people living in the north [Realizatsiya roli ekologicheskikh faktorov v protsesse razvitiya patologii i starenia cheloveka, zhivushchego na severe]. *Sbornik nauchnykh trudov II Rossiyskogo simpoziuma "Svetovoy rezhim, starenie i rak"* [In the collection of scientific works of the II Russian Symposium "Light regime, aging and cancer"]. Petrozavodsk, 2013. P. 95–101.
5. Dudanova O. P. Genotypic characterization of HBV-infection in Karelia [Genotipicheskaya kharakteristika HBV-infektsii v Karelii]. *Meditsinskiy akademicheskii zhurnal* [Medical academic journal]. 2005. № 2. Annex № 6. P. 26–31.
6. Zhernakova N. I., Medvedev D. S. Clinical and epidemiological features of the course of peptic ulcer disease in different age groups [Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti techeniya yazvennoy bolezni v razlichnykh vozrastnykh grup-

- pakh]. *Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya* [Scientific statements. Series Medicine. Pharmacy]. 2010. Vol. 10. № 81. P. 12–16.
7. Zhigalova N. I., Sarkisov K. A. Medical examination of gastric ulcer and duodenal ulcer [Meditsinskaya ekspertiza pri yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki]. *Zamestitel' glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician]. 2007. Vol. 8. № 15. P. 50–57.
 8. Kaznacheev V. P. Modern problems of synthetic ecology “syndrome of polar tension” [Sovremennyye problemy sinteticheskoy ekologii: “Sindrom polyarnogo napryazheniya”]. *Byulleten' SO RAMN. Sibirskoe otdelenie* [Bulletin SB RAMS. Siberian Branch]. 1997. № 1. P. 6–10.
 9. Karapetyan T. A., Dorshakova N. V., Nikiforova N. A. On the need to study the formation of the pathology in the northern territories [O neobkhodimosti izucheniya formirovaniya patologii na severnykh territoriyakh]. *Sbornik nauchnykh trudov II Rossiyskogo simpoziuma “Svetovoy rezhim, starenie i rak”* [In the collection of scientific works of the II Russian Symposium “Light regime, aging and cancer”]. Petrozavodsk, 2013. P. 141–148.
 10. Komarov F. I., Rapoport S. I. *Khronobiologiya i khronomeditsina* [Chronobiology and chronomedicine]. Moscow, Triada-Kh Publ., 2000. 488 p.
 11. Lazebnik L. B. Epidemiology of gastric ulcer and duodenal ulcer [Epidemiologiya yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki]. *Terapevticheskiy arkhiv* [Therapeutic Archives]. 2007. Vol. 79. № 2. P. 12–15.
 12. Nikolaev Yu. A., Pal'tsev A. I., Kuznetsova T. V. The clinical course of digestive diseases at the alien population in the north [Osobennosti klinicheskogo techeniya zabolevaniy organov pishchevareniya u prishlogo naseleniya na severe]. *Byulleten' SO RAMN* [Bulletin SB RAMS]. 2006. Vol. 3. № 121. P. 122–125.
 13. Oganezova I. A. *Klinicheskie i psikhofiziologicheskie aspekty techeniya yazvennoy bolezni v ekstremal'nykh usloviyakh sredy: Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk* [Clinical and physiological aspects of the ulcer in extreme environmental conditions. Author's thesis of. Dr. med. sci. diss.]. Arkhangel'sk, 2005. 30 p.
 14. Rutgayzer Ya. M., Mikhaylov A. G. The possibility of assessing the quality of life of patients in the gastroenterology practice [Vozmozhnosti otsenki kachestva zhizni bol'nykh v gastroenterologicheskoy praktike]. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical Medicine]. 1999. Vol. 77. № 3. P. 35–38.
 15. Savchenko A. A., Manchuk V. T. Metabolic mechanism of immune deficiency during adaptation period in the Far North [Metabolicheskiy mekhanizm razvitiya immunoyn nedostatochnosti pri adaptatsii v usloviyakh kraynego Severa]. *Byulleten' SO RAMN* [Bulletin SB RAMS]. 2003. Vol. 2. № 108. P. 98–101.
 16. Khasnulin V. I., Khasnulin P. V. Modern views on the mechanisms of formation of Northern stress in humans at high latitudes [Sovremennyye predstavleniya o mekhanizmax formirovaniya severnogo stressa u cheloveka v vysokikh shirotakh]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. Novosibirsk. 2012. № 1. P. 3–11.
 17. Tsukanov V. V. Helicobacter pylori and peptic ulcer disease in Mongoloids of high latitudes: the northern mystery? [Helicobacter pylori i yazvennaya bolezni u mongoloidov vysokikh shirot: severnaya zagadka?]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology]. 2001. № 2. Application № 13. Vol. XI. P. 109.
 18. Tsygankova Yu. A. *Yazvennaya bolezni u zhiteley Tyumenskoy oblasti: rasprostranennost', printsipy lecheniya i profilaktiki: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk* [Peptic ulcer disease among residents of the Tyumen region: prevalence, principles of treatment and prevention. Author's thesis of the Cand. med. sci. diss.]. Tyumen, 2012. 23 p.
 19. Bernstein C. N., McKeown I., Embol J. M. Seroprevalence of Helicobacter pylori incidence of gastric cancer, and peptic ulcer-associated hospitalizations in Canadian Indian population // *Dig. Dis. Sciences*. 1999. Vol. 44. № 4. P. 668–674.
 20. Shepetikhina N. N., Osmanov E. M., Denikin A. Yu. The Ottomans Э. М., А. Denikin on evaluation of peptic ulcer patients' disability // *Vestnik Tambovskogo Universiteta*. 2012. Vol. 17. № 1. P. 273–276.

Поступила в редакцию 06.05.2014