

УДК 14.00.27

## РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЖИТЕЛЯМ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИЙСКИХ РЕГИОНОВ

Горшенин Т.Л., Алборов А.Х., Оболенская Т.И., Сидоренко В.А.,  
Русакевич К.И., Смирнов А.А., Смирнов А.А.

СПб ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,  
Санкт-Петербург, e-mail: mail@miac.zdrav.spb.ru

Изучены данные литературы об особенностях организации медицинской помощи больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, проживающим вне региональных административных центров. Показано, что жители провинциальных городов и сельских поселений, страдающие язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, находятся в неодинаковых условиях получения качественной медицинской помощи по сравнению с жителями мегаполисов. Акцентировано внимание на основных ошибках оказания медицинской помощи при осложнениях дуоденальной язвы как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах в лечебных учреждениях муниципальных образований. На основании данных литературы показано, что результаты оказания медицинской помощи больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в провинциальных больницах хуже, чем в специализированных учреждениях. Проанализированы мнения, как специалистов лечебно-профилактического дела, так и администраторов здравоохранения о возможных организационных путях улучшения результатов лечения жителей провинции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Показана необходимость внедрения медико-экономических стандартов в диагностике и лечении больных дуоденальной язвой. Внедрение единых медико-экономических стандартов позволит обеспечить этих пациентов доступной и качественной медицинской помощью независимо от места их проживания.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, муниципальные учреждения здравоохранения

## THE ROLE OF THE HEALTH IMPROVEMENT OF PROVIDING CARE FOR RESIDENTS DUODENAL ULCER PUBLIC AREAS OF RUSSIAN REGIONS

Gorshenin T.L., Alborov A.H., Obolenskaya T.I., Sidorenko V.A.,  
Rusakevich K.I., Smirnov A.A., Smirnov A.A.

St. Petersburg State Health Care Institution (SHCI), St. Petersburg, e-mail: mail@miac.zdrav.spb.ru

The literature about the features of the organization of medical care to patients with duodenal ulcer who live outside the regional administrative centers was analyzed. The results shown that the inhabitants of provincial towns and rural areas suffering from duodenal ulcer disease are in different conditions obtaining quality health care than residents of the cities. The attention was paid to major errors of medical care for complications of duodenal ulcer, both prehospital and hospital stages in the hospitals of municipalities. On the basis of literature data was shown that the results of the medical care to patients with duodenal ulcer in the provincial hospitals are worse than in the institutions. The opinions of the experts of the treatment and prevention of the case, and health administrators, about possible ways to improve organizational outcomes for residents of the province of peptic ulcer disease were analyzed. It shown the necessary of introducing health and economic standards in the diagnosis and treatment of patients with duodenal ulcer. Implementation of common medical and economic standards will provide these patients with affordable and quality health care regardless of where they live.

**Keywords:** peptic ulcer, duodenum, the municipal health care

Высокие показатели заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, значительная частота случаев утраты гражданами трудоспособности по причине частых обострений данного заболевания, склонность осложненных его форм завершаться инвалидизацией людей и также их смертью обуславливают необходимость подходить к проблемам, связанным с оказанием медицинской помощи больным ЯБДПК, как к социально значимым [21, 35, 54]. Устранение этих проблем может осуществляться проведением комплекса соответствующих лечебно-профилактических и организационных мероприятий как непосредственно на этапах оказания медицин-

ской помощи пациентам (догоспитальном, госпитальном, постстационарном), так и в целом – на всех звеньях медицинского обеспечения населения.

Лечение пациентов с использованием современных средств фармакотерапии язвенной болезни позволяет добиться рубцевания дуоденальных язв в 95–97% наблюдений [17, 33, 44, 52]. Успешное применение схем современной терапии ЯБДПК очевидно. В частности, количество плановых хирургических вмешательств, выполненных по поводу язвенной болезни, заметно снижается [23, 36]. Вместе с тем, по мнению В.М. Лобанкова [22, 23], у значительного по численности контингента

пациентов с ЯБДПК, даже после лечения в условиях гастроэнтерологических центров, рецидивы дуоденальной язвы возникают в течение ближайших месяцев после их выписки из медицинских учреждений. По данным Р.Е. Arkkila et al. [44], не менее чем в 18,5% случаев у больных, прошедших противорецидивное лечение по поводу ЯБДПК, в течение двух лет наблюдения после рубцевания язвенного дефекта отмечается обострение язвенной болезни. Даже постоянный прием больными поддерживающих противоязвенных медикаментозных средств не позволяет обеспечить гарантию безрецидивного течения ЯБДПК [22]. Результаты терапевтического лечения пациентов с дуоденальной язвой во многом зависят и от социальных условий жизнедеятельности больных. В частности, по данным А.Е. Борисова и соавт. [4], более чем в 70% случаев у больных язвенной болезнью проведение противоязвенной терапии оказывается малодоступным по организационным соображениям, поэтому, нередко, пациенты лечение по поводу ЯБДПК проходят спорадически, либо вообще вынуждены отказываться от дорогостоящей терапии. Именно эта категория больных чаще всего вынуждена обращаться за медицинской помощью к хирургам в связи с осложнениями язвенной болезни.

Приходится констатировать, что, несмотря на большие возможности использования современных средств консервативного противоязвенного лечения, его результаты оказываются относительно положительными [11]. Кроме того пациенты, страдающие ЯБДПК и проживающие вне крупных административных центров, находятся в неравных условиях получения доступной и качественной медицинской помощи по сравнению с больными, проживающими в мегаполисах.

Анализируя данные научной литературы и отчеты специалистов о результатах работы в муниципальных учреждениях здравоохранения, усматриваются разного рода проблемы оказания медицинской помощи больным ЯБДПК как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах медицинского обеспечения населения. В частности, Л.А. Абрамова [2], Р.А. Садыков и соавт. [30], В.П. Сажин и соавт. [31] обращают особое внимание на сохраняющуюся высокую частоту ошибок диагностики осложнений язвенной болезни при оказании медицинской помощи на догоспитальных этапах, входящих в компетенцию муниципальных учреждений здравоохранения.

Госпитальный этап – наиболее значимое звено в оказании медицинской помощи

больным осложненной ЯБДПК. Однако, как показывает практика, и на этом этапе специалистами допускаются определенные ошибки при обследовании и лечении больных ЯБДПК, что нередко обуславливает неудовлетворительные результаты оказания медицинской помощи этим пациентам. Организация управления работой и в целом планирования деятельности хирургической службы МУЗ, ее место и задачи в системе оказания медицинской помощи жителям малых городов и населенных пунктов сельской местности существенно отличаются от таковых в крупных региональных центрах. Подчеркивая этот факт, В.М. Лобанков [23] особое внимание обращает на дифференциацию объемов хирургических вмешательств, проводящихся с учетом состояния клинической базы лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), его лицензионного ранга, численности хирургов и их квалификации. До сих пор не во всех ЛПУ России, работающих в режиме оказания скорой медицинской помощи, организованы круглосуточные дежурства врачей-эндоскопистов, рентгенологов, лаборантов, что затрудняет диагностику осложнений язвенной болезни и своевременное выполнение хирургического вмешательства при этом заболевании [4, 32]. Не в полном объеме используются возможности современных диагностических методов – фиброгастроуденоскопии, ультразвукового исследования и лапароскопии [1, 30, 31].

Показатели хирургической активности при лечении больных ЯБДПК и виды хирургических вмешательств, осуществляемых жителям провинции и мегаполисов, так же как и мероприятия по обследованию пациентов и диагностике заболевания, значительно различаются [14, 22]. Последнее объясняется особенностями клинической картины ЯБДПК в связи редкой обращаемостью жителей провинции за медицинской помощью при первых признаках заболевания, низким диспансерным охватом населения малых городов и сельской местности, минимальными лечебными мероприятиями, осуществляемыми больным до госпитализации, в связи с удаленностью специализированных медицинских учреждений от места жительства больных [27, 40].

Если у пациентов осложненной ЯБДПК, проживающих в мегаполисах и крупных административных центрах, при госпитализации состояние расценивается в большинстве случаев как удовлетворительное или средней степени тяжести, то жители отдаленных сельских поселений, вследствие значительных сроков их доставки, поступают в стационар, как правило, в более тя-

желом состоянии [2]. В процессе оказания медицинской помощи таким больным констатируются высокие показатели летальности, достигающие 25–30%, а в особо тяжелых случаях – 34–50% [41]. По данным П.Г. Нарубанова [28], R. Lunevicius, M. Morkevicius [51], при их своевременной госпитализации в хирургические подразделения стационаров и на фоне комплексной предоперационной подготовки больных дуоденальной язвой показатели летальности гораздо ниже. В частности, после резекции желудка максимально они составляют 4–8%. По данным А.Е. Борисова и соавт. [6] среди людей, умерших по причине осложнений язвенной болезни, в 74% наблюдений составляли пациенты в возрасте старше 60 лет, у которых кроме язвенной болезни диагностируются тяжелые сопутствующие заболевания с нарушением функции жизненно важных органов. Именно в этой группе больных выявляется наибольшая частота позднего обращения их за медицинской помощью, что нередко обусловлено социально-экономическими причинами, а также большим количеством диагностических ошибок на догоспитальном этапе [2, 6, 22]. Недостаточная предоперационная подготовка больных на госпитальном этапе с неадекватной коррекцией нарушенных функций у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией может оказаться основной причиной смерти больных во время операции или в раннем послеоперационном периоде. G.Z. Turmanidze et al. [55] отмечают, что при осложненном течении ЯБ с увеличением времени, прошедшего с момента развития осложнения до поступления больного в стационар, резко возрастают показатели послеоперационной летальности. В частности, при перфоративной язве в случаях госпитализации спустя сутки и более от времени проявления заболевания показатели летальности увеличиваются в 8,64 раза [6, 15].

В отличие от жителей мегаполисов, при доставке больных с кровоточащей язвой ДПК в хирургические подразделения МУЗ нередко у пациентов отмечаются нестабильная гемодинамика, нарушение сознания на фоне средней или тяжелой степени кровопотери. Данные обстоятельства обуславливают необходимость проведения экстренной операции на фоне минимальной предоперационной подготовки. По этим же причинам вносятся и коррективы при выборе метода хирургического вмешательства. Таким больным, чаще всего выполняются операции, минимальные по своей травматичности и направленные на остановку геморрагии, но не влияющие на патогене-

тические звенья язвообразования [15]. На проведение таких хирургических вмешательств уходит минимальное время, что важно при оказании помощи больным, перенесшим массивную кровопотерю. В ЛПУ крупных городов и административных центров больным ЯБДПК, осложненной кровотечением, в большинстве случаев выполняется резекция желудка и, реже, ваготомия с дренирующими желудок операциями. Эти хирургические вмешательства сопряжены с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования и, следовательно, в большей степени предотвращают рецидивы заболевания и повторные кровотечения из язвенного дефекта [15, 29, 45].

Ю.Г. Шапкин и соавт. [41] считают, что на современном этапе медицинских знаний в центральных районных больницах малых городов и сельских поселений и хирургических отделениях стационаров, где нет условий для проведения разносторонних методик эндоскопического гемостаза, по-прежнему не существует альтернативы активной хирургической тактике. Как считают эти авторы, пассивное выжидание и увлечение консервативным лечением при активном кровотечении из язвы довольно быстро приводит больных к ситуации, при которой экстренно проведенное хирургическое вмешательство оказывается малоэффективным или даже бессмысленным из-за тяжелого состояния пациентов [50]. Н.В. Комаров и соавт. [19] отмечают, что результаты лечения больных осложненной язвой ДПК в провинциальных больницах хуже, чем в специализированных лечебных учреждениях. По их данным послеоперационная летальность при проведении в МУЗ хирургического вмешательства по поводу кровоточащей дуоденальной язвы достигает 17%. Почти каждому третьему больному, оперированному в МУЗ по поводу кровоточащей язвы ДПК, выполняются повторные оперативные вмешательства, причинами которых являются тактические и технические ошибки, недостатки в организации своевременного обследования и лечения пациентов при осложнениях язвенной болезни.

По данным Г.К. Жерлова и соавт. [16], В.М. Лобанкова [22, 23] больным перфоративной дуоденальной язвой в провинциальных МУЗ чаще всего выполняется ушивание перфорировавшей язвы, чем резекция желудка или иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой и ваготомией. По мнению этих авторов причиной редкого проведения при перфорации язвы хирургических вмешательств, влияющих на патогенетические механизмы язвообразования, является недостаточная квалификация хирургов. Од-

нако с этой точкой зрения согласны не все исследователи [25]. Н.В. Комаров и соавт. [19] полагают, что более частое использование хирургами МУЗ так называемых паллиативных вмешательств при перфоративной ЯБДПК во многом обуславливается не столько низкой квалификацией специалистов, работающих в провинции, сколько неблагоприятными условиями для осуществления хирургической операции (разлитой гнойный перитонит, невосполненная кровопотеря и т.д.), при которых выполнение обширных вмешательств представляется чрезвычайно опасным.

В последнее десятилетие при лечении больных перфоративной язвой все чаще применяются эндовидеохирургические технологии [3, 13, 34, 51, 53]. Использование этих методов позволяет значительно снизить травматичность хирургических вмешательств, частоту послеоперационной летальности и длительность стационарного лечения. А.А. Гринберг и соавт. [13], R. Lunevicius, M. Morkevicius [51] считают, что возможности эндовидеохирургии позволяют выполнить ушивание перфоративной язвы и осуществить полноценную санацию брюшной полости в 50–60% наблюдений перфоративных язв гастродуоденальной зоны. Однако, как справедливо отмечают А.А. Гринберг и соавт. [13], Fung Yee Janet Lee et al. [46], E. Gurleyik [48], в МУЗ условия оказания хирургической помощи больным перфоративной дуоденальной язвой с помощью эндовидеохирургических технологий пока еще ограничены, что не позволяет часто использовать лапароскопический метод хирургам провинции при лечении больных этой категории. Последнее объясняется не только недоукомплектованностью хирургических подразделений муниципальных больниц эндовидеохирургическим оборудованием и предметами его содержания и обработки, но и недостаточными возможностями в плане подготовки пациентов к таким операциям и наблюдению за больными в послеоперационном периоде с осуществлением качественной интенсивной терапии. К тому же, лапароскопическое выполнение операций с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования в широкой практике возможно лишь при основательной организационной работе с освоением хирургами эндовидеохирургических технологий в совершенстве, что в условиях МУЗ проблематично [20, 23, 43].

В целом, у больных, проживающих вне регионарных административных центров, при осложнениях ЯБДПК отмечается высокая частота случаев летальных исходов, объясня-

емая запоздалой госпитализацией пациентов на фоне критической степени кровопотери или терминальной фазы перитонита. При оказании медицинской помощи больным ЯБДПК сохраняется проблема адаптации лечебно-диагностического процесса не только к индивидуальным особенностям пациентов с определенными вариантами течения заболевания, но и к возможностям медицинских учреждений разного уровня специализации в абдоминальной хирургии, в плане материальной обеспеченности стационаров, поликлиник, санаториев и реабилитационных центров [27].

Большинство современных исследователей сходятся во мнении о том, что дальнейшее улучшение результатов оказания медицинской помощи пациентам с дуоденальной язвой связано не столько с усовершенствованием хирургических технологий, сколько с разработкой новых организационных подходов к решению комплекса задач по лечению больных ЯБДПК, уточнением показаний к проведению хирургических вмешательств и выбору их вида, внедрением медико-экономических стандартов лечения на основании данных доказательной медицины [22, 28]. При отсутствии единых организационно-методических подходов при выборе методов лечения больных язвенной болезнью, а также неоднозначности мероприятий по диспансеризации и профилактике ее осложнений, без определения оптимальных сроков и критериев выбора технологий повторных вмешательств происходят значительные разночтения в вопросах тактики оказания медицинской помощи этим пациентам [2, 22, 23]. Последнее обстоятельство также предопределяет необходимость использовать при обследовании и лечении больных язвенной болезнью медико-экономических стандартов [27].

Одной из основных задач современного здравоохранения является создание равных условий для получения качественной медицинской помощи, вне зависимости от места проживания пациентов. В этом плане в настоящее время в РФ проводится модернизация здравоохранения. Модернизация российского здравоохранения включает в себя три основных направления: укрепление материально-технической базы медучреждений, осуществление надлежущей информатизации и перевод деятельности стационаров в рамках стандартов оказания медицинской помощи. На Всероссийском форуме медицинских работников акцентировано внимание на достижение доступной качественной медицинской помощи для всех жителей России: «...и в городе, и на селе в рамках программ модернизации



надо будет внедрить самые современные стандарты медицинской помощи, причём система государственных гарантий должна работать на деле. Человек независимо от того, где он проживает, должен иметь возможность воспользоваться бесплатной, качественной, доступной медицинской помощью» (В.В. Путин) [49].

В настоящее время в субъектах Российской Федерации уже внедряются в практику региональные медико-экономические стандарты (МЭС) диагностики и лечения больных дуоденальной язвой, в том числе и при оказании им неотложной медицинской помощи в случае развития осложнённых заболеваний [5, 7, 9, 10].

Качественные МЭС, разработанные на основе научных принципов доказательной медицины, призваны обеспечить единые подходы в диагностике и лечении больных ЯБДПК, повысить качество медицинской помощи, стимулировать применение высокоэффективных и экономически целесообразных технологий, снизить необоснованные расходы на обследование и лечение пациентов [18, 24, 26, 37].

Большой объём информации, накапливающейся в процессе обследования и лечения больных ЯБДПК, обуславливает необходимость разработки и внедрения в клиническую практику информационных технологий. Повсеместное использование электронных карт (историй болезни) больных заболеваниями гастроэнтерологического профиля с соответствующим программным обеспечением позволяет вывести лечебно-диагностический процесс на качественно новый уровень, значительно облегчив проведение анализа и принятие управленческих решений [38, 53].

Специалистами провинциальных МУЗ при оказании помощи больным ЯБДПК также все шире используются компьютерные программы прогноза течения и исхода заболевания, выбора метода его хирургического лечения [8, 12]. В поисках путей оптимизации лечения больных ЯБДПК особое значение придается созданию банка данных о результатах обследования и лечения больных этой категории [8, 12, 38]. Для повышения качества восстановительного лечения больных ЯБДПК необходимо наблюдение пациентов, основанное на новых технологиях с применением аппаратно-программных комплексов и с последующей аналитической обработкой получаемых данных. Подобную форму диспансеризации условно определяют как компьютерная диспансеризация [39, 42]. Мобильность аппаратно-программных комплексов, возможность быстрого обследования пациентов,

доступная для ЛПУ стоимость оборудования и простота эксплуатации, возможность дистанционной передачи получаемых данных в информационно-аналитические центры медицинских учреждений открывают широкую перспективу применения так называемой компьютерной диспансеризации. Данные, получаемые в процессе такой диспансеризации, сохраняются в электронном виде, что позволяет без временных затрат осуществлять динамическое наблюдение за состоянием больных ЯБДПК, оперативно разрабатывать индивидуальные и групповые медицинские мероприятия, направленные на решение задач по лечению, восстановлению пациентов с язвенной болезнью, профилактике рецидивов заболевания и оздоровлению населения [39, 42].

Таким образом, анализ данных источников литературы позволяет свидетельствовать о большой социальной значимости необходимости устранения проблем, отмечаемых при обследовании и лечении больных ЯБДПК. Особенно это важно при оказании медицинской помощи жителям малых городов и сельских поселений. Совершенствование организации оказания медицинской помощи жителям провинции, больным дуоденальной язвой, обуславливает необходимость комплексного подхода к лечебно-диагностическому процессу у больных этой категории. Основными направлениями в решении этой задачи остаются: выявление и лечение больных предязвенными состояниями; лечение пациентов язвенной болезнью с ранних сроков верификации заболевания для профилактики его осложнений; при безуспешности консервативного лечения своевременное (до развития опасных для жизни осложнений) применение малоинвазивных хирургических технологий. Безусловно, без надлежащей организации системы здравоохранения улучшение результатов оказания медицинской помощи жителям муниципальных территорий российских регионов при ЯБДПК невозможно.

#### Список литературы

1. Абдулхаков Р.А. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях / Р.А. Абдулхаков, М.С. Фатхеева, С.Р. Абдулхаков и др. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 5. – Прил. №26: Материалы 11-й Рос. гастроэнтерол. недели. – С. 18, № 54.
2. Абрамова Л.А. Особенности анамнестических данных, влияющих на лечебно-диагностическую тактику ведения больных язвенным кровотечением // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 5. – Прил. №26: Материалы 11-й Рос. гастроэнтерол. недели. – С. 18, №56.
3. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2010. – № 3. – С. 76–79.

4. Борисов А.Е. Видеолaparоскопия в диагностике и лечении перфоративных гастродуоденальных язв: учебное пособие для врачей / А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, Д.М. Ризаханов, М.С. Турдыев. – СПб., 2004. – 110 с.
5. Борисов А.Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / А.Е. Борисов, В.А. Федоров, В.П. Земляной и др. – СПб.: ЭФА, 2000. – 162 с.
6. Борисов А.Е. Проблемы острого живота: (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, К.Н. Мовчан и др. – СПб.: Полиграф. искусство, 2003. – 174 с.
7. Вахрушев Я.М. Клинико-экономическая эффективность различных вариантов стационарного лечения язвенной болезни / Я.М. Вахрушев, О.В. Муравцева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008 – № 4 – С. 28–30.
8. Вялков А.И. Государственная политика в области информатизации здравоохранения Российской Федерации / А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, А.Н. Разумов, С.Б. Ткаченко // Главврач. – 2008 – №4. – С. 19–33.
9. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С. 5–12.
10. Гарелик П.В. Стандарты диагностики язвенной болезни осложненной перфорацией / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, И.В. Хильмончик и соавт. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Всерос. научно-практ. конф. хирургов: материалы конф. – Саратов, 2003. – С. 41.
11. Гидаятв А.А. Повторная антихеликобактерная терапия при отсутствии эффекта эрадикационных режимов первой и второй линии / А.А. Гидаятв, Э.Г. Исаев, В.А. Гидаятво и соавт. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, №5. – Прил. №26: Материалы 11-й Рос. гастроэнтерол. недели. – С. 22, №72.
12. Гончаров Н.Н. Информационно-программное обеспечение развития превентивной хирургии осложнений язвенной болезни / Н.Н. Гончаров, В.В. Лазаревич // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгр. Моск. хирургов: Тез. докл. – М., 2005. – С. 11–15.
13. Гринберг А.А. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв / А.А. Гринберг, С.Г. Шаповальянц, Р.Р. Мударисов // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 4–6.
14. Гриненко А.Я. Проблемы реформирования здравоохранения и здоровье населения Северо-Западного федерального округа. – СПб., 2003. – 324 с.
15. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.Л. Асташов // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56–60.
16. Жерлов Г.К. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.С. Рудая и др. // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 18–22.
17. Исаков В.А. Маастрихт-3 – 2005: Флорентийская мозаика противоречий и компромиссов // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2006. – № 1. – С. 78–83.
18. Колиева Г.Л. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении / Г.Л. Колиев, П.А. Воробьев, Д.В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 3–4. – С. 3–7.
19. Комаров Н.В. Хирургическое лечение больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях районной больницы / Н.В. Комаров, А.С. Маслагин, Р.Н. Комаров // Вестн. хирургии. – 2001. – Т. 160, № 2. – С. 104–106.
20. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
21. Лазебник Л.Б. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Л.Б. Лазебник, М.Г. Гусейнзаде // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, №2. – С. 12–15.
22. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В.М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – №1. – С. 58–64.
23. Лобанков В.М. Язвенная болезнь: концепция популяционной хирургической активности // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – №3. – С. 29–37.
24. Логинов А.Ф. Язвенная болезнь желудка: необходимость стандартного подхода к диагностике и лечению // Фарматека. – 2008. – №2. – С. 16–19.
25. Мовчан К.Н. Нерешенные задачи организации хирургической помощи больным язвой двенадцатиперстной кишки / под ред. К.Н. Мовчана. – СПб.: Изд-во ВМА, 2005. – 112 с.
26. Мовчан К.Н. Стандартизация подходов к лечению – как метод улучшения качества оказания медицинской помощи в провинциальных больницах при осложненной язве двенадцатиперстной кишки / К.Н. Мовчан, А.И. Могила, Ю.М. Морозов и др. // Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины: междунар. науч.-практ. конф. – Красногорск: ГВМУ МО РФ ЦВКГ им Вишневского, 2004. – С. 141–147.
27. Морозов Ю.М. Результаты амбулаторного лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, проживающих вне региональных административных центров. / Ю.М. Морозов, К.Н. Мовчан, В.Ю. Тегза и др. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении: материалы VII Всерос. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМедА, 2005. – С. 363–364. (Журн. «Вестн. Рос. Воен-мед. акад.»: Прил. 1(3)).
28. Нарубанов П.Г. Полувековой опыт лечения хронической кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, № 5. – Прил. №26: Материалы 11-й Рос. гастроэнтерол. недели. – С. 32, № 111.
29. Панцырев Ю.М. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров, Е.А. Кузеев // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 21–24.
30. Садыков Р.А. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах / Р.А. Садыков, Х.К. Карабаев, Г.А. Хайдаров и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Всерос. научно-практ. конф. хирургов: материалы конф. – Саратов, 2003. – С. 76.
31. Сажин В.П. Диагностический алгоритм при перфоративной гастродуоденальной язве / В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко, В.А. Юрищев и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Всерос. научно-практ. конф. хирургов: материалы конф. – Саратов, 2003. – С. 77.
32. Синенченко Г.И. Пути улучшения результатов лечения больных с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин, В.Г. Вербицкий и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Всерос. научно-практ. конф. хирургов: материалы конф. – Саратов, 2003. – С. 147.
33. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение) // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2010. – № 5. – С. 113–118.
34. Стрижелецкий В.В. Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении перфоративных гастродуоденальных язв / В.В. Стрижелецкий, Р.Ж. Избасаров // Вестн. хирургии. – 2009. – Т. 168, № 3. – С. 79–82.

35. Сугоняко Е.А. Частота осложнений язвенной болезни в России / Е.А. Сугоняко, В.В. Цуканов // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 5. – Прил. №26: Материалы 11-й Рос. гастроэнтерол. недели. – С. 37, № 129.

36. Толстоколов А.С. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях, сочетанных с другими осложнениями язвенной болезни / А.С. Толстоколов, А.А. Стрелков, С.А. Дергунова // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгр. Моск. хирургов: Тез. докл. – М., 2005. – С. 33–34.

37. Фарбер А.В., Никонов Е.Л. Стандарты лечебно-диагностической помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.В. Фарбер, Е.Л. Никонов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 2 – С. 42–49.

38. Федосеева Л.С. Опыт создания и эксплуатации информационной системы / Л.С. Федосеева, Н.И. Кантемирова, В.Н. Козак и др. // Тез. II Всерос. съезда врачей общей (семейной) практики Рос. Федерации. – Чебоксары, 2004. – С. 89–90.

39. Финченко Е.А. Информационное обеспечение центральной районной больницы и сельского здравоохранения / Е.А. Финченко, В.В. Степанов // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – №1. – С. 21–28.

40. Харисова И.М. Некоторые особенности формирования заболеваемости сельского населения / И.М. Харисова, И.Ф. Гизатуллин, А.А. Каримов // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – №4. – С. 21–24.

41. Шапкин Ю.Г. Возможности совершенствования хирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве / Ю.Г. Шапкин, В.Ю. Климашевич, С.Н. Потехин, Е.Н. Матвеева // Вестн. хирургии. – 2000. – Т. 159, № 2. – С. 24–26.

42. Юдин Б.Д. Профилактическая медицина – новый подход к решению «старых» проблем // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – №5. – С. 53–58.

43. Andrade S.E. Validation of diagnoses of peptic ulcers and bleeding from administrative databases: a multi-health maintenance organization study / S.E.Andrade, J.H. Gurwitz, K.A. Chan et al. // J. Clin. Epidemiol. – 2002. – Vol. 55, № 3. – P. 310–313.

44. Arkkila P.E. Helicobacter pylori eradication as the sole treatment for gastric and duodenal ulcers / P.E. Arkkila, K. Seppala, T.U. Kosunen et al. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2005. – Vol. 17, № 1. – P. 93–101.

45. Chen D. The long-term effects of retrograde liberated highly selective vagotomy in treatment of duodenal ulcer / D. Chen, J. Chen, X. Lu et al. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2002. – Vol. 40, №9. – P. 644–646.

46. Fung Yee Janet Lee. Predicting Mortality and Morbidity of Patients Operated on for Perforated Peptic Ulcers / Fung Yee Janet Lee, Bo San Paul Lai, Simon Siu Man Ng et al. // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136. – P. 90–93.

47. Ghoshal U.C. Recurrent duodenal ulcer haemorrhage: a pharmacoeconomic comparison of various management strategies / U.C. Ghoshal, R. Aggarwal, C.S.Baba // Expert Opin Pharmacother. – 2003. – Vol. 4, № 9. – P. 1593–1603.

48. Gurleyik E. Changing trend in emergency surgery for perforated duodenal ulcer // J. Coll Physicians Surg. Pak. – 2003. – Vol. 13, № 12. – P. 708–710.

49. <http://premier.gov.ru/events/news/14851>. 13 апреля 2011 г.

50. Lopez Vallejos P. Failure of endoscopic therapy in upper gastrointestinal hemorrhage due to duodenal ulcers / P.Lopez Vallejos, M.V.Garcia Sanchez, A. Gonzalez Galilea et al. // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2003. – Vol. 95, №10. – P. 700–706.

51. Lunevicius R. Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value / R. Lunevicius, M. Morkevicius // Langenbecks Arch. Surg. – 2005. – Vol. 390, № 5. – P. 413–420.

52. Malfërtheiner P. Current concept in the management of Helicobacter pylori infection: the Maasticht III Consensus Report. / P. Malfërtheiner, F Megraud, C. O'Morain et al. // Gut – 2007. – Vol. 56. – P. 772–781.

53. Nicolau A.E. Laparoscopic suture or open suture in perforated duodenal ulcer / A.E. Nicolau, G. Ionescu, F. Iordache et al. // Chirurgia (Bucur). – 2002. – Vol.97, №.3. – P. 305–311.

54. Susser M. Civilization and peptic ulcer. 1962. / M. Susser, Z. Stein // Int. J. Epidemiol. – 2002. – Vol. 31, № 1. – P. 13–17.

55. Turmanidze G.Z. Results of a surgical treatment of perforative gastroduodenal ulcers / Turmanidze G.Z., T.F.Chkhikvadze, D.V.Khazaradze // Georgian Med. News. – 2005. – №1. – P. 10–13.

## References

1. Abdulhakov R.A., Fatheeva M.S., Abdulhakov S.R. *Rus. journal. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii*. 2005, V.15, no. 5. p. 18, no 54.

2. Abramova L.A. *Rus. journal. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii*. 2005, V.15, no 5. p. 18, no. 56.

3. Baloglanov D.A. *Hirurgiya*. 2010, no. 3, pp. 76–79.

4. Borisov A.E., Kubachev K.G., Rizahanov D.M., Turdyev M.S. *Uchebnoe posobie dlya vrachev*. St. Petersburg, 2004, p. 110.

5. Borisov A.E., Fedorov V.A., Zemlyanoy V.P. *Oshibki, oslozneniya i letalnost u bolnih s ostrimi hirurgicheskimi zabolevaniyami organov brushnoy polosti* [Errors, complications and mortality in patients with acute surgical abdominal diseases] St. Petersburg.: EFA, 2000, p. 162.

6. Borisov A.E., Zemlyanoy V.P., Movchan K.N. *Problemi ostrogo zivota: (oshibki, oslozneniya, letalnost)* [The problems of acute abdomen: (errors, complications, mortality)]. St. Petersburg, 2003, p. 174.

7. Vakhrushev J.M., Muravtseva O.V. *Experimentalnaya i klinicheskaya Gastroenterologiya*. 2008, no. 4, pp. 2–30.

8. Vyalkov A.I., Halfin R.A., Razumov A.N., Tkachenko S.B. *Glavvrach*. 2008, no. 4, pp. 19–33.

9. Vyalkov A.I. *Problemi upravleniya zdravoochraneniem*. 2008, no. 4, pp. 19–33.

10. Garelik P.V., Dubrovshchik O.I., Hilmonchik I.V. *Sovremennye problemi extrennogo i planovogo hirurgicheskogo lecheniya bolnih yazvennoy boleznuyu zeludka i dvenadcatiperstnoy kishki. Vseros. Naucno-prakt. Konferenc. hirurov: Materiali konferenc. – Modern problems of emergency and planned surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer: All-Russia. scientific and practical. conference. Surgeons: Proceedings of the conference*. Saratov, 2003. p. 41.

11. Gidayatov A.A., Isaev E.G., Gidayatova V.A. *Rus. journal. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii*. 2005, V.15, no. 5. Appl. No. 26: Proceedings of the 11–th Russia. gastroenterol. weeks. p. 22, no.72.

12. Goncharov N.N., Lazarevich V.V. *Neotloznaya specializovannaya pomosh : Perviy kongres Mosk. Hirurov. Tез. dokl. M., 2005, pp. 11–15.*

13. Grinberg A.A., Shapovalyants S.G., Mudarisov R.R. *Hirurgiya*. 2000, no. 5, pp. 4–6.

14. Grinenko A.Y. *Problemi reformirovaniya zdravoochraneniya i zdorovye naseleniya Severo-zapadnogo regiona* [The problems of health care reform and health of the North-West Federal District]. St. Petersburg, 2003, p. 324.

15. Efimenko N.A., Lysenko M.V., Astashov V.L. *Hirurgiya*. 2004, no. 3, pp. 56–60.

16. Zherlov G.K., Koshel A.P., Rudaya N.S. *Hirurgiya*. 2005, no. 3, pp. 18–22.

17. Isakov V.A. *Eksperim. i klin. gastroenterol.* 2006, no. 1. pp. 78–83.

18. Koliev G.L., Vorobyov P.A., Lukyantseva D.V. *Problemi standartizatsii v zdravoochranenii*. 2010. No. 3–4. pp. 3–7.

19. Komarov N.V., Maslagin A.S., Komarov R.N. *Vestn. Hirurgii*. 2001. Vol. 160, no. 2. pp. 104–106.



20. Kuzin M.I. *Hirurgiya*. 2001, no. 1, pp. 27–32.
21. Lazebnik L.B., Huseynzade M.G. *Terapevticheskiy arhiv*. 2007. Vol. 79, no.2. pp. 12–15.
22. Lobankov V.M. *Hirurgiya*. 2005, no. 1, pp. 58–64.
23. Lobankov V.M. *Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii*. 2010, no.3, pp. 29–37.
24. Loginov A.F. *Farmateka*. 2008, no. 2, pp. 16–19.
25. Movchan K.N. *Nereshennie zadachi organizatsii hirurgicheskoy pomoshi bolnim yazvoy dvenadcatiperstnoy kishki* [Unsolved problems in the organization of surgical care to patients with duodenal ulcer]. St. Petersburg, 2005, p. 112.
26. Movchan K.N., Mogila A.I., Morozov Y.M. *Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. «Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshi na osnove standartizatsii i dokazatelnoq medicine»*. 200, pp. 141–147.
27. Morozov Y.M., Movchan K.N., Tegza V.Y. *VII Vseros. Naucno-prakt. konf. «Aktualnie voprosi kliniki, diagnostiki i licheniya bolnih v mnogoprofilnom lechebno-medicinskom uchrezhdenii» Materili konf.* St. Petersburg, VMed.A, 2005, pp. 363–364.
28. Narubanov P.G. *Rus. journal. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii*. 2005, V.15, no. 5. Appl. no. 26: Proceedings of the 11-th Russia. gastroenterol. weeks. p. 32, no. 111.
29. Pantiyev Y.M., Mihalev A.I., Fedorov E.D., Kuzeev E.A. *Hirurgiya*. 2000, no. 3, pp. 21–24.
30. Sadykov R.A., Karabaev H.K., Haydarov G.A. *Sovremennye problemi ekstremnogo i planovogo hirurgicheskogo lecheniya bolnih yazvennoy boleznyu zeludka i dvenadcatiperstnoy kishki. Vseros. Naucno-prakt. Konferenc. hirurgov: Materiali konferenc. – Modern problems of emergency and planned surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer: All-Russia. scientific and practical. conference. Surgeons: Proceedings of the conference.* Saratov, 2003, p.76.
31. Sazhin V.P., Avdovenko A.L., Yurischev V.A. *Sovremennye problemi ekstremnogo i planovogo hirurgicheskogo lecheniya bolnih yazvennoy boleznyu zeludka i dvenadcatiperstnoy kishki. Vseros. Naucno-prakt. Konferenc. hirurgov: Materiali konferenc. – Modern problems of emergency and planned surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer: All-Russia. scientific and practical. conference. Surgeons: Proceedings of the conference.* Saratov, 2003. p. 77.
32. Sinenchenko G.I., Kurygin A.A., Verbitsky V.G. *Sovremennye problemi ekstremnogo i planovogo hirurgicheskogo lecheniya bolnih yazvennoy boleznyu zeludka i dvenadcatiperstnoy kishki. Vseros. Naucno-prakt. Konferenc. hirurgov: Materiali konferenc. – Modern problems of emergency and planned surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer: All-Russia. scientific and practical. conference. Surgeons: Proceedings of the conference.* Saratov, 2003, p. 147.
33. Standarti diagnostiki i lecheniya kislotzavisimih i associrovannih s *Helicobacter pylori* zabolovaniy (4-e Moskovskoe soglashenie). *Eksperim. i klin. gastroenterol.* 2010, no. 5. pp. 113–118.
34. Strizheletsky V.V., Izbasarov R.J. *Vestn. Hirurgii*. 2009. Vol. 168, no. 3. pp. 79–82.
35. Sugonyako E.A., Tsukanov V.V. *Rus. journal. Gastroenterologii, Hepatologii, Coloproctologii*. 2005, V.15, no. 5. Appl. no. 26: Proceedings of the 11–th Russia. gastroenterol. weeks. p. 37, no.129.
36. Tolstokorov A.S., Strelkov A.A., Dergunova S.A. *Neotloznaya specializirovannaya pomosh : Perviy kongres Mosk. Hirurgov. Tez. dokl. M.*, 2005, pp. 33–34.
37. Farber A.V., Nikonov E.L. *Kremlevskaya medicina. Klinicheskiy vestnik*. 2009, no. 2, pp. 42–49.
38. Fedoseeva L.S., Kantemirova N.I., Kozak V.N. *Tez. II Vseros. Syezda vrachey obshey (semeynoy) praktiki Ros. Federatsii*. Cheboksari, 2004, pp. 89–90.
39. Finchenko E.A., Stepanov V.V. *Problemi upravleniya zdravooхранeniem*. 2004, no. 1, pp. 21–28.
40. Harisova I.M., Gizatullin I.F., Karimov A.A. *Problemi upravleniya zdravooхранeniem*. 2004, no. 4, pp. 21–24.
41. Shapkin Y.G., Klimashevich V.Y., Potahin S.N., Matveeva E.N. *Vestn. Hirurgii*. 2000. Vol. 159, no. 2. pp. 24–26.
42. Yudin B.D. *Problemi upravleniya zdravooхранeniem*. 2004, no. 5, pp. 53–58.
43. Andrade S.E. Validation of diagnoses of peptic ulcers and bleeding from administrative databases: a multi-health maintenance organization study / S.E. Andrade, J.H. Gurwitz, K.A. Chan et al. // *J. Clin. Epidemiol.* 2002. Vol. 55, no. 3. pp. 310–313.
44. Arkkila P.E. *Helicobacter pylori* eradication as the sole treatment for gastric and duodenal ulcers / P.E. Arkkila, K. Sepala, T.U. Kosunen et al. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2005. Vol. 17, no. 1. pp. 93–101.
45. Chen D. The long-term effects of retrograde liberated highly selective vagotomy in treatment of duodenal ulcer / D. Chen, J. Chen, X. Lu et al. // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* –2002. Vol. 40, no. 9. pp. 644–646.
46. Fung Yee Janet Lee. Predicting Mortality and Morbidity of Patients Operated on for Perforated Peptic Ulcers / Fung Yee Janet Lee, Bo San Paul Lai, Simon Siu Man Ng et al. // *Arch. Surg.* 2001. Vol. 136. pp. 90–93.
47. Ghoshal U.C. Recurrent duodenal ulcer haemorrhage: a pharmaco-economic comparison of various management strategies / U.C.Ghoshal, R.Aggarwal, C.S.Baba // *Expert Opin Pharmacother.* 2003. Vol. 4, no. 9. pp. 1593–1603.
48. Gurleyik E. Changing trend in emergency surgery for perforated duodenal ulcer / E.Gurleyik // *J. Coll Physicians Surg. Pak.* 2003. Vol. 13, no. 12. pp. 708–710.
49. <http://premier.gov.ru/events/news/14851/>.
50. Lopez Vallejos P. Failure of endoscopic therapy in upper gastrointestinal hemorrhage due to duodenal ulcers / P. Lopez Vallejos, M.V.Garcia Sanchez, A. Gonzalez Galilea et al. // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2003. Vol. 95, no. 10. pp. 700–706.
51. Lunevicius R. Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value / R. Lunevicius, M. Morkevicius Langenbecks *Arch. Surg.* 2005. Vol. 390, no. 5. pp. 413–420.
52. Malfertheiner P. Current concept in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maasticht III Consensus Report. / P. Malfertheiner, F Megraud, C. O’Morain et al. // *Gut* 2007. Vol. 56. pp. 772–781.
53. Nicolau A.E. Laparoscopic suture or open suture in perforated duodenal ulcer / A.E. Nicolau, G. Ionescu, F. Iordache et al. // *Chirurgia (Bucur)*. 2002. Vol.97, no. 3. pp. 305–311.
54. Susser M. Civilization and peptic ulcer. 1962. / M. Susser, Z. Stein // *Int. J. Epidemiol.* 2002. Vol. 31, no. 1. pp. 13–17.
55. Turmanidze G.Z. Results of a surgical treatment of perforative gastroduodenal ulcers / G.Z. Turmanidze, T.F. Chkhikvadze, D.V. Khazaradze // *Georgian Med. News.* 2005. no. 1. pp. 10–13.

#### Рецензенты:

Мовчан К.Н., д.м.н., зам. директора по организации контроля качества медицинской помощи Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ГОУ ДПА «СПбМАПО», г. Санкт-Петербург;

Ткаченко А.Н., д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 20.06.2012.