

В.М. ЛОБАНКОВ**К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ И СТРАТЕГИИ ПРИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Проблема язвенной болезни (ЯБ) рассмотрена как с позиции индивидуальной тактики лечения пациента, так и лечебной стратегии в популяции больных. На основе личных исследований и данных литературы показана методологическая некорректность «универсальной» антихеликобактерной консервативной тактики при ЯБ. Автор обосновывает целесообразность вариативности лечебной стратегии и тактики с применением разных видов консервативной терапии и плановой преимущественно органосохраняющей хирургии. Приведено понятие популяционной тяжести ЯБ, её критерии, градация и определяющие факторы. Лечебная стратегия должна формироваться по региональным эпидемиологическим показателям ЯБ, её цель – снижение популяционной тяжести. Выбор лечебной тактики следует основывать на тяжести заболевания, факторах риска осложнений, медицинской активности больного, цель – минимизация рисков осложнений и неотложных операций. При неконтролируемом тяжёлом течении ЯБ целесообразна плановая операция в специализированной клинике.

Ключевые слова: язвенная болезнь, популяционная тяжесть язвенной болезни, лечебная стратегия и тактика

The problem of peptic ulcer has been studied both from the point of view of the individual tactics of patient's treatment and treatment strategy in the patients' population. Based on the personal investigations and literature data, methodological incorrectness of the "universal" anti-helicobacter conservative tactics in case of peptic ulcer is shown. The author proves expediency of the treatment strategy and tactics variation with the use of different types of conservative therapy and planned mainly organ-saving surgery. The concept of peptic ulcer population severity is presented as well as its criteria, gradation, determining factors. Treatment strategy should be formed based on the regional epidemiological indexes; its aim is to decrease the population severity. The choice of treatment tactics should be based on the disease severity, complications risk factors, medical activity of the patient; the aim is to minimize the risk of complications and urgent surgeries. In case of uncontrolled severe course of peptic ulcer, planned surgery in the specialized clinic is advisable.

Keywords: peptic ulcer, population severity of peptic ulcer, strategy and tactic of treatment

Язвенная болезнь (ЯБ), признанная главной проблемой гастроэнтерологии XX века, сохраняет свою медицинскую и социальную актуальность. В США только по прямым экономическим затратам ЯБ занимает четвёртое место, уступая лишь ЖКБ, колоректальному раку и ГЭРБ. Теоретически уровень развития лечебных технологий сегодня позволяет контролировать течение заболевания у подавляющего большинства больных. Практически на территории быв-

шего СССР острота ситуации с ЯБ превышает таковую 60–70-х гг. прошлого века, когда медицина не владела ни современными знаниями о патогенезе (еще не был открыт *Helicobacter pylori* (Hр)), ни эффективными противоязвенными препаратами и схемами лечения.

В экономически развитых странах после внедрения в 80–90 гг. XX века прогрессивных лечебных технологий общая частота операций при ЯБ существенно сократи-

лась за счет плановой хирургии. Частота неотложных вмешательств при перфоративных и кровоточащих язвах (как и послеоперационная летальность) осталась практически неизменной [1, 2, 3]. Контингент оперируемых больных сместился в пожилые возрастные группы. Сегодня ситуация с хирургией ЯБ в этих странах напоминает таковую столетней давности, когда нерадикальные операции выполнялись по жизненным показаниям и были направлены на местную коррекцию развившегося осложнения.

Стремление экстраполировать опыт Западных стран в отечественные условия без учёта возросшей в 90-е гг. остроты проблемы привело к росту летальности и инвалидности больных. На сегодня однозначно можно констатировать, что в СНГ, по аналогии с Западными странами, также резко снизилась частота плановых операций. Определенно говорить о других значимых переменах в решении проблемы ЯБ пока весьма сложно. Причины настоящего положения вещей неоднозначны. Это и лоббирование так называемой «проблемы хеликобактериоза» заинтересованными фармацевтическими фирмами, и отсутствие общепринятых критериев популяционной тяжести ЯБ, эффективности применяемой при этом заболевании лечебной доктрины, чётко обозначенных целей этой доктрины. Кроме того, за углубленным изучением важных, но частных вопросов по ЯБ (разработка «еще более эффективных» протоколов лечения 2-й, 3-й линии; преодоление нарастающей лекарственной резистентности Нр и т.д.) ускользают от внимания методологические подходы к лечебной тактике и стратегии при этом недуге в современных условиях.

Учитывая многократную разницу показателей первичной заболеваемости ЯБ по выявляемости и по обращаемости (2000–3000 и выше против 140–180 на 100 тыс.

населения в год соответственно), следует заключить, что у подавляющего большинства больных заболевание протекает в «субклинической» и лёгкой форме и не побуждает обращаться за медицинской помощью. У них классический цикл заболевания: «ремиссия-рецидив-ремиссия» многие годы может быть редуцированным, то есть рецидив в морфологическом понимании язвы не развивается, а спонтанное или спровоцированное обострение ограничивается «предъязвой» (в частности – эрозивным бульбитом или гастритом).

Автору как хирургу в первую очередь хотелось бы обсудить место хирургических технологий при ЯБ в современных условиях. В работах многих отечественных и зарубежных гастроэнтерологов этот вопрос либо игнорируется, либо преподносится как анахронизм. Без сомнения, роль и значимость хирургических методов лечения в разное время и в разных странах существенно отличалась. Она определялась остротой проблемы (популяционной тяжестью ЯБ) и уровнем развития медицинских технологий. Раньше весьма распространённым показанием к хирургическому лечению считалась неэффективность консервативной терапии. Теоретически сегодня можно «заживить» почти любую язву. Между тем, как показали эпидемиологические исследования, в отечественных условиях частота плановых и неотложных операций при ЯБ находятся в обратно пропорциональной зависимости. На рис. 1 представлен график такой зависимости для Беларуси. Особенно это касается перфоративных язв, которые сейчас стали самым частым (не менее 60% всех операций) поводом для хирургического лечения.

Если в 90-е гг. резкий рост частоты прободных язв в Беларуси и других странах СНГ объяснялся в первую очередь негативными социально-экономическими переменами, то сохраняемая на повышенном уровне

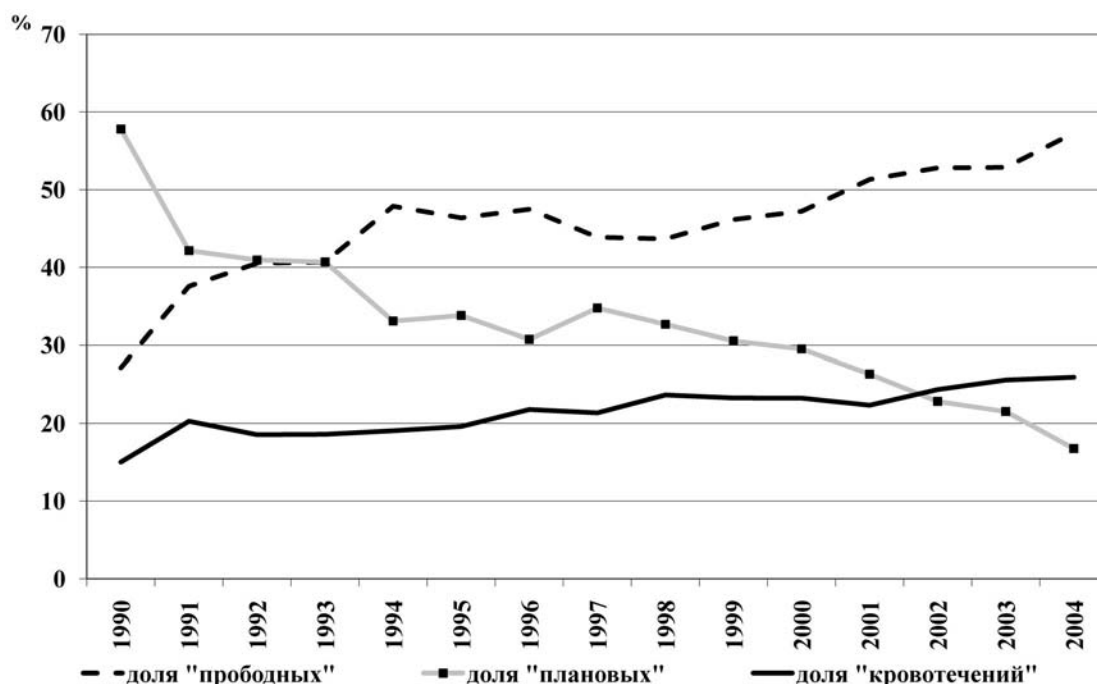


Рис. 1. Удельный вес неотложных и плановых операций в структуре «противоязвенной» хирургии Беларуси.

не их частота в первой половине текущего десятилетия (на фоне очевидного роста благосостояния населения и социальной стабилизации) в большей мере зависела от чрезмерного сокращения плановой хирургической активности при ЯБ. Яркой демонстрацией влияния плановой хирургии в условиях социального стресса на тяжесть ЯБ в масштабе страны явились последствия экономического «дефолта» 1998 г. в России. В стабильном 1969 г., когда достаточно широко применялась плановая хирургия, на весь Советский Союз было зарегистрировано около 29 тыс. перфоративных язв (или 12 случаев на 100 тыс. населения). В 1999 г. после «дефолта», при сниженной плановой хирургической активности, только в России произошло 45 тыс. язвенных прободений (или более 30 случаев на 100 тыс. населения, а в отдельных регионах РФ показатель превысил 40 случаев)! Нет необходимости комментировать динамику общей летальности. И всё это происходило при возросших за 30 лет возможностях консервативной терапии. Таким образом,

безусловное стремление минимизировать плановую хирургию ЯБ при определённых обстоятельствах оборачивается ростом (или поддерживает повышенный уровень) хирургии неотложной. Последствия этого очевидны: согласно хрестоматийной эмпирической формуле среди экстренно оперируемых при ЯБ больных, не удаётся спасти, как минимум, каждого десятого.

Не вызывает сомнения, что тактика лечения конкретного больного зависит от тяжести течения ЯБ. Тяжесть течения заболевания и риск развития осложнений во многом определяются особенностями образа и стиля жизни пациента (подверженность бытовым и профессиональным стрессам, низкая медицинская активность, курение, злоупотребление алкоголем и др.). Понятие тяжести заболевания для ЯБ желудка (ЯБЖ) и ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) не однозначны. В первом случае оно в большей мере морфологическое, во втором – клиническое. При неэффективности консервативного лечения ЯБЖ в течение 6–8 недель, невозможнос-

ти исключить малигнизацию выставляются показания к операции – резекции желудка. При ЯБДК тяжесть определяется частотой обострений и (или) наличием осложнений. При лёгком варианте хирургия не нужна, при тяжёлом, если консервативными мерами заболевание не удаётся держать под контролем, превентивная органосохраняющая операция (в том числе в период ремиссии) – один из оптимальных методов лечения (превентивная хирургия ЯБЖ – абсурд). Выбор оптимальной лечебной тактики должен формироваться на компромиссной основе и быть ориентирован на многолетнюю перспективу. Тактическое решение лечащему врачу следует принимать совместно с хирургом, имеющим личный опыт и органосохраняющей, и резекционной хирургии ЯБ (формальная консультация у хирурга желаемого результата не даст!). При острых осложнениях (перфорациях и кровотечениях) неотложная операция – самый вероятный, но далёкий от оптимального способ решения проблемы. Такая тактическая «вариантность» при любой степени развития медицинских технологий ни у кого не вызывает сомнения. Однако на уровне популяции больных ЯБ большинство гастроэнтерологов предлагают универсальную консервативную стратегию, не зависимо от остроты проблемы в конкретных условиях. Между тем, антихеликобактерная терапия, пропагандируемая в качестве лечения выбора, по эффективности предупреждения рецидивов в отдалённые сроки существенно уступает органосохраняющей хирургии. Кроме того, многолетние проспективные исследования не выявили преимуществ антихеликобактерной терапии ЯБ по сравнению с антисекреторной по отношению к частоте рецидивов и риску осложнений [4, 5].

Следует признать, что навязываемая рядом западных учёных монополия Нр на роль главного «ульцерогена» оказалась не-

состоятельной. На новом уровне наших знаний мы должны вернуться к понятию ЯБ как общего, генетически обусловленного психосоматического заболевания, тяжесть течения которого зависит от взаимодействия многих эндогенных и экзогенных факторов. ЯБ отвечает утяжелением течения на стрессы не только на индивидуальном уровне, но и в масштабе популяции. Причём реакции разных групп пациентов на массовые стрессовые воздействия различаются. Так, Чернобыльская катастрофа в белорусской популяции больных вызвала относительно недолгий (около 3 лет) и не выраженный (до 30%) рост язвенных кровотечений, совсем не отразилась на частоте перфоративных язв, но привела к многократному повышению частоты плановых операций («Чернобыльский пик») во всех регионах БССР не зависимо от радиационного загрязнения [6]. В первую очередь на аварию отреагировали люди, для которых она стала значимым психологическим стрессом. Это были лица с высоким образовательным статусом, служащие, квалифицированные рабочие, женщины. Распад СССР, сопровождавшийся резким снижением материального уровня жизни населения, привёл к беспрецедентному росту частоты прободных язв, а вследствие уменьшения обращаемости за медицинской помощью – к сокращению плановой хирургии. Таким образом, если в экономически развитых странах снижение хирургической активности при ЯБ шло эволюционным путем за счет повышения эффективности консервативного лечения, у нас сокращение плановой хирургии (по «Западному образцу») происходило в условиях системного кризиса 90-х гг. на фоне роста частоты неотложных вмешательств. Причём массовых положительных перемен от внедрения прогрессивных консервативных технологий, как в экономически развитых странах, не последовало [6, 7].

Ни один из существующих (по-видимому, и перспективных) методов консервативного или хирургического лечения ЯБ (кроме гастрэктомии) не может гарантировать окончательного излечения больного. Склонность к обострениям или рецидивам пожизненна. Также не следует забывать, что с ростом эффективности медицинского вмешательства растёт выраженность побочных последствий. Достаточным успехом лечения можно считать достижение длительной многолетней ремиссии. При тяжёлом варианте ЯБДК – это стабильный перевод её в лёгкую форму. При ЯБЖ – стойкое заживление или устранение язвенного дефекта. Чем выше тяжесть ЯБ, тем более интенсивные и квалифицированные лечебные меры, в том числе хирургические, необходимо применять. При лёгком течении, естественно, хирургия не нужна, но вряд ли целесообразна и эрадикационная терапия (при «субклиническом» варианте ЯБ значимость любой терапии минимальна).

Таким образом, для сокращения летальности и инвалидности в популяции больных ЯБ (что достижимо только минимизацией неотложных ситуаций) помимо консервативной терапии, требуется оптимальное применение плановой хирургии. «Объективизация» этого положения для определённого региона или страны в конкретный период времени должна основываться на популяционной тяжести ЯБ. Данный термин отражает долю пациентов с тяжёлым и осложнённым течением ЯБ в популяции больных. Количественная оценка его составляющих затруднена из-за сложности их учёта, неоднозначности определения тяжёлого варианта болезни, зависимости величины первичной заболеваемости и распространенности ЯБ от обращаемости больных и т.д. Косвенно о тяжести ЯБ в регионе можно судить по частоте неотложных операций при язвенных кровотечениях и прободениях на 100 тыс. на-

селения. Однако хирургическая активность при кровотечениях широко варьирует, поэтому наиболее наглядным и объективным критерием популяционной тяжести ЯБ может служить частота перфоративных язв на 100 тыс. населения в год. Этот показатель подлежит строгому учёту, не зависит от тактических установок и медицинской «конъюнктуры» (как послеоперационная летальность). Обращаемость при прободениях близка 100%. Большинство больных (80–90%) до перфорации страдают тяжёлой формой ЯБ.

Располагая сведениями по частоте перфоративных язв у населения Беларуси, стран СНГ, многих экономически развитых государств, мы предложили следующую градацию показателя: до 10 случаев прободений на 100 тыс. населения в год – популяционная тяжесть ЯБ низкая, 10–20 случаев – средняя, 20–30 – высокая и более 30 – очень высокая. В экономически развитых странах сегодня отмечается низкая популяционная тяжесть ЯБ, в большинстве стран «третьего мира» и СНГ – средняя, высокая, а в отдельных регионах – очень высокая [1, 2, 7, 8].

Величина популяционной тяжести ЯБ определяется взаимодействием многих факторов. Во-первых, к ним следует отнести генетические и демографические особенности населения. Так, у представителей этнических групп, живущих в естественных условиях (Северные народы России, американские индейцы, аборигены Австралии, Центральной Африки), ЯБ встречается весьма редко [3, 9, 10]. Большое значение имеет распространённость курения, алкогольной и наркотической зависимости, ряда сопутствующих заболеваний [11, 12, 13]. Известно, что частота и тяжесть ЯБ существенно различается у женщин и мужчин, сельских и городских жителей, лиц разного возраста, профессиональной и социальной принадлежности [3,

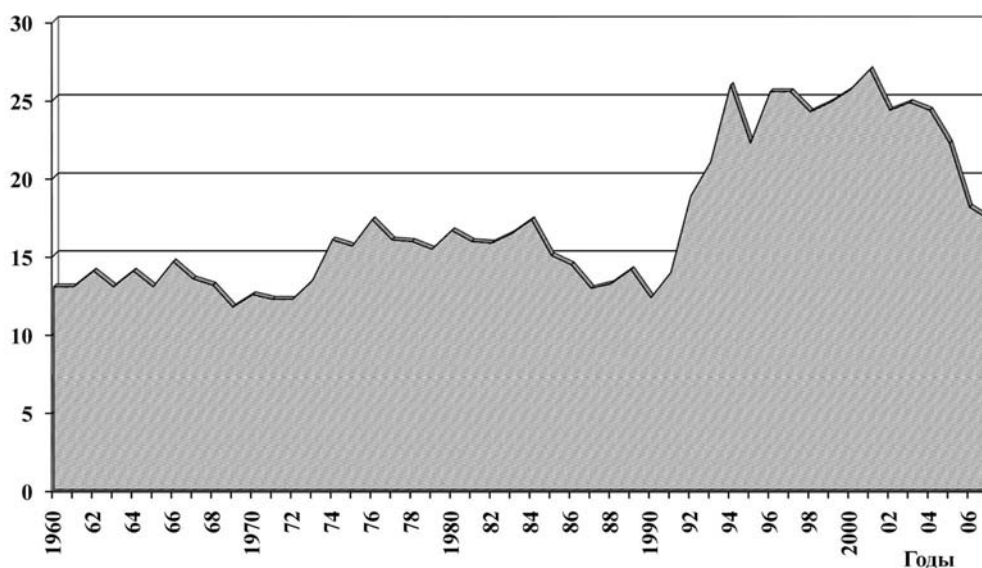


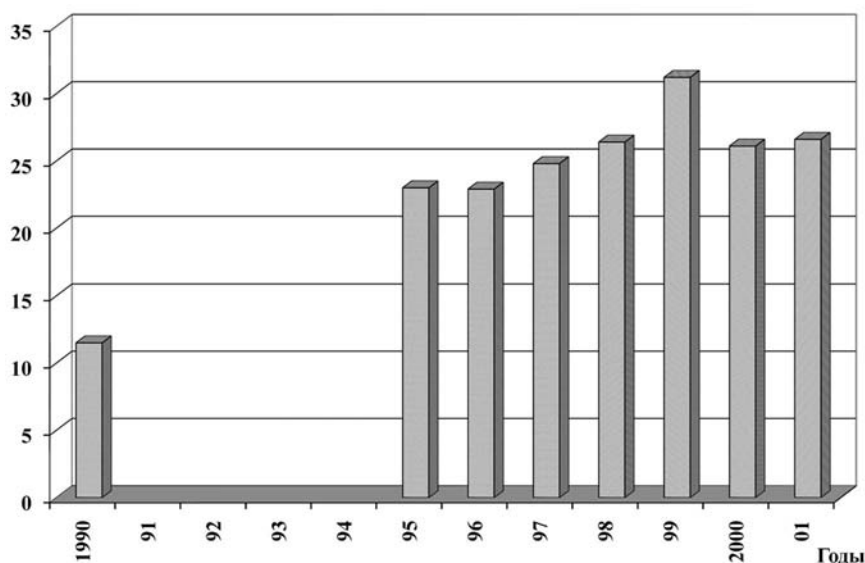
Рис. 2. Частота перфоративных язв у населения Беларуси (случаев на 100 тыс. населения в год).

9, 14]. Демографические показатели могут оказывать большее влияние на популяционную тяжесть ЯБ, чем качество оказания медицинской помощи. В 1950 г. в Белоруссии частота прободных язв была 6,3 случая на 100 тыс. населения. Столь малый показатель за последующие годы не был зафиксирован ни разу! Этот феномен можно объяснить послевоенным дефицитом мужчин молодого и среднего возраста – основных «источников» язвенных прободе-

ний. Влияние урбанизации на тяжесть ЯБ в популяции можно проследить на примере Украины. Так, в промышленной Запорожской области в 2001 г. частота перфоративных язв была 39,2 случая, в то же время в аграрном Западном регионе – вдвое меньше: 18,8 случаев на 100 тыс. населения [7].

Как мы отмечали, популяционная тяжесть ЯБ зависит от уровня социального стресса: экономические кризисы, военные

Рис. 3. Частота перфоративных язв у населения России (случаев на 100 тыс. населения в год – данные за 1991-1994 гг. отсутствуют).



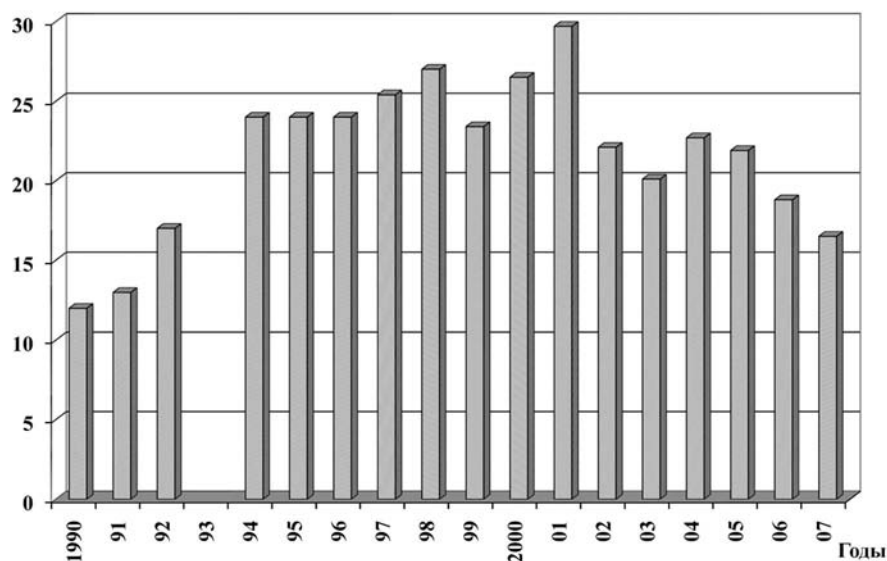
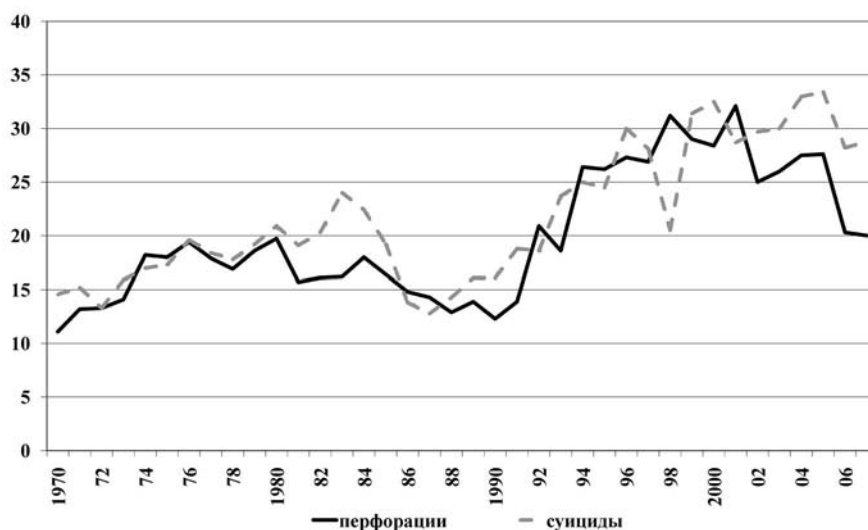


Рис. 4. Частота перфоративных язв у населения Украины (случаев на 100 тыс. населения в год – данные за 1993 г. отсутствуют).

конфликты, техногенные и экологические катастрофы приводят к ее росту. Это неизбежно влечёт за собой рост потребности в хирургическом лечении. Распад СССР и системный кризис 90-х гг. привел к резкому повышению частоты осложнённых форм ЯБ. В большинстве «постсоветских» стран частота перфоративных язв выросла вдвое, достигнув 25–30 случаев на 100 тыс. населения (рис. 2–4). В Белоруссии в течение

60–80-х гг. популяционная тяжесть ЯБ была средней величины и оставалась относительно стабильной. Внедрение эффективных противоязвенных схем лечения в 80–90-е гг. в отличие от экономически развитых стран никак не отразилось на данном показателе. Напротив, социальный стресс 90-х гг. привёл к его беспрецедентному росту. Индикатором социальной напряжённости может служить острота суи-

Рис. 5. Частота перфоративных язв и суицидов у жителей Гомельской области (случаев на 100 тыс. населения в год).



цидной ситуации [12, 15]. Нами изучены соответствующие данные по Гомельской области. При корреляционном анализе частоты суицидов и перфоративных язв выявлена их сильная прямая взаимосвязь ($r=0,66$), наглядно демонстрируемая на рис. 5.

Популяционная тяжесть ЯБ также зависит от хронобиологических особенностей временного периода. Отечественными авторами ещё в 80-е гг. XX века установлено, что периоды колебаний солнечной активности (СА) и заболеваемости ЯБ примерно одинаковы, но имеют противоположные фазы, то есть при росте СА отмечается снижение заболеваемости и наоборот [14, 16]. Нами подтверждена данная зависимость в Беларуси за 1985–2006 гг. [17]. Так как первичная заболеваемость ЯБ по обращаемости определяется частотой обострений, то логично предположить, что и частота осложнений в популяции также может зависеть от циклов СА. Длительность цикла составляет в среднем 11 лет. В 2006 г. произошла очередная смена фазы СА, начался её рост и соответственно – спад тяжести ЯБ. В Беларуси достоверное снижение частоты перфоративных язв (с 22,2 до 18,1) отмечено только после 2006 г. Ни медицинскими, ни экономическими переменными объяснить этот феномен невозможно. Мы располагаем данными по ряду регионов России: Брянской, Псковской, Смоленской областям, Удмуртии, а также – Черниговской области Украины. Везде в указанных регионах после 2006 г. произошло снижение популяционной тяжести ЯБ. Связать отмеченные перемены с реальным улучшением качества лечения ЯБ, на чём настаивают терапевты, весьма сложно. В таком случае напрашивается вполне уместный вопрос, а где же была успешная терапия этих больных в 2005 и предыдущих годах? Также не представляется возможным объяснить эту динамику вли-

янием социально-экономических факторов. При бесспорных достижениях в повышении уровня жизни населения Беларуси и России «революционных прорывов» именно в 2006 г. не было. У наших южных соседей в Черниговской области Украины частота прободных язв снизилась с 20,3 случаев в 2005 г. до 16,4 – в 2007 г. Говорить про позитивные экономические или медицинские перемены на Украине пока не приходится. Без сомнения хронобиологическая зависимость проявлений ЯБ не ограничена СА. Роль иных космических и геофизических циклов нуждается в дальнейшем изучении.

Наконец, популяционная тяжесть ЯБ зависит от уровня развития и реализуемости медицинских технологий. Высокая распространённость среди врачей общего профиля ошибок в назначении препаратов и схем противоязвенной терапии, а также недостаточная «комплаентность» существенной части наших пациентов негативно сказываются на результатах лечения [9, 18]. Дополнительным «узким местом» становится возрастающая резистентность *Нр* к компонентам эрадикационных схем. Так, в странах Восточной Европы назначать схемы, содержащие метронидазол, уже не имеет смысла. Без сомнения в отечественных условиях решение проблемы ЯБ не в последнюю очередь определяется уровнем плановой хирургической помощи. В СССР в конце 60-х гг. средняя частота перфоративных язв составляла 12–14 случаев. Уровень применяемой тогда консервативной терапии не требует комментариев, но плановая хирургия ЯБ использовалась намного чаще. Следовательно, чем выше популяционная тяжесть ЯБ, тем чаще следует применять плановую хирургию. В противном случае будет поддерживаться повышенный уровень хирургии неотложной со всеми вытекающими последствиями. Среди оперируемых отечественных больных домини-

руют пациенты с ЯБДК (более 80% прободных язв, около 70% язвенных кровотечения и не менее 75% плановых вмешательств), поэтому в качестве операции выбора нужно рассматривать селективную проксимальную ваготомию (СПВ). Сорокалетний опыт применения этой операции в мировой практике показал высокую её эффективность (частота рецидивов в течение 10 лет после СПВ не превышает 20%, тогда как аналогичный или больший уровень рецидивов после антихеликобактерной терапии отмечается в течение 1 года!), низкий непосредственный риск (летальность после плановых СПВ близка «0»), редкость и не выраженность побочных расстройств при высоком качестве жизни. Между тем, слабой стороной СПВ является чёткая зависимость её ближайших и отдалённых результатов от опыта клиники и личного опыта оператора. Помня о не вполне удачном внедрении СПВ в СССР в 70–80-е гг., следует разрешать хирургам выполнять это деликатное и специфическое вмешательство после обучения в лицензированных клиниках, имеющих положительный опыт органосохраняющих операций. Такие клиники есть в каждом из областных центров Беларуси. Основную ставку в «ренессансе» СПВ следует делать на молодых, лишённых предубеждения против этой операции, хирургов.

В конкретных условиях значимость влияния разных факторов на популяционную тяжесть ЯБ существенно отличается. Выше мы уже указывали на роль демографических характеристик населения послевоенной Белоруссии. В кризисные 90-е годы определяющим фактором стал уровень социального стресса. Для Западных стран в 80–90-е гг. наиболее значимой явилась медицинская составляющая. Снижение частоты перфоративных язв в Беларуси, в отдельных регионах России и Украины именно после 2006 г. мы можем объяс-

нить в первую очередь хронобиологической зависимостью заболевания.

В конечном счете, изменения популяционной тяжести ЯБ – результат суммарного взаимодействия многих факторов. Наблюдаемую в последние несколько лет позитивную динамику не следует толковать однозначно. Без сомнения свою роль сыграли положительные социально-экономические перемены, адаптация населения к новым реалиям «постсоветского» общества, «истощение хирургического ресурса» в популяции больных (вследствие беспрецедентно высокой хирургической активности в 90-е гг.), хронобиологические изменения заболевания, повышение качества консервативной терапии. Как расставить эти, а возможно и другие факторы по приоритетности? Вопрос не самый принципиальный. Важнее понимать, что на одни факторы мы вольны влиять, на другие – нет. Формировать лечебную стратегию необходимо не на уровне нереализуемых благих пожеланий или навязываемых извне доктрин, а по конкретным эпидемиологическим показателям. Для этой цели как нельзя подходит критерий популяционной тяжести ЯБ. Считаем целесообразным для стран СНГ сформировать региональные реестры показателя и эти данные включить в отчётные показатели гастроэнтерологов. Прикладное значение таких реестров нам видится в повышении заинтересованности во взаимодействии терапевтической и хирургической служб, объективизации оценки эффективности совместных лечебных мероприятий, в определении объема плановой хирургической помощи больным ЯБ. Касаясь последнего тезиса, мы полагаем, что частота плановых операций у больных ЯБ в регионе должна быть не ниже частоты перфоративных язв.

По нашему мнению, проблема ЯБ без хирургии не решаема в принципе. Даже в США сокращение суммарной частоты опе-

раций при ЯБ по сравнению с 70–80-ми гг. XX века не превысило двукратного (около 50 тыс. операций в год тогда против 40 тыс. в настоящее время, учитывая рост населения этой страны). Не стоит забывать, что сегодня по уровню популяционной тяжести ЯБ мы не только уступаем экономически развитым странам, но ещё не достигли «советских» показателей 60–80 гг., когда возможности консервативной терапии были намного скромнее. Минимизация популяционной тяжести ЯБ и, следовательно, летальности и инвалидности возможна только путём оптимального сочетания консервативного и планового хирургического лечения этих больных.

Таким образом, лечебная стратегия при ЯБ в современных условиях должна формироваться на компромиссной и вариантной основе (различные методы консервативной терапии, плановая хирургия). Результирующая цель такой стратегии – снижение популяционной тяжести заболевания и минимизация потребности в неотложной хирургии. Индивидуальная лечебная тактика при ЯБ также не должна замыкаться на «универсальной» антихеликобактерной терапии, а подразумевать разные варианты консервативного лечения, а при не контролируемом (по объективным или субъективным причинам) тяжёлом течении заболевания целесообразно ставить вопрос о превентивной плановой операции, которая должна выполняться в специализированной клинике. Главная цель оптимальной лечебной тактики – минимизация рисков осложнений, требующих неотложных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jamieson, G. G. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease / G. G. Jamieson // *Wld. J. Surg.* – 2000. – Vol. 24, N 3. – P. 256-258.
2. Martin, R. F. Surgical management of ulcer disease / R. F. Martin // *Surg. Clin. N. Am.* – 2005. – Vol. 85. – P. 907-929.
3. Soll, A. H. Peptic ulcer and its complications / A. H. Soll // *Gastrointestinal and liver disease.* – Philadelphia-London-Toronto-Monreal-Sydney-Tokyo: Slesinger and Fordtran's, 1998. – Vol. 1. – P. 620-678.
4. Бураков, И. И. Результаты долгосрочного наблюдения за больными язвенной болезнью, ассоциированной НР, после эрадикации микроорганизма // *Экспер. клин. гастроэнтерол.* – 2002. – № 3. – С. 45-48.
5. Greenberg, P. D. Clinical unity and cost effectiveness of *Helicobacter pylori* testing for patients with duodenal and gastric ulcers / P. D. Greenberg, J. Koch, J. P. Cello // *Am. J. Gastroenterol.* – 1996. – Vol. 91, N 2. – P. 228-232.
6. Лобанков, В. М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* – 2007. – № 1. – С. 50-55.
7. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996-2001 гг.) / А. А. Шалимов [и др.] // *Материалы XX съезда хирургов Украины.* – Киев, 2002. – 67 с.
8. Svanes, C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis / C. Svanes // *Wld. J. Surg.* – 2000. – Vol. 24. – P. 277-283.
9. Пиманов, С. И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С. И. Пиманов. – М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. – 378 с.
10. Цуканов, В. В. Ассоциация распространенности диспепсии и распространенности язвенной болезни у населения Хакасии / В. В. Цуканов, О. В. Штыгашева // *Гастроэнтерология.* – 2005. – № 1-2. – С. 153-154.
11. Популяция больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки гетерогенна по интегральному показателю качества жизни / А. А. Новик [и др.] // *Гастроэнтерология.* – 2004. – № 2-3. – С. 103.
12. Черносвитов, Е. В. Социальная медицина / Е. В. Черносвитов. – М.: Академ. Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 624 с.
13. Sipponen, P. Peptic ulcer disease / *Gastrointestinal and oesophageal pathology* / P. Sipponen; ed. R. Whitehead. – 2-nd ed. – London: Churchill Livingstone, 1995. – P. 512-523.
14. Шапошников, А. В. Ваготомия в лечении пилородуоденальных язв / А. В. Шапошников, А. И. Неделько, Л. А. Пантелеева. – Ростов-н/Д., 1989. – 189 с.
15. Анохин, Л. В. Общие закономерности развития суицидной ситуации в стране / Л. В. Анохин, И. Б. Бойко // *Здравоохр. РФ.* – 2000. – № 3. – С. 20-22.
16. Комаров, Ф. И. Хронобиология и хрономедицина / Ф. И. Комаров, С. И. Рапопорт. – Триада-Х, 2000. – 488 с.

17. Лобанков, В. М. Влияние солнечной активности на популяционную тяжесть язвенной болезни / В. М. Лобанков, М. Н. Камбалов // Пробл. здор. экол. – 2008. – № 2. – С. 142-146.

18. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармако-эпидемиологического исследования / Л. С. Страчунский [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2005. – № 6. – С. 16-21.

Адрес для корреспонденции

246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, д. 5а,
Гомельский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №1,
e-mail: lobankov1959@mail.ru
Лобанков В.М.

Поступила 23.12.2008 г.