

На правах рукописи

СМИРНОВ
Алексей Анатольевич

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПУТИ
УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ В БОЛЬНИЦАХ, РАСПОЛОЖЕННЫХ
ВНЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ РЕГИОНОВ**

14.00.27 - хирургия

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2007

Работа выполнена на кафедре хирургии им. Н.Д. Монастырского Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Н а у ч н ы е р у к о в о д и т е л и :

доктор медицинских наук профессор
доктор медицинских наук профессор

Мовчан Константин Николаевич
Борисов Александр Евгеньевич

О ф и ц и а л ь н ы е о п п о н е н т ы :

член-корреспондент РАМН
доктор медицинских наук профессор
доктор медицинских наук профессор

Симбирцев Семен Александрович
Парфенов Валерий Дмитриевич

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М.Кирова»

Защита диссертации состоится «__» _____ 2008 года в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.089.02 при Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 191015, Санкт–Петербург, Кирочная ул., д.41

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ГОУ ДПО «Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 195196, Санкт-Петербург, Заневский пр., д.1/82

Автореферат разослан " __ " _____ 2007 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук доцент

Г.Н.Горбунов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В структуре болезней органов пищеварения удельный вес случаев язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет не менее 6,33% (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2004). Широкое использование достижений современной гастроэнтерологии в медицинской практике позволило улучшить результаты лечения больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта и в некоторой степени предупреждать их осложнения (Шептулин А.А., 2003; Arkkila P.E. et al., 2005). Вместе с тем, в Российской Федерации на учете находятся около 3 млн. больных язвенной болезнью (Григорьев П.Я. и соавт., 1998; Страчунский Л.С. и соавт., 2005), из которых каждый десятый пациент оперирован по причине этого заболевания (Григорьев П.Я. и соавт., 1996; Крылов Н.Н., Кузин М.И., 2000; Асадов С.А., 2002; Осипов В.В. и соавт., 2004; Бакулев Н.В., Наседкин К.Г., 2004; Савельев В.С. и соавт., 2007).

В разное время у одного и того же больного язва ДПК может быть неосложненной и осложненной, протекающей с типичными клиническими проявлениями заболевания и атипично (Минушкин О.Н., 1996; Стойко Ю.М. и соавт., 2002; Вербицкий В.Г. и соавт., 2004; Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., 2005; Imhof M. et al., 1995; Dursun M. et al., 2005). В связи с этим лечение больных ЯДПК осуществляется как терапевтическими, так и хирургическими методами.

В случаях осложнения ЯДПК кровотечением лечебная тактика также неоднозначна. Если суждения хирургов многопрофильных ЛПУ крупных региональных центров и столичных мегаполисов о хирургическом лечении больных кровоточащей ЯДПК в настоящее время можно считать устоявшимися (Гостищев В.К. и соавт., 2005; Касумьян С.А. и соавт., 2005; Савельев В.С. и соавт., 2007), то в общехирургических подразделениях больниц провинциальных городов и населенных пунктов сельской местности пока еще не выработаны единые принципы оказания помощи таким пациентам (Красильников Д.М. и соавт., 2005; Морозов Ю.М., 2006). В небольших муниципальных больницах лечение пациентов с ЯДПК нередко проводится без использования новых технологий. Кроме того, взгляды специалистов муниципальных учреждений здравоохранения провинции на технологии лечения больных ЯДПК отличаются определенным консерватизмом.

С учетом широкой распространенности ЯДПК и отрицательного ее влияния на качество жизни больных, очевидна необходимость дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи больным данной патологией (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2004; Морозов Ю.М., 2006). Особенности использования современных методов обследования и лечения больных ЯДПК, осложненной кровотечением, неоднократно обсуждались на международных, федеральных и региональных научных форумах. Вместе с тем, ответы на вопросы, связанные с технологическими и организационными аспектами совершен-

ствования оказания медицинской помощи больным кровоточащей ЯДПК в лечебных учреждениях муниципального уровня, пока еще не находят достаточно-го отражения ни в методической литературе, ни в публикациях научного плана.

Цель исследования: на основании совершенствования хирургических технологий и организации оказания медицинской помощи улучшить результаты хирургического лечения в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинической картины язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, у населения, проживающего в провинции.
2. Оценить результаты лечения в хирургических подразделениях больниц малых городов и населенных пунктов сельской местности пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.
3. Идентифицировать основные причины негативных результатов лечения больных кровоточащей дуоденальной язвой в хирургических подразделениях муниципальных учреждений здравоохранения, расположенных вне региональных административных центров.
4. Определить технологические пути улучшения результатов лечения в лечебно-профилактических учреждениях провинции пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.
5. Проанализировать значение совершенствования организации лечебно-диагностического процесса в повышении эффективности оказания медицинской помощи больным кровоточащей дуоденальной язвой в больницах малых городов и сельских поселений.

Научная новизна. Особенности оказания медицинской при кровоточащей ЯДПК у жителей малых городов и населенных пунктов сельской местности проанализированы с учетом возможностей обследования этих пациентов в ЛПУ разного лицензионного ранга. Показано, что на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи населению провинциальных муниципальных образований пока еще нет должного уровня диспансерной работы в отношении больных ЯБДПК. Констатирована редкость верификации ЯБ у жителей малых городов и сельских поселений до их обращения за медицинской помощью, связанного с осложнением заболевания кровотечением.

Результаты хирургического лечения в МУЗ, расположенных вне региональных административных центров, пациентов с ЯДПК, осложненной кровотечением, оценены с учетом вариантов методологических подходов к оказанию медицинской помощи населению, проживающему в отдалении от ЛПУ. Условия достижения положительных результатов лечения больных кровоточащей ЯДПК в МУЗ впервые сформулированы с учетом обстоятельств, отрицательно влияющих на эффективность лечения пациентов, проживающих вне региональ-

ных административных центров и мегаполисов. Ошибки диагностики и лечебной тактики при оказании медицинской помощи жителям провинции при осложнении ЯДПК кровотечением изучены с учетом выявленных причин неудовлетворительных результатов их хирургического лечения в МУЗ. Вопросы тактики при хирургическом лечении больных кровоточащей ЯДПК в лечебных учреждениях провинциальных муниципальных образований проанализированы с позиций возможности использования в МУЗ современных технологий достижения гемостаза неоперативными методами.

Доказано, что хирургическая помощь в МУЗ при язвенном кровотечении не должна сводиться к стандартному выполнению простейших технологий с ограниченным набором методик оперативного лечения без индивидуального подхода и без выбора наиболее приемлемого способа хирургического вмешательства в каждом конкретном случае. На основании изучения 10-летних результатов хирургического лечения больных кровоточащей дуоденальной язвой в специализированной хирургической академической клинике с позиций доказательной медицины сформированы принципы применения современных хирургических технологий при лечении таких пациентов в условиях провинциальных МУЗ.

Впервые, с учетом сравнения результатов хирургического лечения в МУЗ малых городов и в специализированной академической хирургической клинике пациентов с ЯБДПК, осложненной кровотечением, показано, что улучшить результаты хирургического лечения в провинциальных больницах можно не только за счет совершенствования технологий, но и организационной составляющей лечебно-диагностического процесса. Особенности организации медицинской помощи больным кровоточащей ЯДПК в МУЗ, расположенных вне мегаполисов и регионарных административных центров, проанализированы с учетом данных о качестве диспансерного процесса и результатах как консервативного, так и хирургического лечения больных этой категории.

Практическая значимость работы.

В результате проведенного исследования сформулированы методические рекомендации по оказанию медицинской помощи при ЯДПК, осложненной кровотечением, населению, проживающему вне регионарных административных центров. Эти рекомендации, основанные на результатах анализа данных об ошибках диагностики и тактики оказания медицинской помощи жителям малых городов и сельских поселений при кровотечении из ЯДПК, позволят врачам МУЗ более качественно, своевременно и обоснованно осуществлять медицинскую помощь пациентам с осложненным течением ЯДПК

Обоснована необходимость совершенствования диспансерного наблюдения за больными ЯБ, т.к. доказано, что при несомненных успехах противоязвенного лечения на догоспитальном этапе и охвате диспансерным наблюдением больных ЯБ не менее, чем в 85 %, удельный вес контингента больных, госпитализированных по поводу кровоточащей ЯДПК, неуклонно растет, достигая в последние годы в структуре госпитализации больных дуоденальной язвой 60%.

Оценка результатов лечения больных кровоточащей ЯДПК в хирургических подразделениях провинциальных ЛПУ с учетом качества оказания им медицинской помощи на догоспитальном этапе показала необходимость совершенствования лечебно-диагностического процесса не только в хирургическом стационаре, но и на вне стационарных этапах оказания медицинской помощи населению. На фоне госпитализации пациентов в хирургический стационар спустя 24 часа от начала клинических проявлений язвенного кровотечения (что отмечается в 44,2 % наблюдений) показатели летальности увеличиваются с 9,6 % (при доставке пациентов в стационар в сроки до 24 часов) до 22,8 %. Показано, что при госпитализации жителей провинциальных муниципальных образований при язвенном кровотечении дежурные хирургические бригады МУЗ должны быть готовы оказать помощь пациентам, большинство из которых находится в состоянии средней и тяжелой степени тяжести.

Доказано, что наиболее часто (83 %) летальными исходами в провинциальных больницах сопровождаются резекционные методы хирургического лечения больных кровоточащей ЯДПК. Реже всего случаи летальности наблюдаются при органосохраняющих операциях, сопровождающихся воздействием на патогенетические механизмы язвообразования.

Целенаправленно оценены роль и место эндоскопических технологий в улучшении результатов лечения больных кровоточащей ЯДПК, проживающих в провинции. Изучена целесообразность использования технологий эндоскопического гемостаза, которые могут быть доступны для использования в провинциальных ЛПУ. Проанализированы возможности терапии язвенной болезни, осложненной кровотечением, во время проведения хирургического вмешательства с учетом от устойчивости гемостаза. Доказана необходимость продолженного консервативного лечения больных, перенесших хирургическое вмешательство по поводу кровотечения из язвенного дефекта, в стационарзамещающих режимах.

Предложены организационные пути улучшения диспансерного наблюдения за больными, перенесшими кровотечение из ЯДПК. Доказано положительное влияние на улучшение результатов лечения больных кровоточащей ЯДПК реструктуризации системы оказания медицинской помощи на муниципальной территории при концентрации сил и средств хирургической службы в ЦРБ. Обоснована необходимость стандартизации лечения больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки в МУЗ провинции.

Положения, выносимые на защиту.

1. Акценты обследования жителей малых городов и сельской местности при ЯДПК, осложненной кровотечением, отличаются от таковых при оказании медицинской помощи к населению столичных мегаполисов и административных центров регионов. Во время оценки состояния больных кровоточащей ЯДПК, госпитализированных в провинциальные МУЗ, особое внимание целесообразно обращать на выраженную степень его тяжести при массивной кровопотери на фоне первичной манифестации ЯБ кровотечением. Это обусловлено

поздней верификацией ЯБ при малоэффективной диспансеризации населения сельских поселений, несвоевременным обращением его за медицинской помощью, большим плечом эвакуации сельских жителей в ближайшие ЛПУ, низкой квалификацией медицинского персонала первого контакта, как правило не проводящего каких-либо лечебных мероприятий в пути следования больных кровоточащей ЯДПК в стационар.

2. Удельный вес группы больных ЯДПК, осложненной кровотечением, в структуре контингента пациентов, госпитализируемых в провинциальные муниципальные учреждения здравоохранения по поводу ЯБДПК, составляет 15,4 %. Хирургическое лечение в МУЗ провинции пациентов с кровоточащей ЯДПК осуществляется в 1/3 наблюдений с необоснованно частым (83 %) выполнением самого травматичного метода хирургического лечения больных кровоточащей язвой - резекции желудка. Случаи проведения операций, не влияющих на патогенетические механизмы язвообразования (прошивание кровоточащей язвы и др.), в хирургических подразделениях провинциальных МУЗ составляют 10,3 %. Органосохраняющие оперативные вмешательства с воздействием на патогенетические механизмы течения заболевания у больных ЯДПК, осложненной кровотечением, в МУЗ выполняется очень редко.

3. Частота ошибок диагностики кровотечения из ЯДПК у населения, проживающего вне административных центров регионов, пропорциональна квалификации врачей, участвующих в оказании медицинской помощи этой категории больных. Реже всего ошибки в диагностике кровотечения происходят в хирургических подразделениях стационаров. При проведении эндоскопических исследований в провинциальных МУЗ с целью верификации кровотечения из ЯДПК в абсолютном большинстве (95 %) случаев попытки эндоскопической остановки геморрагии не предпринимаются, а эндоскопия используется лишь в диагностических целях. Терапевтические технологии предупреждения рецидива кровотечения из ЯДПК в провинциальных больницах при проведении оперативных вмешательств не используются.

4. Улучшить результаты хирургического лечения больных кровоточащей ЯДПК можно при создании условий своевременной госпитализацией жителей сельской местности в хирургический стационар, дифференцированном подходе к хирургическому лечению, максимально используя малотравматичные операции с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования. Широкое использование при обследовании и лечении больных ЯДПК, осложненной кровотечением, методов внутрисветной эндоскопии с остановкой кровотечения и медикаментозной терапии ЯБ несомненно позволяет улучшить результаты лечения таких больных. Об этом свидетельствует снижение показателей послеоперационной летальности и ранних послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных при продолжающемся кровотечении на фоне сопровождения оперативных вмешательств терапевтическими технологиями.

5. Несмотря на высокую (85 %) степень охвата диспансерным наблюдением пациентов ЯБДПК, его эффективность невелика, что подтверждается численностью контингента больных кровоточащей дуоденальной язвой, госпитализируемых в хирургические подразделения МУЗ. Это связано с неэффективной работой поликлинического звена провинциальных ЛПУ, высокой стоимостью медикаментов и, не редко, - безответственным отношением к своему здоровью самих больных, большинство которых начинает проходить обследование и лечение только после факта свершившегося кровотечения или на его фоне. Эффективность мероприятий по предупреждению осложнения ЯДПК кровотечением в МУЗ может быть существенно повышена за счет регламентации лечебно-диагностического процесса, технического переоснащения лечебных учреждений и повышения квалификации специалистов первичного звена медико-санитарной службы.

Личное участие автора в проведении исследования. Автор самостоятельно провёл аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составил программу исследования (личное участие - 100 %); разработал карты обработки медицинской документов со стандартным набором параметров (доля личного участия – 100 %). Диссертант провел сбор и анализ данных о результатах ретро – и проспективных исследований, математический анализ и обработку материалов с использованием статистических программ (доля личного участия - 80 %). Соискатель непосредственно участвовал в обследовании больных, проведении им оперативных вмешательств. В целом вклад автора составил не менее 90 %.

Апробация результатов работы. Основные положения диссертации доложены на: научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной медицины» (Санкт-Петербург, 2002); научно-практической конференции врачей России «Успенские чтения» (Тверь, 2003); Всероссийской конференции хирургов, посвященной 75-летию со дня рождения профессора Б.С. Брискина (Москва, 2003); Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии», посвященной 75-летию профессора С.А.Симбирцева (Санкт-Петербург, 2004); Всероссийской конференции хирургов «Совершенствование специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре», посвященной 80-летнему юбилею профессора В.П.Петрова (Красногорск, 2004); V российском научном форуме «Хирургия 2004» (Москва, 2004); международной научно-практической конференции «Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины» (Красногорск, 2004); конференции хирургов России «Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии», посвященной 100-летию со дня рождения профессора В.С.Семенова (Тверь, 2004); I съезде амбулаторных хирургов Российской Федерации (Санкт-Петербург, 2004); VII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и ле-

чения больных в многопрофильном лечебном учреждении (Санкт-Петербург, 2005); XXXV научно-практической конференции врачей 5 ЦВКГ ВВС (Красногорск, 2005); XXV научно-практической конференции хирургов Республики Карелия (Петрозаводск, 2005); Первом Всероссийском съезде врачей скорой медицинской помощи (Москва, 2005); Всероссийском научном форуме «Хирургия, 2005» (Москва 2005); научно-практической конференции, посвященной 10-летию медицинского центра ФГУП Адмиралтейские верфи (Санкт-Петербург, 2005), Всеармейской международной конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине», посвященной 200-летию государственного учреждения «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь» (Минск, 2005); VIII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном учреждении (Санкт-Петербург, 2007).

Реализация результатов работы. Материалы диссертации используются в учебном процессе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава». Результаты работы внедрены в лечебный процесс МУЗ «Выборгская городская больница» Ленинградской области, МСЧ № 122 Федерального медико-биологического Агентства (г.Санкт-Петербург), ГУЗ «Александровская городская больница» (Санкт-Петербург). По материалам проведенной работы составлены методические рекомендации «Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия при заболеваниях группы острый живот» для врачей общей практики (2006 г.), принятые к обязательному исполнению в работе лечебно-профилактических учреждений Ленинградского региона.

Структура и объём работы. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа изложена на 266 страницах машинописного текста, содержит 78 таблиц и 26 рисунков. Список литературы включает 421 источник (325 отечественных и 96 иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Анализ данных проводился в нескольких группах больных ЯДПК: пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением и проходивших лечение в хирургических подразделениях МУЗ Ленинградской и Орловской областей по поводу кровотечения из ЯДПК; больных, проходивших лечение по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки в Ленинградской и Орловской областных клинических больницах; больных ЯДПК, осложненной кровотечением,

которым лечение осуществлялось в специализированной клинике (факультетской, абдоминальной) хирургии ВМедА им. С.М.Кирова (табл. 1).

Таблица 1.

Основные группы клинических наблюдений

Группы клинических наблюдений	Число наблюдений
1. Больные ЯДПК, осложненной кровотечением, проходившие хирургическое лечение в ЛПУ Ленинградской области в 1999-2006 гг.	938
2. Больные ЯДПК, осложненной кровотечением, лечившиеся в клинике факультетской (абдоминальной) хирургии ВМедА им. С.М.Кирова в 1964-1987 гг.	299
3. Больные, проходившие лечение в Орловской ЛПУ в 2001-2005 гг. по поводу ЯДПК, осложненной кровотечением	83
4. Больные осложненной ЯДПК, находившиеся под диспансерным наблюдением в ЛПУ Ленинградской (2000-2003 гг.) и Орловской (2005 г.) областей	6753
5. Больные ЯДПК, осложненной кровотечением, проходившие лечение в Выборгской ГБ в период 1994-2005 гг.	253

Больные кровоточащей ЯДПК, поступившие в ЛПУ, проходили обследование, при котором оценивалось их клиническое состояние, определялась степень тяжести кровопотери и во время ФГДС устанавливались источник кровотечения и устойчивость гемостаза по классификации J.A.Forrest.

Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали орошение источника кровотечения раствором капрофера, клипирование, а также их сочетание.

Для оценки базального уровня кислотообразования и эффективности антисекреторных препаратов использовали тесты НЖС, УГТК, МВ, pH-метрию, которую проводили при помощи ацидогастрометра интраоперационного АГМИ-01 (Россия) и ацидогастрометра 01/10 ("Aldamed", Латвия). Данные, используемые в диссертации, также изучались методиками: медико-статистического анализа параметров работы хирургической службы; оценки отдаленных (десятилетних) результатов хирургического лечения больных при кровоточащей

ЯДПК в условиях лечебно-профилактических учреждений разного лицензионного ранга. Обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. for Windows и Microsoft Excel 7.0. Оценка значимости различий средних значений показателей в независимых выборках проводилась при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Результаты работы свидетельствуют о том, что при обследовании в провинциальных МУЗ пациентов с ЯДПК, осложненной кровотечением, необходимо учитывать особенности клинической картины данного заболевания, характерные для населения, проживающего вне региональных административных центров и столичных мегаполисов: высокую частоту первичной манифестации заболевания кровотечением при стертости как субъективных так и объективных проявлений ЯБ; тяжелое общее состояние пациентов при их госпитализации вследствие несвоевременного обращения за медицинской помощью и поздней доставки в стационар без какого-либо лечения на догоспитальном этапе; массивную кровопотерю и др. Недооценка этих особенностей клинической картины кровоточащей ЯДПК у жителей провинции способствует ошибкам диагностики, нерациональной лечебной тактике и, как итог, - неудовлетворительным (в 17 % случаев) результатам оказания медицинской помощи этому контингенту пациентов.

Анализ параметров деятельности хирургических подразделений в МУЗ позволяет сделать заключение о том, что оперативная активность при оказании медицинской помощи больным ЯДПК, осложненной кровотечением, при формальном подходе к оказанию медицинской помощи не превышает 26,7 %. Проведение хирургического лечения больным кровоточащей ЯДПК на фоне обследования пациентов сугубо клиническими методами сопровождается высокой (17 %) летальностью в раннем послеоперационном периоде. Наиболее высокие показатели послеоперационной летальности отмечаются при проведении резекции желудка (19 %). При применении ваготомии с прошиванием кровоточащей язвы и ДЖО показатели частоты случаев летальных исходов не превышают 9 %. При прошивании кровоточащей язвы, выполняемом как операции отчаяния, частота случаев летальности в послеоперационном периоде отмечается в 6 % случаев.

Данные о частоте рецидивов язвенной болезни ДПК после разных видов ее хирургического лечения свидетельствует о том, что чаще всего (58,3 %) рецидив заболевания диагностируется после прошивания кровоточащей язвы. Этот вид оперативного лечения больных кровоточащей ЯДПК при обычном подходе проводится не реже, чем в 10,3 % и практически никак не влияет на патогенетические механизмы язвообразования, являясь сугубо жизнеспасительным. Частота обострений заболевания у больных, перенесших прошивание кровоточащей язвы сопоставима с таковыми в случаях, при которых происходит спонтанная остановка кровотечения из язвы. Высокую частоту прошивания кровоточащей дуоденальной язвы в МУЗ нельзя считать оправданной при лечении пациентов данной категории. Выполнение ваготомии с прошиванием кровоточащей язвы и ДЖО у больных ЯДПК, осложненной кровотечением, сопровождается рецидивом заболевания в 13 % случаев. Реже всего рецидив язвенной болезни диагностирован при выполнении резекции желудка – в 3,4 % больных. Однако, после этой операции отмечается наибольшее число случаев

послеоперационных осложнений. В отдаленном периоде наблюдения за больными они чаще всего представлялись демпинг-синдромом и диареей. Диспепсические расстройства наиболее часто (91,7 % случаев) отмечаются после прошивания кровоточащей язвы ДПК. Реже всего диспепсические расстройства в отдаленном послеоперационном периоде отмечают пациенты, перенесшие различные виде ваготомии (25 % случаев).

Наибольшее число ошибок в распознавании ЯДПК, осложненной кровотечением, отмечается на догоспитальном этапе. Среди 165 наблюдений ЯДПК, осложненной кровотечением, в 48 случаях (29,1 %) диагноз оказывается ошибочным. Основные причины ошибок диагностики кровотечения из ЯДПК на догоспитальном этапе заключаются в неполноценном сборе анамнеза болезни, а также в недостаточном применении самых простых и легко реализуемых методов обследования (расспрос о наличии рвоты, ее характер, определение цвета испражнений, пальцевое исследование прямой кишки). Ошибочный диагноз устанавливается так же в связи со скрытым и малосимптомным течением самой язвенной болезни и ее осложнения кровотечением. В 8,5 % случаев специалисты бригады скорой медицинской помощи вызываются к пациентам, находящимся в обморочном состоянии. За это время клиническая картина острого осложнения ЯДПК изменяется. Ошибки возникают также и по причине недостаточной специальной подготовки медицинских работников. В 38,2 % случаях диагноз направления в стационар у больных ЯБ часто выставляется не врачом, а средним медицинским работником, что характерно для деятельности медицинской службы провинциальных муниципальных районов.

В приемных отделениях провинциальных больниц правильный предварительных диагноз кровотечения из ЯДПК устанавливается в 87,3 % случаев. В числе ошибочных диагнозов часто встречались такие, как обострение хронического гастрита, обострение хронического холецистита, обострение хронического панкреатита и т.д. В единичных случаях в качестве предварительного диагноза в стационаре при гастродуоденальном кровотечении выставлялся диагноз анемия неясной этиологии, инфекционный миокардит. Допущенные ошибки в диагнозе на госпитальном этапе возникали в результате неправильных, неадекватных и нелогичных выводов, сделанных врачами больниц. Диагноз кровоточащей язвы перед операцией, выставляемый в стационаре хирургом, в большинстве (90,9 %) случаев оказывается правильным. В 6,7 % наблюдений диагноз язвенной болезни устанавливается только во время операции. Сличение предоперационных и послеоперационных диагнозов существенных различий не выявило. Трудности диагностики заболевания, особенно в случаях острого живота, далеко не всегда связаны с необычной клинической симптоматикой. Лишь в 8,5 % случаев причиной ошибок диагностики оказывается недостаточная выраженность клинической картины язвенного кровотечения.

Улучшение результатов лечения при кровоточащей ЯДПК населения, преимущественно проживающего в малых городах и сельских поселениях, возможно в двух аспектах: модернизация технологических подходов к лечению и совершенствование организации оказания медицинской помощи.

Для оценки возможности совершенствования технологических подходов изучены результаты оказания медицинской помощи больным язвой ДПК, осложненной кровотечением, в клинике абдоминальной (факультетской) хирургии и Военно-медицинской академии. Опыт специализированной клиники ВМедА свидетельствует о том, что широкое использование в практике хирургов МУЗ ваготомии с ДЖО при лечении больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки, может способствовать значительному снижению частоты случаев летальных исходов при оказании медицинской помощи этой категории пациентов. Ваготомия менее травматичная операция по сравнению с резекцией желудка. Данное обстоятельство заслуживает особого внимания в случае проведения операции больным, находящимся в тяжелом состоянии по причине анемии при поздней обращаемости и госпитализации пациентов, дефицита крови – т.е. в обстоятельствах, характерных для оказания медицинской помощи жителям провинции.

В специализированной клинике ВМедА проведение органосохраняющей операции всегда сопровождается воздействием на патогенетические механизмы язвенной болезни (т.е. осуществляются различные виды ваготомии). Это в значительной степени снижает риск рецидива заболевания и осложнения его кровотечением.

Общая послеоперационная летальность при подходе по отношению к больным ЯДПК, осложненной кровотечением, существующем в клинике ВМедА, не превышает 2 % (при выполнении различных видов ваготомии - 1,7 %). Наибольшее число неблагоприятных исходов регистрируется при выполнении оперативного вмешательства на фоне продолжающегося кровотечения.

Использование абсорбирующего раневого покрытия тахокомб (14 наблюдений) при проведении оперативного вмешательства способствует надежному достижению устойчивого гемостаза в язвенном дефекте. Среди больных, оперированных с применением тахокомба по поводу кровоточащей ЯДПК (во всех случаях - стволовая поддиафрагмальная ваготомия с пилоропластикой), ни в одном случае рецидива кровотечения не наблюдали. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты также не зарегистрированы.

Опыт хирургов ВМедА и специалистов Головного ЛПУ Ленинградского региона (ЛОКБ) свидетельствует о том, что остановить кровотечение с использованием эндоскопических методов при кровоточащей ЯДПК удается в большинстве случаев. В частности, при использовании эндоскопического клипирования остановить кровотечение из кровоточащей ЯДПК удается в 91% наблюдений. При этом устойчивый гемостаз достигается в 76 % случаев. Однако в 15 % наблюдений, при проблематичности достижения устойчивого гемостаза клипированием, все же оказывается возможным снизить темп кровотечения, что, в свою очередь, позволяет обеспечить предоперационную подготовку, направленную на снижение риска оперативного вмешательства (особенно у людей старшей возрастной группы). При орошении кровоточащей язвы капрофером во время ФГДС кровотечение удается остановить в 86 % случаев. При доставке этих пациентов в стационар МУЗ необходимости в экстренном хирургическом

лечении не возникает, что позволяет проводить оперативное вмешательство в отсроченном или плановом порядке.

Улучшить результаты лечения в хирургических подразделениях МУЗ пациентов с ЯДПК, осложненной кровотечением, возможно также за счет целенаправленного сопровождения оперативного лечения противоязвенной медикаментозной терапией. При анализе данных о группе больных, проходивших лечение в Орловской областной больнице, у которых хирургическое вмешательство сочеталось с противоязвенным медикаментозным лечением, послеоперационная летальность при кровоточащей язве оказывалась в 1,9 раза ниже, чем у больных, которым медикаментозное сопровождение хирургического лечения не проводилось. При сочетании у больных хирургической и терапевтической технологий лечения на фоне продолжающегося кровотечения из язвы осложнения в раннем послеоперационном периоде констатированы в 11 % случаев, что достоверно ($p < 0,05$) ниже по сравнению с частотой осложнений (38 %) у больных, оперированных без медикаментозного сопровождения по язвенной болезни.

В отдаленном периоде наблюдения за пациентами, перенесших оперативные вмешательства по поводу кровоточащей ЯДПК, также выявляется достоверное снижение ($p < 0,05$) числа осложнений у пациентов, у которых хирургическое лечение сопровождалось противоязвенным системным лечением. Если у больных, которым медикаментозное сопровождение хирургического лечения не проводилось, послеоперационные осложнения верифицировались в 42 % наблюдений, то у пациентов, получавших специфическую противоязвенную терапию при проведении операции, осложнения в отдаленные сроки наблюдения констатировались в 18 % случаев.

Таким образом, целенаправленное сопровождение хирургического лечения пациентов с кровоточащей ЯДПК многокомпонентной противоязвенной терапией позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи и результаты лечения больных ЯДПК как в раннем, так и в отдаленном послеоперационных периодах.

Диагностика язвенной болезни ДПК нередко происходит после свершившегося осложнения язвы кровотечением. Для предотвращения подобных ситуаций необходимо активное выявление больных ЯДПК до начала осложненного течения заболевания.

Учет диспансерной группы больных ЯДПК по их первичной обращаемости за медицинской помощью в ЛПУ Ленинградской области, остается достаточно высоким – 83-86 %. Однако, несмотря на высокую степень охвата диспансерным наблюдением больных ЯБ, уровень госпитализации пациентов с кровоточащей ЯДПК также остается высоким, без тенденции к снижению (700 человек в год).

В структуре общей госпитализации в хирургические подразделения МУЗ Ленинградской области группа больных кровоточащей ЯДПК неуклонно увеличивается. Если в 2000 г. удельный вес контингента больных кровоте-

щей ЯДПК составлял 43,7 %, то к 2003 г. этот показатель увеличился в 1,4 раза, а в 2005 г. – в 1,6 раза. Данное обстоятельство свидетельствует о недостаточной эффективности консервативного лечения пациентов с ЯДПК, используемого врачами МУЗ, а также о неадекватности мероприятий, направленных на профилактику осложнения язвенной болезни кровотечением.

В Ленинградской области отмечается ежегодное увеличение контингента больных хронической ЯДПК по отношению к первично заболевшим. В частности, в период с 2000 по 2003 гг. отношение общей заболеваемости к первичной возросло с 9,2 до 14,0 т.е. на 52 %. Однако показатель общей заболеваемости учитывает лишь первичную обращаемость пациентов с хроническим заболеванием в отчетном году. Повторные обращения пациентов, независимо от цели посещения врача, остаются неучтенными, поэтому судить о характере проводимого противорецидивного лечения в этой группе пациентов сложно. Увеличение первичной обращаемости больных хронической ЯДПК за конкретный период наблюдения косвенно отражает недостаточную эффективность проводимых профилактических мер среди больных этой категории, в отношении хронизации болезни и развития ее осложнений.

Несмотря на увеличение числа больных с заболеваниями, относящимися к группе риска развития ЯБ, за исследуемый период на 15 %, отмечается снижение их учета. Если в 2000 г. охват диспансерным наблюдением больных этой группы составлял 49,1 %, то в 2003 году данный показатель уменьшился в 1,3 раза и составил 38,3 %. К 2003-2004 гг. диспансеризация больных ЯДПК в Ленинградской области фактически сводилась к простому учету больных этой категории. В 2006-2007 гг. положение стало существенно изменяться, что связано с улучшением работы специалистов догоспитального этапа медицинской помощи, обусловленное Национальным проектом «Здоровье».

Несомненно, что за счет внедрения прогрессивных лечебных технологий (эндоскопическое и медикаментозное сопровождение оперативных вмешательств) в ЛПУ провинции можно достигнуть положительной динамики в результатах хирургического лечения больных ЯДПК, осложненной кровотечением. Вместе с тем, очевидно, что благоприятным фактором для оказания помощи больным кровоточащей ЯДПК на муниципальном уровне является и целенаправленная структуризация системы хирургической службы МО. В мелких хирургических подразделениях участковых и районных больниц невозможно создать совершенную материально-техническую базу, в них постоянно сохранялся дефицит хирургических кадров, их низкая квалификация и, как следствие, - недостаточная «работа» хирургической койки в году (до 270 койко-дней), длительные средние сроки лечения больных (15-17 дней), низкая оперативная активность (менее 30%).

Опыт свертывания коечного фонда хирургических подразделений мелких участковых больниц Лужского МО Ленинградской области с концентрацией сил и средств хирургической службы в ЦРБ показал, что данное организационное мероприятие сопровождалось снижением послеоперационной летальности

при острой хирургической патологии органов брюшной полости с 5 до 1,5 %. Если до 1999 года (время начала реорганизации) показатель летальности при кровотечении из ЯДПК в Лужской ЦРБ превышал 30 %, то в 2001 году (т.е. ко времени завершения реорганизации) показатель летальности составил –21,4%. При пересмотре штатов хирургов в ЦРБ, необходимо учитывать, что неотложную помощь, как правило, должна оказывать дежурная бригада, состоящая из двух хирургов, врача-анестезиолога, лаборанта, рентгентехника; при необходимости к консультации привлекается дежурный терапевт, гинеколог, педиатр. Больным должны проводиться общие и биохимические исследования крови и мочи, по показаниям выполняются рентгенологические и эндоскопические исследования. При неясности клинической картины, в трудных диагностических случаях в любое время к оказанию медицинской помощи больным с кровоточащей ЯДПК должны привлекаться заведующий отделением и другие специалисты. В настоящее время у хирургов МУЗ Ленинградской области имеется круглосуточная возможность связи со специалистами отделения экстренной и плановой консультативной помощи Головного ЛПУ и вызова их «на себя», доставки больного в ЛОКБ.

Для оценки влияния уровня оснащения службы СМП на качество лечения больных острым животом проанализированы показатели общей летальности при острых желудочно – кишечных кровотечениях в отдельных муниципальных образованиях Ленинградской области в 2003 году с учетом их укомплектованности СМП этих муниципальных образований изделиями медицинской техники. Полученные данные демонстрируют, что между материально – техническим оснащением службы скорой медицинской помощи и качеством оказания медицинской помощи больным острым животом существует прямая зависимость, т.е. чем выше оснащенность, тем качественнее оказание медицинской помощи и наоборот. Внедрение современной лечебно – диагностической аппаратуры позволило сократить сроки обследования больных, быстрее устанавливать диагноз заболевания и начинать комплексное, полноценное лечение.

Перспективные пути улучшения оказания медицинской помощи больным ЯДПК, осложненной кровотечением, апробированы на примере деятельности хирургической службы одного из крупнейших муниципальных районов Ленинградской области - Выборгского.

При анализе результатов хирургического лечения выявлено, что показатели оперативной активности в период 1994-1997 гг., когда доминирующей при оказании медицинской помощи больным с язвенным кровотечением была выжидательная тактика были минимальными (9,5 %). Максимум оперативной активности (27,5 %) приходится на период с 1998 по 2001 гг., когда в деятельность хирургического отделения Выборгской ГБ внедрялась активная тактика, применяемая в клинике абдоминальной хирургии ВМедА. С 2002 по 2006 гг. в Выборгской ГБ при оказании медицинской помощи больным кровоточащей ЯДПК стало отмечаться некоторое снижение оперативной активности (13,3 %), что объясняется использованием дифференцированной хирургической тактики лечения больных кровоточащей ЯДПК и эффективным использованием методов

эндоскопического и медикаментозного достижения гемостаза. В целом в Выборгской ГБ количество оперативных вмешательств, проводимых на фоне продолжающегося кровотечения в 2002-2005 гг., снизилось на 22,3 % по сравнению с периодом 1998-2001 гг. Данный факт также свидетельствует не только об эффективности от внедрения в практику хирургов Выборгской ГБ методов достижения эндоскопического гемостаза, но и от широкого применения медикаментозных средств, направленных на остановку кровотечения из язвенного дефекта и профилактику последующего рецидива геморрагии.

В группе оперированных больных кровоточащей язвой, у которых кроме хирургических методов лечения применялись технологии целенаправленного противоязвенного медикаментозного сопровождения оперативных вмешательств (2002-2005 гг.), показатели послеоперационной летальности оказались в 7,4 раза ниже по отношению к данному параметру в группе больных, лечившихся в Выборгской ГБ в 1994-1997 гг. и в 3,3 раза ниже, чем в группе пациентов, которым в 1998-2001 гг. ваготомия с прошиванием кровоточащей язвы и ДЖО выполнялась без целенаправленной медикаментозной поддержки. Анализируя течение раннего послеоперационного периода у больных, прооперированных в Выборгской ГБ по поводу кровоточащей ЯДПК в 2002-2005 гг., отмечено его более гладкое течение по сравнению периодами 1994-1997 и 1998-2001 гг. Прежде всего это объясняется целенаправленным использованием при лечении больных кровоточащей ЯДПК эндоскопических методов гемостаза перед проведением оперативного вмешательства и сопровождением хирургического лечения пациентов целенаправленной противоязвенной терапией. Число случаев развития осложнений после ваготомии, выполняемой на фоне программированного терапевтического сопровождения пациентов с ЯБ, осложненной кровотечением в 2002-2005 гг., было в 1,6 раз ниже по сравнению с числом осложнений в группе пациентов, в которых в 1998-2001 гг. методы противоязвенного лечения при проведении хирургического вмешательства не применялись.

В целом внедрение опыта специалистов ВМедА и ЛОКБ в деятельность сотрудников общехирургических подразделений МУЗ Ленинградской области при оказании медицинской помощи больным ЯДПК, осложненной кровотечением, показывает, что подобная практика себя несомненно оправдывает.

При наблюдении за пациентами, оперированными в период 2001-2005 гг. рецидивов язвы двенадцатиперстной кишки диагностирован в 11,4 % случаев: после выполнения ваготомии - 10,2%, после прошивания кровоточащей язвы рецидив заболевания констатирован в 50% наблюдений, что свидетельствует о низкой эффективности видов хирургической помощи, не влияющих на патогенетические механизмы язвенной болезни.

Таким образом, хирургическое лечение больных ЯДПК, осложненной кровотечением у населения, проживающего вне региональных административных центров, занимает важное место в системе его медицинского обеспечения и имеет свои особенности. Оказание медицинской помощи жителям провинции, больным кровоточащей ЯДПК, сопровождается рядом проблем, которых не бывает при лечении населения столичных мегаполисов и региональных адми-

нистративных центров. Не замечать этого нельзя. Многие из этих проблем могут быть разрешены путем совершенствования технологии лечебно – диагностического процесса. Вместе с тем, большие резервы улучшения результатов оказания медицинской помощи жителям малых городов и сельской местности при кровотечении из ЯДПК скрываются в совершенствовании организации обследования и лечения таких больных на этапах медицинского обеспечения населения.

ВЫВОДЫ

1. Особенности клинической картины язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, для больных, проживающих вне региональных административных центров и столичных мегаполисов являются: высокая частота первичной манифестации заболевания кровотечением при стертости как субъективных так и объективных проявлений язвенной болезни; тяжелое общее состояние пациентов при их госпитализации; длительная и массивная кровопотеря.
2. Кровотечение из дуоденальной язвы на догоспитальном этапе у жителей провинции не верифицируется в 29,1 % случаев, на этапе предварительной диагностики в стационаре – в 17,7 % наблюдений и перед операцией - в 9,1 % случаев. Поздняя госпитализация больных кровотечением из дуоденальной язвы, проживающих в сельской местности, а также предпочтение специалистов провинциальных больниц проводить резекцию желудка на фоне анемии и без надлежащего сопровождения операции патогенетической противоязвенной терапией, в целом обуславливают в 32% наблюдений осложнения и высокую (17 %) частоту летальных исходов.
3. Лечение больных в хирургических подразделениях муниципальных учреждений здравоохранения малых городов и населенных пунктов сельской местности при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, в 2/3 случаев ограничивается сугубо консервативными методами. При хирургических вмешательствах по поводу кровоточащей дуоденальной язвы в большинстве случаев проводится резекция желудка. Органосохраняющие операции выполняются лишь в 7 % наблюдений и в единичных случаях проводятся эндовидеохирургические вмешательства.
4. Операции, не влияющие на патогенетические механизмы язвообразования (прошивание кровоточащей язвы и др.), в провинциальных больницах целесообразно выполнять как исключение на фоне крайне тяжелой степени кровопотери, при дефиците препаратов крови и отсутствии должной квалификации хирурга. Предпочтительность выполнения ваготомии пациентам, госпитализируемым в провинциальные больницы, как правило, в тяжелом состоянии, не вызывает сомнений. Для проведения резекции желудка в МУЗ малых городов и сельской местности у больных кровоточащей язвой должны быть веские основания.

5. Эффективность хирургического лечения в условиях больниц, расположенных вне региональных административных центров, пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, может быть повышена за счет адекватного сопровождения оперативного пособия противоязвенной терапией, а также путем целенаправленной обработки язвенного дефекта современными гемостатическими средствами.

6. Улучшение результатов хирургического лечения больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки может быть достигнуто совершенствованием лечебно-диагностического процесса, включающего: оптимизацию диспансерного наблюдения за больными язвенной болезнью, реструктуризацию хирургической службы с концентрацией ее сил и средств в центральных районных больницах, оснащение лечебных учреждений малых городов и сельской местности диагностическими приборами и эндоскопической аппаратурой, профессиональную переподготовку хирургов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С учетом высокой частоты поздней диагностики кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки у жителей провинции и нередкой задержки их госпитализации в близрасположенные лечебно-профилактические учреждения оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе должно в пути следования в больницу включать в себя мероприятия, направленные на профилактику и борьбу с геморрагическим шоком, гемостатическую и противоязвенную терапию.

2. У жителей малых городов и сельских поселений при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной продолжающимся кровотечением, его остановку в больницах по месту жительства пациентов необходимо начинать с попыток достижения гемостаза эндоскопическими технологиями (клипирование, орошение, коагуляция) с целью увеличения времени на предоперационную подготовку больных и целенаправленного их обследования. Наиболее эффективной среди эндоскопических технологий достижения гемостаза является методика периульцерозного клипирования тканей. Так же как и в ЛПУ мегаполисов, в МУЗ, расположенных вне региональных административных центров, при оказании медицинской помощи больным кровоточащей дуоденальной язвой должна быть предусмотрена возможность круглосуточного выполнения экстренной эндоскопии с использованием технологий достижения гемостаза.

3. В случае неэффективности применения эндоскопических технологий достижения гемостаза при продолжающемся кровотечении из дуоденальной язвы у населения провинции, госпитализируемого в муниципальные учреждения здравоохранения по месту жительства, оперативное лечение этого контингента пациентов целесообразно осуществлять в объеме стволовой ваготомии с аппликацией к прошиваемой язве биополимера «тахокомб» и с выполнением пилоро-

пластики. Хирургическое лечение больных ЯДПК, осложненной кровотечением, в обязательном порядке должно сопровождаться целенаправленным терапевтическим воздействием на язвенную болезнь в целом.

5. Профилактика послеоперационных осложнений должна основываться на активном выявлении и оценке степени индивидуальной предрасположенности больных язвенной болезнью к расстройствам со стороны органов желудочно-кишечного тракта до операции, скрупулезном соблюдении техники выполнения оперативных вмешательств, своевременном обнаружении и коррекции (диетой, консервативным лечением, повторным оперативным вмешательством) этих расстройств в ходе диспансерного наблюдения за больными после операции.

6. При оказании медицинской помощи больным язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, в провинциальных МУЗ консервативные и оперативные методы лечения не могут противопоставляться, а должны взаимодополнять друг друга с учетом конкретных возможностей оказания медицинской помощи пациентам в больницах малых городов и населенных пунктов сельской местности. Неоперативные технологии лечения больных дуоденальной язвой, осложненной кровотечением, должны использоваться дифференцированно с учетом степени устойчивости гемостаза и объема планируемого и выполняемого хирургического вмешательства. Для этого должны строго соблюдаться стандарты лечения больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки и постоянно осуществляться повышение квалификации специалистов.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мовчан К.Н. Результаты лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / К.Н.Мовчан, А.И.Могила, А.А.Смирнов и др. // Актуальные проблемы современной медицины: Материалы науч.-практ. конф.-СПб.: Б.и., 2002.-С.18-19.
2. Мовчан К.Н. Результаты лечения в муниципальном учреждении здравоохранения больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / К.Н.Мовчан, А.Ф.Картамышев, А.А.Смирнов и др. // Успенские чтения: Материалы науч.-практ. конф. врачей России.- Тверь, 2003.- Вып.3.- С.190-191.
3. Мовчан К.Н. Результаты эндоскопического клиппирования источников неварикозных гастродуоденальных кровотечений / К.Н.Мовчан, А.В.Филин, А.А.Смирнов и др. // 7-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии (14-16 апреля 2003г.).- Сборник тезисов под ред.проф.Ю.И.Галлингера.-М.:Б.н.-с.249-250.

4. Мовчан К.Н. Выбор метода лечения у людей молодого возраста при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов, А.И.Могила и др. // Материалы Всерос. конф. хирургов, посвящ. 75-летию со дня рожд. проф. Б.С. Брискина.- М.: Б.и., 2003.- С.36-39.
5. Мовчан К.Н. Некоторые организационные аспекты оптимизации деятельности хирургических подразделений Муниципальных Учреждений Здравоохранения Региона / К.Н.Мовчан, Т.Ю.Тюняева, А.А.Смирнов и др. // Медицинский академический журнал.-2003.-Т.3.,№2.-Приложение №3: IV науч.-практ. конф. хирургов Северо-Запада России «Экстренная хирургия органов брюшной полости и повреждений опорно-двигательного аппарата. Избранные вопросы клинической хирургии» (Материалы конференции, Петрозаводск, 4-6 сентября 2003г.).- С.175.
6. Мовчан К.Н. Результаты клипирования периульцерозных тканей при лечении больных кровоточащей язвой / К.Н.Мовчан, А.А.Филин, А.А.Смирнов и др. // Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии: Сб. тр. Рос. науч. конф., посвящ. 75-летию проф. С.А. Симбирцева.- СПб., Издательский дом СПбМАПО, 2004.- С.230-232.
1. Могила А.И. Оправданность использования актовегина при лечении больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу кровоточащей дуоденальной язвы / А.И.Могила, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии: Сб. тр. Рос. науч. конф., посвящ. 75-летию проф. С.А. Симбирцева.- СПб., Издательский дом СПбМАПО, 2004.- С. 235-236.
2. Морозов Ю.М. Результаты использования тахокомба при лечении больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки / Ю.М.Морозов, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов, и др.// Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии: Сб. тр. Рос. науч. конф., посвящ. 75-летию проф. С.А. Симбирцева.- СПб., Издательский дом СПбМАПО, 2004.- С. 237-238.
3. Мовчан К.Н. Результаты стационарного лечения в муниципальных учреждениях здравоохранения больных гастродуоденальными язвами / К.Н.Мовчан, С.В.Кобышев, А.А.Смирнов и др. // Совершенствование специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре: Материалы Всерос.конф.хирургов, посвящ. 80-летнему юбилею проф. В.П.Петрова.- Красногорск, Изд-во науч.-метод. совета ЦВКГ им. А.А.Вишневого, 2004.- С. 254-260.
4. Морозов Ю.М. Возможности применения абсорбирующего раневого покрытия при хирургическом лечении больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / Ю.М.Морозов, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Материалы V Рос. науч. форума «Хирургия 2004».- М., 2004 – С. 127.

5. Мовчан К.Н. Целесообразность использования эндоскопического клипирования при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения / К.Н.Мовчан, А.В.Филин, А.А.Смирнов и др. // Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии: Материалы конф. хирургов России, посвящ. 100-летию со дня рождения профессора В.С.Семенова.- Тверь, 2004.- С.136-138.
6. Мовчан К.Н. Возможности антигеликобактерной терапии у больных кровоточащей дуоденальной язвой в профилактике рецидивов геморрагии / К.Н.Мовчан, А.И.Могила, А.А.Смирнов и др. // Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии, Материалы конф. хирургов России, посвящ. 100-летию со дня рождения профессора В.С.Семенова.- Тверь, 2004.- С.135-136.
7. Гриненко А.Я. Использование капрофера при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки на ранних этапах ее верификации / А.Я.Гриненко, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Стационарозамещ. технологии. Амбулатор. Хирургия.- 2004.- № 4 (16); Прил.: Материалы I Съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации.- С. 63.
8. Могила А.И. Возможности использования кваматела с целью предупреждения повторных кровотечений у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / А.И.Могила, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Стационарозамещ. технологии. Амбулатор.хирургия.- 2004.- № 4 (16); Прил.: Материалы I Съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации.- С. 140-141.
9. Филин А.В. Результаты эндоскопического клипирования при лечении больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.В.Филин, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Стационарозамещ. технологии. Амбулатор.хирургия.- 2004.- № 4 (16); Прил.: Материалы I Съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации.- С. 209.
10. Филин А.В. Является ли переоснащение муниципальных больниц эндоскопической аппаратурой однозначным путем улучшения качества оказания медицинской помощи жителям провинции при кровотечении из дуоденальной язвы? / А.В.Филин, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины: Материалы Международной науч.-практич.конф. 17 декабря 2004.- Красногорск, 2004.-С.178-180.

11. 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, А.А.Смирнов и др. // Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины: Материалы Международной науч.-практич.конф. 17 декабря 2004.-Красногорск, 2004.-С.141-147.
12. Морозов Ю.М. Результаты амбулаторного лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проживающих вне региональных административных центров / Ю.М.Морозов, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Вестн. воен-мед. акад. – 2005, №1(3); Прил.: Материалы VII Всеросс. научн.-практ. конф. “Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении”. – СПб., 2005.– С.363-364.
13. Мовчан К.Н. Нерешенные проблемы лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки при оказании им медицинской помощи в ургентном порядке / К.Н.Мовчан, А.В.Филин, А.А.Смирнов и др. // Материалы Первого Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи. М.: 2005.-С.57-58.
14. Морозов Ю.М. К вопросу о методике расчета реальной стоимости лечения в стационаре больных язвой двенадцатиперстной кишки на основе стандартных наборов медико-экономических критериев / Ю.М.Морозов, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости: Сборник научных трудов / Под ред. проф. Н.И.Глушкова: - СПб, Издательский дом СПбМАПО. – 2005. – С.389-395.
15. Морозов Ю.М. Результаты использования радиоволновой терапии дуоденальной язвы в условиях дневного стационара поликлиники / Ю.М.Морозов, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине: Материалы Всеарм. междунар. Конф., посвящ. 200-летию гос. учреждения «432 ордена Красной Звезды гл. воен. клинич. госпиталь Вооруж. Сил Респ. Беларусь».- Минск: УП «Технопринт», 2005.- С.191-192.
16. Давыдов Д.Н. Возможности местного применения актовегина в комплексной профилактике раннего рецидива кровотечения из дуоденальной язвы / Д.Н.Давыдов, Ю.М.Морозов, А.А.Смирнов и др. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении: материалы VIII Всерос. научн.-практ. конф. – Вестн. Рос. Воен.-Мед. акад. – 2007. - №1 (17). – Прил. – С. 596.
17. Фомин М.М. Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия при заболеваниях группы «острый живот»: метод. рекомендации для врачей общей практики / М.М.Фомин, К.Н.Мовчан, А.А.Смирнов и др.; Комитет по здравоохранению Ленингр. обл. – СПб.: Б.и., 2006. – 47 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПС – амбулаторно-поликлиническая служба
АПУ – амбулаторно-поликлинические учреждения
ВМедА - Военно-медицинская академия
ГБ – городская больница
ДЖО – дренирующая желудок операция
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЛО – Ленинградская область
ЛОКБ – Ленинградская областная клиническая больница
ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение
МВ – медикаментозная ваготомия
МУЗ – муниципальное учреждение здравоохранения
МО – Муниципальное образование
НЖС – ночная желудочная секреция
ОХЗОБП – острые хирургические заболевания органов брюшной полости
ПСВ – проксимальная селективная ваготомия
РБ – районная больница
СМП – скорая медицинская помощь
СОЖ – слизистая оболочка желудка
УГТК – усиленный гистаминовый тест Кея
ФГДС - фиброгастродуоденоскопия
ЦРБ – центральная районная больница
ЯБ – язвенная болезнь
ЯДПК – язва двенадцатиперстной кишки
ЯБ ДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/