

считывает ряд показателей (суммы рангов по группам, n , U , Z , и уровень значимости p). Для расчета уровня p среднее арифметическое (M), его ошибка (m), стандартное отклонение (σ) не рассчитываются. Однако для указания, значение в какой группе является большим или меньшим, для описания в тексте используется среднее арифметическое (M) или медиана Me (как в нашем случае, когда имеется несколько «выска-

живающих вариант» в I группе, которые значительно превышают M).

Полученные данные представлены в таблице (табл. 3), медиану (Me) вычислили в разделе «Ordinal descriptive statistics (median, mode,...)» модуля «Nonparametric Statistics». Сделан вывод, что уровни ФНО- α у больных ХГС во время интерферонотерапии значимо выше, чем в контрольной группе ($p = 0,005$).

Таблица 3

Сывороточные уровни ФНО- α у больных ХГС, получающих интерферонотерапию

Цитокин	Контроль (Me , $n = 10$)	I группа (Me , $n = 20$)	p
ФНО- α , пг/мл	6,0	60,39	$p = 0,005$

Таким образом, проблема выбора статистических методов анализа медико-биологических данных зависит от задач конкретного исследования. Знание основных возможных направлений статистического анализа и владение навыками работы со статистическими программами существенно упрощает получение и представление результатов в научных работах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 688 с.
2. Гемджян Э.Г. Статистическая обработка в медицине. <http://www.ed.blood.ru>.
3. Герасевич В.А. Компьютер для врача: Самоучитель. — СПб.: БХВ-Петербург, 2002. — 640 с.
4. Зайцев В.М., Зуева Л.П., Лифляндский В.Г. и др. Прикладная медицинская статистика — СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2000. — 300 с.

5. Леонов В. Три «Почему ...» и пять принципов описания статистики в биомедицинских публикациях. <http://www.biometrika.tomsk.ru:8101/principals.htm>.

6. Мацкевич И.П., Свирид Г.П. Высшая математика: теория вероятности и математическая статистика: Учеб. — Мн.: Выш. шк., 1993. — 269 с.

7. Петерс Э. Хаос и порядок на рынках капитала: новый аналитический взгляд на циклы, цены и изменчивость рынка. Пер. с англ. — М.: Мир, 2000. — 333 с.

8. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 256 с.

9. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб.: ВМедА, 2002. — 266 с.

10. Mario F. Triola Elementary statistics. — New York: The Benjamin / Cummings publishing company, Inc., 1989. — 784.

Поступила 03.06.2005

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.33-002.44-07

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: МЕТОДОЛОГИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ

В.М. Лобанков

Гомельский государственный медицинский университет

В экономически развитых странах принята стратегия лечения больных язвенной болезнью, основанная на консервативной тактике, хирургическая применяется, главным образом, по неотложным показаниям. Попытки практиковать аналогичные подходы в отечественных условиях терпят фиаско. Это связано с низкой реализуемостью эффективной консервативной терапии, несравнимо более высокой (в 4–6 раз) частотой неотложных опе-

раций и поэтому заметно возросшей летальностью. Автором представлена и проанализирована совокупность факторов, которые следует учитывать при определении оптимальной лечебной стратегии. Показано, что актуальность превентивной плановой хирургии язвенной болезни не утрачена.

Ключевые слова: язвенная болезнь, консервативная и хирургическая тактика, превентивная плановая хирургия.

PEPTIC ULCER: METHODOLOGY OF DECISION-MAKING

V.M. Lobankov

Gomel State Medical University

In economically developed countries peptic ulcer treatment strategy is based on conservative tactic. Surgery is used in urgent indication firstly. The same approach is applied in our country. It is connected with the low level of performing effective medical treatment and higher (in 4–6 times) frequency of urgent operations and so greatly increased lethality in peptic ulcer. The author presents and analyses factors that must be taken in to consideration while choosing the optimal treatment strategy in peptic ulcer. It is marked that in our country preventive definite surgery in peptic ulcer patients is steal actual.

Key words: peptic ulcer, conservative and surgical tactics, preventive definite surgery.

Одним из достижений мировой гастроэнтерологии XX века можно считать снижение оперативной активности при язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки. В экономически развитых странах за последнюю декаду прошлого столетия отмечено существенное уменьшение количества плановых операций и несколько в меньшей степени — неотложных. Суммарное количество операций, выполняемых при ЯБ, как правило, не превышает 10 на 100 тыс. населения в год. Наиболее частым поводом для хирургического лечения являются язвенные кровотечения, развивающиеся, главным образом, у лиц пожилого и старческого возраста, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Перфоративные язвы стали встречаться весьма редко, снизилась частота язвенных стенозов [8, 10, 11]. Если 15–20 лет назад достаточно широко применялась плановая органосохраняющая хирургия при торпидном или агрессивном течении ЯБ, то в настоящее время подобная тактика практикуется редко. Произшедшие перемены обусловлены возросшей эффективностью консервативной терапии ЯБ, основанной на широком применении блокаторов желудочной секреции, а с 90-х годов — антигеликобактерных схем лечения [7, 9].

В развивающихся странах и в странах с так называемой переходной экономикой, к которым можно отнести «постсоветские» республики, ситуация с ЯБ в корне отличается. С первой половины 90-х годов в республиках бывшего СССР отмечено резкое увеличение количества прободных язв и язвенных кровотечений, на фоне снижения плановой оперативной активности значительно увеличилась общая смертность от ЯБ [2, 4]. Сейчас в бывших советских республиках ситуация с ЯБ гораздо острее, чем это было в 70-е и 80-е годы. Только по неотложным показаниям ежегодно оперируется 30–40 человек на 100 тыс. населения. По данным М.И. Кузина, в 1968 г. в СССР с перфоративными язвами было прооперировано 29 тысяч больных [1]. Спустя 30 лет, в 1999 г., по имеющимся у нас данным, в России зарегистрировано более 45,5 тысяч перфораций, в Украине — более 11,5 тысяч, в Беларуси — 2,5 тысячи, около 1,5 тысяч — в странах Балтии [1, 3]! К этим цифрам следует добавить случаи прободных язв в Молдове, в странах Кавказского региона, в Казахстане, Средней Азии. Отрицательная динамика более чем красноречива.

Налицо парадоксальная ситуация: теоретически эффективность консервативной терапии ЯБ существенно возросла, на практи-

ке — эпидемия осложненных форм заболевания. Основными причинами этого, на наш взгляд, являются массовое снижение материального уровня жизни, высокое социальное напряжение в обществе, недостаточная медицинская культура населения, необузданная реклама симптоматических лекарственных препаратов, расцвет «парамедицинских» технологий лечения (знахарства, целительства и т.п.), а также недостаточная эффективность официальной медицины. Если на негативные социально-экономические перемены мы, врачи, не в состоянии оказать заметного влияния, то адекватно решать свои профессиональные задачи — наша прямая обязанность.

Одной из особенностей отечественного здравоохранения является разобщенность взглядов терапевтов и хирургов на лечение больных ЯБ. С одной стороны — «отрезать всегда успеете», с другой — «мы не лечим, мы оперируем». В результате, несмотря на все успехи теоретической и практической гастроэнтерологии, хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии и т.д., на уровне популяции больных ЯБ наблюдается не только отсутствие какого-либо эффекта, но получен результат с большим минусом. По нашему мнению, чтобы реально изменить ситуацию к лучшему, необходимо выработать отечественную концепцию лечебной стратегии при ЯБ в современных условиях. Во-первых, следует уяснить, чего же мы хотим в конечном итоге? Апологеты консервативной гастроэнтерологии предлагают скрининг населения на инфекцию *Helicobacter pylori* (Hр) с последующей эрадикацией, дабы повысить эффективность антисекреторной терапии ЯБ — широко применять мониторинг внутрижелудочной рН, осуществлять первичную профилактику заболевания в теоретических группах риска и т.д. и т.п., при этом плановая хирургия ЯБ объявляется анахронизмом. Думается, эти и подобные устремления теоретиков от медицины также далеки от истины, как внешне стройная теория научного коммунизма — от реальности.

«Программа минимум» — сократить смертность от ЯБ. Основная причина смертности — жизненно опасные осложнения, в первую очередь, кровотечения и прободения. По данным зарубежных когортных исследований, за последние 30 лет

XX века летальность после неотложных операций при ЯБ не изменилась [6, 12]. Следовательно, необходимо стремиться к минимизации таких операций. Эта стратегическая цель принципиально достижима сочетанием эффективной консервативной терапии и превентивной плановой хирургии. Считаем своим долгом напомнить, что при правильно сформулированных показаниях к плановой хирургии ЯБ соотношение плановых и экстренных операций обратно пропорциональное. Риск неотложных вмешательств существенно выше, чем плановых, а с учетом органосохраняющей хирургии — разница неоспорима. Как показала практика последних 15 лет, лечебная стратегия, основанная сугубо на консервативном лечении больных ЯБ с применением хирургической тактики только по неотложным показаниям, в условиях «постсоветского пространства» потерпела полное фиаско. Этим самым неотложных показаний сейчас стало столько, сколько не было не только до открытия Hр инфекции и эрадикационных схем лечения ЯБ, но и до внедрения H-2 гистаминовых блокаторов и ингибиторов протоновой помпы (ИПП). Выбор тактики лечения ЯБ как социально обусловленного заболевания требует разных подходов при социальной и экономической нестабильности либо в благоприятных общественных условиях. Такой же принцип необходимо применять и на индивидуальном уровне к пациентам с разным социально-экономическим статусом.

Итак, первостепенная задача при ЯБ — предупреждение осложнений, или третичная профилактика. Это достижимо адекватной консервативной терапией заболевания либо (при неэффективности или не реализуемости последней) плановой превентивной хирургией. Сочетание этих подходов без противопоставления должно определяться по региональным эпидемиологическим показателям. При взаимодополняющем применении обеих (консервативной и плановой хирургической) тактик риск экстренных операций должен быть минимальным. Предупреждение обострений, или вторичная профилактика — задача иного уровня, теоретически и практически вполне решаемая при достаточной медицинской культуре пациента и квалификации лечащего врача. Здесь опять необхо-

димо сочетание консервативной терапии и относительно нечастых случаев — превентивной плановой хирургии. Наконец, предупреждение самой ЯБ, или первичная профилактика, на наш взгляд, задача из разряда утопических. К сожалению, именно на ней нередко настаивают гастроэнтерологи, предлагая чуть ли не тотальную эрадикационную терапию инфицированного *Нр* населения. Хотелось бы в этой связи напомнить, что *Нр* сосуществует с человеком миллионы лет, являясь компонентом его микробиоты. В настоящее время уже доказано, что подавляющее большинство носителей *Нр* никогда не будут иметь ни симптомов диспепсии, ни *Нр*-ассоциированных болезней [5, 7].

Полагаем, что точками приложения наших врачебных усилий должна быть не *Нр*-инфекция, не желудочная секреция, моторика или иные показатели инструментальных или лабораторных исследований, а больные ЯБ со своими индивидуальными проявлениями заболевания, личностными характеристиками, экономическими возможностями, факторами риска осложнений и т.д. Важнейшее условие реализуемости любых медицинских идей — учет социального контекста переживаемого обществом кризисного периода. Иначе даже самая стройная теория останется только «декларацией о намерениях». О результативности лечебных и организационных мероприятий при ЯБ на уровне города, области, региона, целой страны можно судить только по количеству осложненных форм заболевания или по числу неотложных операций на 100 тыс. населения в год. К сожалению, работ по клинической эпидемиологии осложнений ЯБ у нас крайне мало.

Между тем, за первую половину 90-х годов XX века в Беларуси, России, Украине заболеваемость перфоративными язвами, увеличившись вдвое, относительно стабилизировалась на уровне около 25 случаев на 100 тыс. населения. В странах Балтии этот показатель составляет сейчас около 20 случаев, а в экономически развитых странах — не превышает 5 [8, 11]! Суммарная относительная частота неотложных операций при кровотечениях и прободениях стабилизировалась на существенно более высоком, нежели в советские времена уровне — 30–40 и более вмешательств на 100 тыс. насе-

ления в год. Резкое снижение плановых операций «по западному образцу» привело к неадекватному превалированию экстренных операций и росту общей летальности от ЯБ. «Маастрихтское соглашение» для наших условий, не считая столиц и мегаполисов, во многом осталось лишь пресловутой «декларацией о намерениях». Простой и внешне привлекательный алгоритм: «больной ЯБ — лечение по протоколам — эффект» — в массовом масштабе у нас не работает. Перефразируя классика, хотим подчеркнуть, что отечественного «язвенника» аршином общим не измерить!

На рисунке мы представили отдельными блоками главные, по нашему мнению, факторы, лежащие в основе принятия решения о лечебной стратегии при ЯБ. Ведущий из них — это, конечно, «клинический вариант ЯБ», или тяжесть заболевания. Это понятие при дуоденальной язве включает наследственность, возраст дебюта болезни, продолжительность анамнеза, частоту, выраженность и длительность обострений, реакцию на лечение и т.д. Здесь же наличие и характер осложнений в анамнезе или при настоящем обострении. При язве желудка понятие тяжесть прежде всего основывается на морфологических характеристиках самой язвы: ее размере, локализации, данных биопсии, также — наличии осложнений, реакции на терапию. Тяжесть течения с определенной долей вероятности может определить прогноз для здоровья, а порой и жизни. Необходимо подчеркнуть, что клинический вариант заболевания имеет выраженную социальную зависимость как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Следующий важнейший блок — существующие «варианты консервативного лечения», их практическая эффективность, реализуемость в конкретных условиях, доступность для пациента по экономическим соображениям, переносимости, а также — сложности лечебной схемы для выполнения. Теоретически современным вариантом выбора хочется считать эрадикационную антигеликобактерную терапию. Практически из-за недоступности массового лечения «по протоколам» по материальным соображениям, проблем с «кэмплайнсом» пациентов и распространенностью нарушений принципов эрадикации врача-

ми реальная роль этого прогрессивного способа противоязвенного лечения в отечественных условиях пока чрезвычайно мала. Самые типичные у нас варианты те-

рапии ЯБ — лечение обострений «по требованию» как амбулаторно, так и стационарно и «народный» способ — бессистемное симптоматическое самолечение.



Рис. Факторы, определяющие лечебную стратегию при язвенной болезни

«Квалификация врача терапевта». Здесь основная проблема, на наш взгляд, незнание и несоблюдение врачами правил эрадикационной терапии, назначение лечения только в фазу обострения (между тем лечить ЯБ «по протоколам» целесообразнее в фазу ремиссии), игнорирование кэмплайнса больного и его материального положения, непонимание роли и места хирургических методов лечения ЯБ.

Блок «варианты хирургического лечения». Подавляющее большинство наших больных (75–90%) подвергаются хирургическому лечению по неотложным показаниям, то есть когда вопросы выбора лечебной стратегии сведены к однозначным решениям, а тактические варианты весьма ограничены. При этом излишне дискути-

ровать о летальности, риске осложнений, болезнях оперированного желудка и т.п. Реально о превентивной хирургии ЯБ можно говорить, подразумевая только органосохраняющую хирургию, в частности, селективную проксимальную ваготомию (СПВ). Превентивная резекция желудка вряд ли оправдана, так как имеет летальность, сравнимую с таковой при перфоративной язве (в среднем 2–5%), несмотря на большую радикальность, чем СПВ по отношению к повторному язвообразованию, сопровождается несравнимо большей частотой и выраженностью побочных эффектов. Технически правильно выполненная СПВ имеет близкую к нулю летальность, обеспечивает высокое качество жизни и стойкую ремиссию ЯБ у 80–90% больных. К сожалению, приори-

тетное использование СПВ — удел относительно небольшой части хирургических стационаров. Предлагаемые рядом авторов лапароскопические технологии в отечественных условиях еще долго будут эксклюзивными из-за дороговизны оборудования, технической сложности и сомнительной целесообразности вмешательств.

«Квалификация и правовой статус хирурга». Теоретические знания терапевта позволяют проводить основные варианты лечения ЯБ в любых условиях. У хирурга дистанция между «знаю» и «умею» несравнимо больше. Говорить о современной хирургии ЯБ можно, подразумевая владение и резекционными, и органосохраняющими, и реконструктивными технологиями. Умение только качественно резецировать 2/3 желудка — это вчерашний день желудочной хирургии. Самостоятельное овладение органосохраняющими технологиями нередко оборачивается отказом от их применения после серии возможных неудач (нефункционирующий желудок в малом тазу, частые рецидивы и др.) на фоне традиционно успешных резекций. Необходим многолетний практический опыт, желательное обучение в специализированных центрах. Хирург, который может заниматься современной желудочной хирургией, должен иметь соответствующую квалификационную категорию.

Блок «хирургический стационар». Мы не случайно не сформировали блок «терапевтический стационар» или просто «стационар», так как современное противоязвенное лечение равно эффективно и в стационаре, и на дому. Хирургия же требует соответствующего технического, технологического и правового «оснащения», а также — коллектива единомышленников.

Блок «медицинская культура и т.д. больного». Традиционно игнорируемый в отечественной медицинской литературе аспект. Априори считается, что больной безоговорочно должен выполнять любые предписания врача. На деле же большинство пациентов выполняет рекомендации по медикаментозному лечению ЯБ лишь частично, прекращая прием лекарств по мере купирования симптомов обострения. Особый вопрос — эрадикационная терапия. Основная проблема здесь — дороговизна препаратов. Стоимость медикаментов для курса «трайпл-терапии» в РБ на сегодня — 40–

50 и более USD. Далеко не каждого больного удастся убедить в необходимости потратить существенную сумму на лекарства, когда известно, что в больнице «зарубцуют язву» за 2–3 недели бесплатно (естественно без эрадикации). Негативно воспринимается одновременный прием большого количества таблеток — «горсть утром и горсть вечером». До 10% больных вынуждено прекращают эрадикационный курс лечения из-за развития побочных эффектов.

«Неудобный вопрос» о наличии социальных показаний к хирургическому лечению ЯБ решен, между тем, самой жизнью. Больные, которые подвергаются неотложным операциям при язвенных прободениях, кровотечениях либо плановым вмешательствам — крайне неоднородны по основным социальным параметрам. Самый низкий социальный статус у пациентов с прободными язвами, напротив, высокий — в «плановой» группе.

«Соматический статус больного». В достаточной степени поддается объективной оценке. Фактор наиболее значим у пожилых пациентов с тяжелыми кровотечениями.

Итак, выбор оптимальной лечебной стратегии синтезируется врачом на основе анализа целой совокупности взаимосвязанных объективных и субъективных факторов. Главное, по нашему мнению, стремиться избегать безальтернативных ситуаций, когда решение продиктовано критическим состоянием больного. В иных случаях на чаше весов, с одной стороны, тяжесть и риск болезни, с другой — эффективность и риск метода лечения. При легком варианте болезни в принципе годится любой метод консервативной терапии. При тяжелом — необходимо квалифицированное лечение у специалиста гастроэнтеролога либо хирурга, владеющего современной желудочной хирургией. Компромиссное решение принимается с обязательным учетом кэмплайенса больного. Памятуя о том, что даже самая современная противоязвенная терапия не излечивает заболевание, а лишь обеспечивает более или менее длительную ремиссию, в алгоритме принятия решения о лечебной стратегии при ЯБ необходимо сохранить место и для плановой хирургии. Консервативная и хирургическая тактика не должны противопоставляться. В кризисные периоды, когда значительно возрастает пропорция осложненных

форм ЯБ, роль хирургии в решении проблемы объективно возрастает. Будет гораздо лучше, если основную нагрузку в этом неизбежном перераспределении ролей возьмет на себя хирургия плановая, а не экстренная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27–32.
2. Панцырев Ю.М., Михайлов А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 43–49.
3. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996–2001 гг.) / Материалы на XX съезд хирургов Украины. — Киев, 2002. — 67 с.
4. Шапошников А.В. Принятие решения в хирургии. Теоретические и прикладные аспекты. — Ростов н/Д, 2003. — 190 с.
5. Циммерман Я.С., Ведерников Б.Е., Новиков В.Н., Касьянова Н.Л. Микрофлора слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки и ее роль в патогенезе рецидива язвенной болезни // Сибир. журн. гастроэнт. гепатол. — 2001. — № 12. — С. 61–63.
6. Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. — М.: МИА, 1998. — 224 с.
7. Blaser M.J. Helicobacter pylori: Balance and imbalance // Eur. J. Gastroenterol Hepatol. — 1998. — № 10. — P. 15–18.
8. Canoy D.S., Hart A.R., Todd C.J. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom // Dig Liver Dis. — 2002. — P. 322–327.
9. Hudson N., Brydon W.G., Eastwood M.A. et al Successful Helicobacter pylori eradication incorporating a one-week antibiotic regimen // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1995. — № 9. — P. 47–50.
10. Fletcher D. Peptic disease: can we afford current management? Aust. N. Z. J. Surg. — 1997. — Vol. 67. — № 2–3. — P. 75–80.
11. Paimela H., Paimela R., Myllykangas et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the disease during the past twenty five years // Scand. J. Gastroenterol. — 2002. — P. 399–403.
12. Rubin E., Farber J.L. Peptic ulcer disease. Pathology. 2-nd ed. Philadelphia Lippincott Company. — 1994. — P. 637–643.

Поступила 31.05.2005

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 575+579:614.4]:616.981.47-036.22-084 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ ЗА САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Д.В. Тапальский, С.В. Жаворонок

Гомельский государственный медицинский университет
Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

Представлены результаты эпидемиологического маркирования полирезистентных штаммов *S.Typhimurium*. Отмечено клональное происхождение цефотаксим-резистентных штаммов.

Ключевые слова: сальмонеллы, антибиотикорезистентность, типирование, пульс-электрофорез.

MOLECULAR GENETICAL METHODS IN EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION FOR SALMONELLOSES

D.V. Tapalski, S.V. Zhavoronok

Gomel State Medical University
Gomel Regional Centre of Hygiene, Epidemiology and Public Health

Results of epidemiological marking of multiresistant *S.Typhimurium* strains are submitted. The clonal parentage of cefotaxime-resistant strains is marked.

Key words: salmonellas, resistance to antibiotics, typing, pulsed-field gel electrophoresis.