

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Яровой С. К.^{1,2}, Мисякова О. А.²

1 — ФБГУ «НИИ урологии» Минздрава России

2 — ГБУЗ «Городская клиническая больница № 57» Департамента здравоохранения г. Москвы

UPPER GASTRO-INTESTINAL TRACT ULCERATIVE COMPLICATIONS PHARMACEUTICAL PROPHYLAXIS IN URINARY TRACT OPERATIONS: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MEDICATION EFFECTIVENESS

Sergey K. Yarovoy, Oksana A. Misyakova

Federal state budget establishment Scientific-research institute of urology,

Municipal budget health care establishment Municipal hospital #57

Яровой Сергей Константинович, д.м.н., ведущий научный сотрудник ФБГУ «НИИ урологии» Минздрава РФ, врач-клинический фармаколог, врач-нефролог ГБУЗ ГКБ№ 57 Департамента здравоохранения г. Москвы;

Мисякова Оксана Анатольевна, врач-уролог ГБУЗ ГКБ№ 57 Департамента здравоохранения г. Москвы

Yarovoi Sergei, Leading Researcher, FSBI "Scientific Research Institute of Urology" Ministry of Healthcare of Russia, clinical pharmacologist, doctor nephrologist at the Municipal Hospital № 57, City of Moscow

Misyakova Oksana, doctor nephrologist at the Municipal Hospital № 57, City of Moscow

**Яровой
Сергей Константинович**

Yarovoi Sergei K.

**E-mail:
yarovoy.sk@yandex.ru**

Резюме

В статье проанализированы результаты медикаментозно профилактики эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 2384 пациентов, перенесших операции на органах мочеполовой системы в ГКУБ№ 47 в 2004–2011 гг. Пациенты были разделены на группы согласно типу вмешательства и примененному препарату (пероральные формы ранитидина и омепразола, парентеральные формы фамотидина, омепразола, пантопразола). Достоверные различия в эффективности применяемых препаратов отмечены лишь в группах больных, перенесших наиболее травматичные урологические вмешательства — простатэктомию и цистэктомию, где в целом преимущества продемонстрировали парентеральные формы блокаторов протонной помпы перед парентеральными блокаторами H₂ гистаминовых рецепторов.

По результатам анализа сделано заключение, что при небольших по объему эндоскопических урологических вмешательствах, противоязвенную профилактику необходимо проводить только пациентам, имеющим сопутствующую язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом желательно назначать экономически доступные пероральные формы блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов или блокаторов протонной помпы. Тотальное назначение противоязвенной профилактики целесообразно лишь при нефрэктомии и резекции почки по онкологическим показаниям, радикальной простатэктомии и цистэктомии, где предпочтительны парентеральные формы блокаторов протонной помпы.

Ключевые слова: обострение язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки, острая стрессовая язва, противоязвенная профилактика, урологические операции.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 106 (6):43-49

Summary

The medical prophylaxis results for ulcerative complications from upper gastro-intestinal tract were estimated on 2384 patients, underwent urologic operations in the hospital #47 in the period from 2004 to 2011. Patients were divided to different groups, according to type of operation and by medications that were used (per-oral forms of Ranitidine and Omeprazole, parenteral forms of Famotidine, Omeprazole and Pantoprazole). Confirmed difference in the effectiveness of medicine, were used, were detected just in groups of patients, underwent the most traumatic urologic operations: prostatectomy and cystectomy, where significant advance showed parenteral forms of proton pump blockers in comparison with parenteral H₂-histamine receptors blockers.

As the solution after analysis, that was performed, the small urologic operations, include endoscopic, anti-ulcerative prophylaxis must be advised only to patients, that suffered specific co-morbidity, such as ulcerative stomach and duodenum disease.

When it is available, it's better to prescribe economically reasonable per-oral forms of H₂-histamine receptor blockers or blockers of proton pump. Total prescription of anti-ulcerative prophylaxis recommends just in case of nephrectomy and kidney's resection, according to oncologic must to do; radical prostate-ectomy and cystectomy, where more preferably are to use parenteral treatment by proton pump blockers.

Keywords: recurrence of ulcerative disease of stomach and duodenum, acute stress ulcer, anti-ulcerative prophylaxis, urologic operations.

Ekspperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 106 (6):43-49

Проблема острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде известна давно. Одна из первых публикаций с описанием случаев эрозивных дефектов слизистой гастродуоденальной зоны, вызвавших кровотечение после операции, была сделана Eiselberg и Billroth ещё в XIX веке [1]. Позже аналогичные осложнения были также описаны у пациентов с другими критическими состояниями: ожоговой болезнью, сепсисом, черепно-мозговой травмой и др. Важно отметить, что упомянутые эрозивные дефекты слизистой не имели отношения к язвенной болезни и их развитие было острым, поэтому они были выделены в отдельный синдром, получивший название стрессовых язв.

Проведённый литературный поиск в крупнейшей базе данных медицинской информации Medline не выявил работ, в которых бы целенаправленно проводилось изучение проблемы послеоперационных желудочно-кишечных осложнений в урологии. Есть отдельные публикации 60–70-х гг. XX века, название которых свидетельствует об их соответствии данной теме, но отсутствие рефератов статей не позволяет судить даже о виде публикации [2,3].

Наиболее часто используемыми препаратами для профилактики стрессовых желудочно-кишечных кровотечений в хирургической практике являются антагонисты блокаторы H₂-рецепторов к гистамину и блокаторы протонной помпы.

Блокаторы гистаминовых рецепторов подавляют стимулированную гистамином секрецию соляной кислоты, блокируя H₂-гистаминовые рецепторы на базолатеральной поверхности париетальных

клеток. Представители данной фармакологической группы различаются по своему блокирующему потенциалу: он наименее выражен у циметидина, сильнее — у ранитидина и низатидина и наиболее сильно выражен у фамотидина.

Эффективность блокаторов рецепторов к гистамину для профилактики стрессовых язв и язвенных кровотечений является хорошо доказанной. В сравнении с плацебо эти препараты достоверно снижают риск вышеуказанных осложнений [4]. Вдобавок была отмечена статистически незначимая тенденция к снижению смертности на фоне их применения.

Альтернативой блокаторов рецепторов к гистамину являются ингибиторы протонной помпы. Основными представителями группы являются омепразол, лансопразол, пантопразол, эзомепразол и рабепразол. На данный момент ингибиторы протонной помпы являются наиболее сильными средствами подавления желудочной секреции, позволяя достичь и удерживать pH > 6 [5]. Ингибиторы протонной помпы, по сравнению с блокаторами рецепторов к гистамину имеют ряд преимуществ. Они необратимо ингибируют протонную помпу париетальных клеток, подавляя последний этап кислотопродукции — транспорт протонов, тем самым обеспечивая длительный и устойчивый эффект, что позволяет применять более редкий режим дозирования. Ингибиторы протонной помпы подавляют не только стимулированную, но и базальную секрецию. Вдобавок, к ингибиторам протонной помпы не развивается толерантность.

Самое крупное из имеющихся исследований из исследований омепразола при стрессовых язвах было выполнено

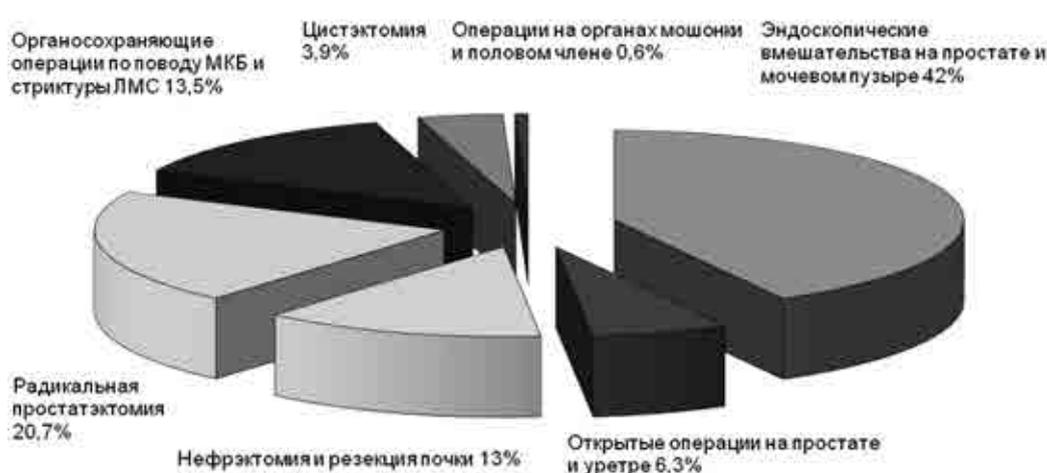


Рис.1. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по урологическим операциям (n=876, ГКУБ№ 47 2004–2011 гг.)

Conrad и соавт. [6]. Оно представляло собой многоцентровое двойное слепое рандомизированное клиническое исследование, в котором участвовали пациенты с высоким риском стрессовых кровотечений из желудочно-кишечного тракта, требующие искусственной вентиляции легких (всего 359 чел.). Проводилось сравнение омепразола (80 мг в первые сутки, далее — 40 мг/сут. через желудочный или назогастральный зонд в виде формы для немедленного высвобождения), и циметидина (300 мг болюсно, далее — 50 мг/ч.). На основании полученных результатов авторы исследования пришли к выводу, что омепразол не уступает циметидину по способности снижать риск стрессовых кровотечений из желудочно-кишечного тракта.

Имеется только одно пилотное рандомизированное клиническое исследование, в котором сравнивались различные дозировки пантопразола

и циметидина у пациентов со стрессовыми язвами, выполненное Morris и соавт. [7]. Его результаты показали, что циметидин обеспечил удержание $\text{pH} \geq 4$ в течение 77% времени, сравнимые значения были получены для пантопразола 40 и 80 мг дважды в день (73 и 77%, соответственно), тогда как пантопразол 80 мг дважды в день продемонстрировал большую эффективность, чем циметидин, — 83% времени значения pH оставались ≥ 4 .

Как уже ранее отмечалось, информация по противоязвенной профилактике при выполнении оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы очень ограничена, поэтому актуальной является оценка эффективности различных лекарственных препаратов, назначаемых для предотвращения осложнений со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у реальной урологической практике.

Материал и методы исследования

Настоящий ретроспективный анализ эффективности противоязвенной профилактики основывается на результатах 8346 оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и 1960 эзофагогастродуоденоскопий, выполненных в городской клинической урологической больнице № 47 за период 2004–2011 гг. Всего противоязвенную профилактику получало 2384 пациента. Подробное распределение язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства представлено на рис. 1.

Под адекватностью противоязвенной профилактики подразумевалось: клинически и экономически обоснованный выбор препарата, его лекарственной формы, дозировки и длительности курса, учитывающий общее состояние пациента, его основное и сопутствующее заболевания, возможные лекарственные взаимодействия с ранее назначенными лекарственными средствами, состояние печени и почек, что имеет принципиальное значение для выведения препарата из организма; а также достаточность назначений — нередко приходится наблюдать тенденцию к назначению многокомпонентных

схем у пациентов, не имеющих высокого риска язвенных осложнений, из соображений «перестраховки». Необходимо отметить, что на сегодняшний день отсутствует регламентирующая документация по противоязвенной профилактике у больных урологического профиля, поэтому указанные препараты назначаются лечащим врачом, иногда по согласованию со специалистом, выполняющим эзофагогастродуоденоскопию. Длительность курса профилактики также определяется индивидуально.

Под эффективностью противоязвенной профилактики подразумевалось отсутствие эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. Оценивалась эффективность блокаторов H_2 гистаминовых рецепторов II поколения ранитидина таб., III поколения — фамотидина (квamatела) в/в, блокаторов протонной помпы — омепразолакапс., (ультопа) в/в, пантопразола (контролока) в/в.

Для статической обработки применялась программа БИОСТАТИСТИКА (BIOSTAT.EXE).

Рис. 2.
Доля урологических вмешательств, сопровождаемых противоязвенной профилактикой.
n=2384 операций, ГКУБ №47 2004—2011 гг.

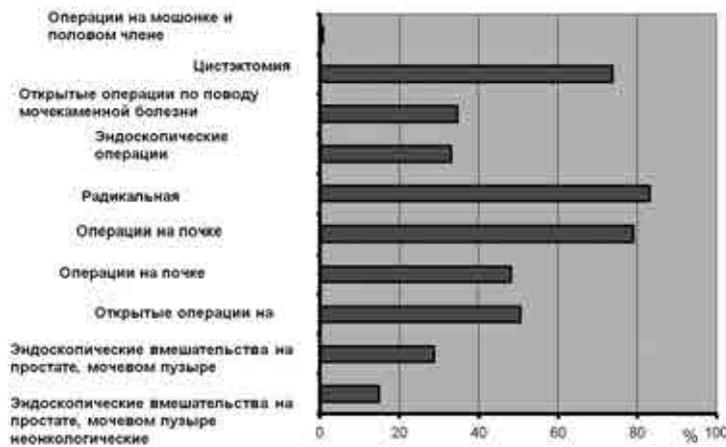
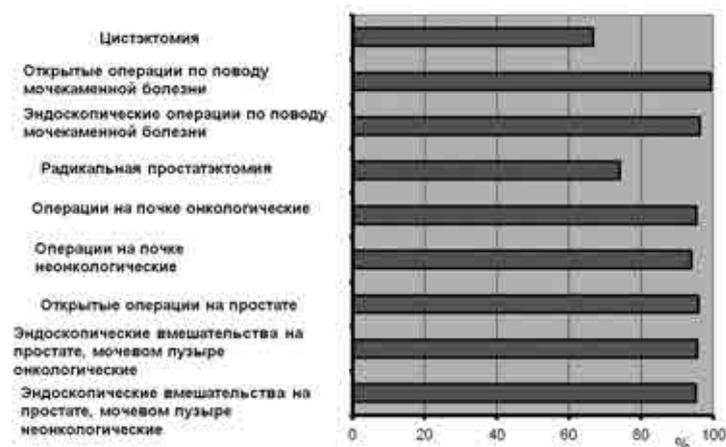


Рис. 3.
Эффективность противоязвенной профилактики при различных урологических операциях.
n=2384 операций, ГКУБ №47 2004—2011 гг.



Результаты исследования

В среднем в изучаемой выборке профилактикой сопровождалось 28,6% оперативных вмешательств, однако распределение отличается неравномерностью (рис. 2). Медикаментозная профилактика язвенных осложнений была назначена при 83,1% радикальных простатэктомий, 79,1% открытых операций на почке по онкологическим показаниям, 73,7% радикальных цистэктомий, 50,5% открытых вмешательств на простате и уретре, 48,2% открытых операций на почке по неонкологическим показаниям. Другие виды оперативного лечения противоязвенной профилактикой сопровождалось реже — 33,1%, 34,6% соответственно открытых и эндоскопических операций по поводу мочекаменной болезни, 28,7%, 14,9% эндоскопических вмешательств на простате, мочевом пузыре, уретре соответственно по онкологическим и неонкологическим показаниям и лишь 0,8% андрологических операций.

Из имеющихся данных несложно рассчитать и общую эффективность противоязвенной профилактики в зависимости от вида оперативного лечения. Эта величина кажущаяся, так как вероятность развития язвы в отсутствие профилактики далеко не 100% даже у наиболее осложненных пациентов. Однако для практической работы можно считать, что если осложнение не развилось, значит, профилактика эффективна.

Средняя по изучаемой выборке «кажущаяся» эффективность профилактики составляет 93,2%. Выделяются две группы пациентов, у которых

эффективность профилактики значительно ниже, — перенесшие радикальную цистэктомию (66,7%) и радикальную простатэктомию (73,9%) (рис. 3). При остальных операциях «кажущаяся» эффективность профилактики превышает 90%.

При проведении *эндоскопических оперативных вмешательств на простате, уретре, мочевом пузыре по неонкологическим показаниям* общая эффективность противоязвенной профилактики составила 95,2%. При этом назначение перорального ранитидина и омепразола оказалось равноэффективным парентеральному фамотидину — 92%, 95,4%, 98,7% соответственно, $p > 0,05$. Парентеральные блокаторы протонной помпы назначались единичным больным и достоверно оценить их эффективность не представляется возможным. Явно ошибочных назначений мы не отметили, однако 9,7% пациентов были необоснованно назначены многокомпонентные схемы противоязвенной профилактики.

При выполнении *эндоскопических операций на нижних мочевых путях пациентам онкоурологического профиля* ситуация с противоязвенной профилактикой в целом близка к вышеописанной. Общая эффективность профилактики 95,5%. Применение пероральных ранитидина и омепразола дало даже несколько больший процент больных, прошедших без осложнений (96% и 95,9% соответственно), чем использование парентерального кваматела (90,6%), однако различия оказались не достоверными ($p > 0,05$). Сравнительно дорогостоящие

парентеральные блокаторы протонной помпы применялись лишь у единичных, наиболее тяжелых пациентов. При оценке адекватности противоязвенной профилактики было отмечено единичные случаи необоснованного выбора препарата (1,4%). У 16,3% присутствовали избыточные назначения различных лекарственных средств, применяющихся для терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — антицидов, солей висмута и даже антибиотиков — кларитромицина и ампициллина.

При проведении *чреспузырной аденомэктомии, операции Хольцова (уретроуретроанастомоза)* и других открытых вмешательств на уретре и предстательной железе 95,9% пациентов, получавших противоязвенные препараты с профилактической целью не имели осложнений со стороны пищеварительной системы. Парентеральная форма фамотидина продемонстрировала несколько большую эффективность (97,9%) по сравнению с пероральными ранитидином и омепразолом (94,1% и 90,5% соответственно), однако различия не отвечают критериям достоверности ($p > 0,05$). При анализе медицинской документации были отмечены отдельные случаи необоснованного выбора препаратов для противоязвенной профилактики (1,4%) и избыточные назначения (6,2%).

Выполнение *нефрэктомии и резекции почки по неонкологическим показаниям* сопровождалось профилактическим назначением парентерального фамотидина (эффективность 93,9%). Другие противоязвенные препараты применялись лишь у единичных пациентов. Их число недостаточно для статистической обработки. Общая эффективность профилактики составила 93,9%. У 3,8% больных схема противоязвенной профилактики имела существенные недостатки (неадекватный выбор лекарственного средства, недостаточная или избыточная дозировка и т.д.), у 12,9% пациентов присутствовали избыточные назначения.

Открытые операции на почках и верхних мочевых путях по поводу злокачественных новообразований также сопровождалась противоязвенной профилактикой главным образом с использованием парентерального фамотидина, эффективность которого составила 95,2%. Применение пероральных форм блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов и блокаторов протонной помпы, на наш взгляд, в данной клинической ситуации является неоправданным, так как затрудняет проведение профилактики в раннем послеоперационном периоде, когда вероятность развития стрессовых язв особенно высока (20,5% больных, которых мы отнесли к группе с неадекватным выбором препарата). Тем не менее, эффективность профилактического назначения пероральных форм ранитидина и омепразола (97,1% и 93,3% соответственно) оказалась сравнимой с эффективностью парентеральных фамотидина (95,2%) и пантопразола (93,3%) ($p > 0,05$). Общая эффективность противоязвенной профилактики в изучаемой группе пациентов — 95,3%. У 7,2% больных отмечены избыточные назначения.

Радикальная простатэктомия, как одно из наиболее травматичных оперативных вмешательств в урологической практике, на наш взгляд, требует проведения противоязвенной профилактики

исключительно парентеральными лекарственными формами. Поэтому все случаи назначения пероральных препаратов нами заносились в графу неадекватной противоязвенной профилактики. Таких пациентов сравнительно немного (5,4%), поэтому достоверно определить степень повышения риска при применении пероральных форм по сравнению с парентеральными не представляется возможным. Парентеральный фамотидин продемонстрировал 70,7%-ую эффективность, которая достоверно ниже эффективности пантопразола (88,9%, $p < 0,05$) и достоверно не отличается от парентерального омепразола (78,8%, $p > 0,05$). Общая эффективность противоязвенной профилактики при проведении радикальной простатэктомии составила 73,9%. Сравнительно часто встречались избыточные назначения (18,9%).

При *открытом оперативном лечении мочекаменной болезни и стриктур верхних мочевых путей* наблюдалась высокая эффективность противоязвенной профилактики как пероральными ранитидином и омепразолом (97% и 98,4% соответственно), так и парентеральным фамотидином (99,6%) без достоверных различий между препаратами ($p > 0,05$). Общая эффективность противоязвенной профилактики составила 98,7%. У 4,9% пациентов схема противоязвенной профилактики была расценена как неадекватная, у 17,2% больных имелись избыточные назначения.

При *эндоскопическом лечении мочекаменной болезни и стриктур верхних мочевых путей* общая эффективность противоязвенной профилактики достигает 99,8%. При этом применение парентерального фамотидина, пероральных ранитидина и омепразола оказалось равноэффективным ($p > 0,05$). Отдельные пациенты получали неадекватную профилактику (1,6%), у 24,5% больных отмечены избыточные назначения.

При выполнении *цистэктомии* и последующих одномоментных оперативных вмешательств, направленных на деривацию мочи, на наш взгляд, противоязвенная профилактика должна проводиться исключительно парентеральными лекарственными формами. Число пациентов, получавших пероральный ранитидин или омепразол невелико, что исключает возможность статистически достоверных оценок (9,5% — доля пациентов, получавших неадекватную противоязвенную профилактику). Эффективность парентерального фамотидина составляет 46,7%, в то время как при применении парентерального омепразола и пантопразола без осложнений прошел достоверно больший процент больных — 76,9% и 80% соответственно ($p < 0,05$). Избыточность назначений отмечена у 23,8% пациентов.

Среди пациентов, перенесших *андрологические операции*, противоязвенную профилактику получали лишь единичные больные, имевшие предшествующую язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Применялись в основном пероральные лекарственные формы. Общую эффективность противоязвенной профилактики, даже не говоря о конкретных препаратах, оценить затруднительно, так как в этой группе пациентов мы вообще не наблюдали послеоперационных эрозивно-язвенных поражений органов желудочно-кишечного тракта.

Обсуждение полученных результатов

Полученные результаты представляются дискуссионными. Начать необходимо с анализа самого понятия эффективности профилактики. Цель профилактики — снизить риск, в данном случае эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела пищеварительного тракта. Вполне очевидно, что без профилактики риск этот составляет далеко не 100%. Поэтому под эффективностью правильнее считать не процент больных, прошедших без осложнений, а разницу в рисках. Однако для практической работы существенно важнее знать процент больных, прошедших без осложнений, так как именно этот показатель позволяет сделать выбор в пользу того или иного препарата. Ведь разница между рисками, составляющими 0,3% и 1,3% (более чем в 4 раза!), при достаточно большой выборке может ответить критериям достоверности, однако на практике это будет почти неощутимо. А выбор препарата пойдет уже не по клиническим, а по экономическим критериям.

Достоверные различия в эффективности применяемых препаратов отмечены лишь в группах больных, перенесших наиболее травматичные урологические вмешательства — простатэктомию и цистэктомию. Поэтому рассуждения о преимуществах каких-либо лекарственных средств возможны только применительно к этим наиболее тяжелым категориям пациентов. В остальных группах больных ни один из изучаемых препаратов не продемонстрировал ярких, достоверных отличий от других использовавшихся лекарственных средств. В результате получается, что на исход влиял не выбор препарата, а сам факт назначения или неназначения противоязвенной профилактики.

По этой же причине, а отчасти по недостаточному для статистической обработки числу послеоперационных язвенных осложнений нецелесообразно выделение подгрупп пациентов, имевших или не имевших предрасполагающую язвенную болезнь желудка и получавших конкретный препарат.

При простатэктомии и цистэктомии в целом преимущества продемонстрировали парентеральные формы блокаторов протонной помпы перед парентеральными блокаторами H₂ гистаминовых рецепторов. При цистэктомии эффективность противоязвенной профилактики представителем последних вообще неприемлемо мала — без осложнений прошло менее половины пациентов. Отсюда следует вполне очевидный вывод о выборе соответствующего препарата.

Можно ситуацию рассмотреть и с другой стороны. Парентеральные формы блокаторов протонной помпы, которые являются одними из наиболее дорогостоящих противоязвенных средств, демонстрируют свои преимущества (если смотреть со стороны фармакоэкономики, то формулировка будет другая: «окупают свою повышенную стоимость») лишь у наиболее тяжелых пациентов, к которым относятся больные, страдающие злокачественными новообразованиями предстательной железы, мочевого пузыря и перенесшие крайне травматичную радикальную операцию. Вероятно,

к этой группе крайне тяжелых больных можно отнести пациентов с бактериотоксическим шоком, после массивных кровотечений, а также имеющих иные тяжелые нарушения гемодинамики, приводящие к стойкой ишемии слизистой оболочки желудка. Между тем даже при гнойно-деструктивных формах пиелонефрита (в нашем исследовании это пациенты, перенесшие открытые операции на почке по неонкологическим показаниям) парентеральные формы блокаторов протонной помпы существенных преимуществ не демонстрируют.

Что касается отличий представителей поздних поколений препаратов от ранних, то здесь ситуация еще более сомнительна. Мы не нашли достоверных различий в эффективности между ранитидином и фамотидином. Однако в группе пациентов, перенесших цистэктомию, пантопризол оказался достоверно эффективнее омепразола. На наш взгляд, для серьезных выводов фактов недостаточно, но если следовать наметившейся тенденции, то дорогостоящие препараты поздних поколений целесообразно назначать только особо тяжелым или изначально осложненным пациентам. Вероятно, данные препараты следует поставить на предметно-количественный учет, тем самым ограничив круг лиц, имеющих к ним доступ и сократив частоту необоснованных назначений.

Теперь подробнее рассмотрим проблему обоснованных назначений. В данном исследовании мы столкнулись с весьма необычным явлением. Неадекватная профилактика, то есть неадекватный выбор препарата, его дозы, длительности курса и т.д. не всегда ведет к уменьшению ее эффективности, точнее, почти никогда не ведет к этому.

Лечащий врач, расценив клиническую ситуацию как угрожающую по осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта, с профилактической целью назначает лекарственные средства. Цель вполне очевидна — максимально снизить риск вышеуказанных осложнений. Поэтому препараты он будет выбирать максимально эффективные с его точки зрения. Или даже комбинацию препаратов из разных фармакологических групп. В результате нередко получается, что степень угрозы не соответствует гипертрофированным профилактическим мероприятиям. Это встречается настолько часто, что мы специально выделяли «избыточные назначения».

Обратный вариант также встречается часто — когда лечащий врач недооценивает возможный риск язвенных осложнений. Но тогда противоязвенная профилактика скорее всего вообще назначена не будет, так как угроза представляется эфемерной, малозначимой, и кажется, что ее можно вообще игнорировать. Ситуации, когда тяжелому, соматически отягощенному пациенту проводится заведомо недостаточно эффективная терапия в настоящее время крайне редки. Анализируя медицинскую документацию, мы отметили, что руководители отделений, представители администрации клиники, консультанты быстро замечают «недостаточность» назначений, и схема терапии немедленно корректируется. Однако «избыточность»

назначений зачастую расценивается как проявление «предусмотрительности» лечащего врача и пресекается крайне редко.

Поэтому, если противоязвенная профилактика проводится, то или адекватно, или чрезмерно. Это

Выводы

При небольших по объему урологических вмешательствах, особенно эндоскопических, противоязвенную профилактику необходимо проводить только пациентам, имеющим сопутствующую язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом желательнее назначать экономически доступные пероральные формы блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов или блокаторов протонной помпы.

Тотальное назначение противоязвенной профилактики целесообразно лишь при нефрэктомии и резекции почки по онкологическим показаниям, радикальной простатэктомии и цистэктомии.

Парентеральные формы блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов показаны пациентам, в том числе страдающим язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, у которых использование пероральных лекарственных форм затруднено или по тяжести состояния нарушено всасывание. Примером могут послужить открытые операции на почке и верхних мочевых путях по

не может сильно отражаться на эффективности лекарственной терапии, но оборачивается перерасходом дорогостоящих препаратов и излишними трудозатратами на их введение, не говоря уже о рисках, связанных с полипрагмазией.

поводу коралловидном нефролитиазе, протяженных стриктурах мочеточника, злокачественных новообразований.

Назначение дорогостоящих парентеральных форм блокаторов протонной помпы целесообразно только пациентам, которым предполагается выполнение радикальной простатэктомии, радикальной цистэктомии, операции Бриккера, кишечной пластики мочевого пузыря и т.д., а также, вероятно, наиболее тяжелым больным после массивной кровопотери и со стойкими системными нарушениями гемодинамики вне зависимости от объема проведенного оперативного вмешательства.

Учитывая выявленную тенденцию к избыточным назначениям противоязвенных препаратов, необходимой является разработка протоколов противоязвенной профилактики применительно к каждому виду урологических операций, обязательно учитывающих сопутствующие заболевания пациента (язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперацидный гастрит и т.д.).

Литература

1. Hubert J. P. Jr., Kiernan P. D., Welch J. S. The surgical management of bleeding stress ulcers. *Ann Surg*. 1980 Jun;191 (6):672–9.
2. Cibert J., Garbit J. L., Mohajder R. M. Digestive tract hemorrhage started by urological operations. *J Urol-Nephrol (Paris)*. 1968 Jun;74 (6):437–44.
3. Kazon M. Complications of the digestive tract, following urological operations. *Pol PrzeglChir*. 1967 Apr;39 (4): Suppl 20:409+.
4. Abaitua Bilbao J. M., Manzanos Gutierrez J. Digestive hemorrhages and urological surgery. // *ActaUrol Belg*. 1974 Jan;42 (1):7–27.
5. Cook D. J., Griffith L. E., Walter S. D. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care*. 2001 Dec;5 (6):368–75.
6. Conrad S. A., Gabrielli A., Margolis B. u coasm. Randomized, double-blind comparison of immediate-release omeprazole oral suspension versus intravenous cimetidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2005 Apr;33 (4):760–5.
7. Morris J. A. Intermittent intravenous pantoprazole rapidly achieves and maintains gastric pH > 4 compared with continuous infusion H₂-receptor antagonist in intensive care unit (ICU) patients [abstract 117]. *Crit Care Med* 2002;30.