



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ УРОЛОГИИ

Максимов В.А.¹, Лазебник Л.Б.², Яровой С.К.^{1 3}, Мисякова О.А.¹

¹ Городская клиническая урологическая больница № 47 ДЗ г. Москвы

² ГУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологи ДЗ г. Москвы

³ ФГУ «Научно-исследовательский институт урологии Минздравсоцразвития РФ»

Максимов Виктор Алексеевич
105425, Москва, 3-я Парковая, д. 51
Тел.: 163 5381
E-mail: gkub 47@ mosgorzdrav.ru

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у пациентов урологического профиля.

Материалы и методы: ретроспективный анализ результатов 1960 эзофагогастроуденоскопий, выполненных в городской клинической урологической больнице № 47 за период 2004–2010 гг.

Результаты: эзофагогастроуденоскопия в ГКУБ № 47 выполняется в среднем 3,8% пациентов, при этом острые эрозивно-язвенные поражения органов желудочно-кишечного тракта выявляются в среднем у 50,7% пациентов; наиболее часто острые эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта встречаются при аденоме простаты, новообразованиях простаты, почки, мочевого пузыря, а также при нефролитиазе, осложненном активным пиелонефритом, на долю которых в общей сложности приходится 94,4% всех выявленных обострений язвенной болезни и стрессовых язв; наибольший риск язвенных осложнений сопровождается цистэктомией, простатэктомией, нефроэктомией, выполняемые по онкологическим показаниям (соответственно 59,6%, 53,7%, 18,2%).

Заключение: органоуносящие онкоурологические вмешательства сопровождаются высокой вероятностью послеоперационных язвенных осложнений, причем сам факт наличия злокачественного новообразования выступает отдельным значимым фактором риска.

Ключевые слова: обострение язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки; острая стрессовая язва; урологические операции.

SUMMARY

The Aim: to study the prevalence of diseases of the upper gastrointestinal tract in urological profile patients.

Materials and Methods: Retrospective analyses of 1960 esophagogastroduodenoscopy were performed in the Clinical Urological Hospital № 47 for the period 2004-2010.

The Results: ezogofago gastroduodenoscopy in CUH № 47 is performed at an average 3.8% of patients, the acute erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract are detected at an average of 50.7% of patients; most often acute erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract occur in the prostate adenoma, prostate tumors, kidney, bladder, as well as nephrolithiasis, complicated by active pyelonephritis; 94.4% of total accounts of all identified exacerbations are peptic ulcer and stress ulcer; the greatest risk of ulcer complications accompanied by cystectomy, prostatectomy, nephroektomy performed for oncologic indications (respectively 59.6%, 53.7%, 18.2%).

Conclusion: The urological oncology organ removing interventions are accompanied by a high probability of post-operative complications of ulcers, and the mere presence of malignancy appears as specific, significant risk factor.

Keywords: exacerbation of peptic ulcer and duodenal ulcer; acute stress ulcer; urologic surgery.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — одно из наиболее распространенных заболеваний человека. Распространенность язвенной болезни человека среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% и имеет тенденцию к росту [1]. Изучение патогенеза заболевания и совершенствование лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является приоритетной задачей современной гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии [2; 3].

Все это, на первый взгляд, имеет весьма отдаленное отношение к урологии. Тем не менее современное состояние стационарной урологической помощи все чаще заставляет задуматься о необходимости упорядочения профилактического назначения противоязвенных препаратов, о разработке особых протоколов ведения больных, страдающих сочетанной урологической и гастроэнтерологической патологией.

Тот факт, что обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки связаны со стрессами, было известно еще клиницистам XIX века. В те годы лечение этих обострений в основном сводилось к диетическим ограничениям и антацидам. Учитывая недостаточную эффективность фармакотерапии, особое внимание тогда уделялось охранительному режиму, то есть исключению не только стрессов, но и вообще сколько-нибудь существенных нагрузок. «Язва лечится теплом постели» — эта формулировка очень четко отражает представления того времени о важности стрессового компонента в патогенезе данного заболевания. По современным представлениям, обострение язвенной болезни, неосложненное кровотечением или перфорацией, не является показанием к строгому постельному режиму, однако стресс по-прежнему считается едва ли не ведущим этиологическим фактором данной нозологии [3].

Оперативное вмешательство любого объема является сильным стрессом, который создает предпосылки для формирования эрозий и язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Особенно неблагоприятно сочетание значительной операционной травмы и кровопотери, а также системных расстройств гемодинамики. В данной ситуации наряду с обострением предшествующей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко наблюдается развитие язв и эрозий у лиц с ранее условно здоровым желудочно-кишечным трактом, так называемых стрессовых язв и эрозий. В условиях нарушенной гемодинамики и гемокоагуляции дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки демонстрируют склонность к быстрому распространению как по периметру, так и вглубь стенки органа, что закономерно сопровождается высоким риском желудочно-кишечных кровотечений [3; 4]. Ситуация усугубляется применением в послеоперационном периоде высоких доз ненаркотических анальгетиков, имеющих доказанную собственную гастротоксичность [5].

Проблема стрессовых язв желудка и двенадцатиперстной кишки для урологии долгое время не была первостепенной. Пациенты, страдающие язвенной болезнью, получали урологическую помощь на фоне ранее назначенной им терапии, а стрессовые язвы были редки главным образом из-за преобладания оперативных вмешательств небольшого объема. Однако с развитием оперативной техники, появлением новых высокотехнологичных методов лечения актуальность вышеупомянутой проблемы стала расти. Кроме того, немаловажную роль сыграло развитие рыночных отношений и формирование современной системы финансирования лечебно-диагностического процесса, при которых любые осложнения, вне зависимости от их потенциальной предотвратимости, особо оплачиваются. Лечение осложнений, возникших в ходе лечения пациента, в том числе и язвенных, стало внутренней проблемой клиники.

В этих условиях, несмотря на то что современная нормативная документация, регламентирующая оказание урологической помощи, не обязывает назначать противоязвенные препараты в до- и послеоперационном периоде [6], все ведущие урологические клиники стали усиленно разрабатывать внутренние протоколы противоязвенной профилактики. В результате на сегодняшний день противоязвенная профилактика проводится практически во всех ЛПУ, выполняющих значительные по объему операции по поводу мочекаменной болезни, аномалий развития и новообразований органов мочеполовой системы, а также реконструктивные вмешательства с применением сегментов кишечника. Однако качество имеющихся протоколов зачастую неудовлетворительно, нередки ситуации, когда противоязвенная профилактика принимает гротескные и уродливые формы, сопровождаемая полипрагмазией и необоснованными диагностическими вмешательствами.

Для оценки реальной клинической практики было проведено исследование частоты, распространенности и связи язвенных осложнений с основными урологическими нозологиями и оперативными вмешательствами в крупной монопрофильной урологической клинике — городской клинической урологической больнице № 47.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ результатов 1960 эзофагогастроуденоскопий, выполненных в городской клинической урологической больнице № 47 за период 2004–2010 гг.

ЭЗОФАГОГАСТРОУДЕНОСКОПИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

В январе 2004 году в ГКУБ № 47 была закуплена медицинская аппаратура, позволяющая проводить лечебно-диагностическую эзофагогастроуденоскопию,

и сформировано соответствующее подразделение, которое с первых дней своего существования полностью обеспечивало потребность клиники в этих манипуляциях. В среднем в год выполнялось 285 исследований, что составляет 3,8% от общего числа пролеченных больных в течение года (в среднем 7500 чел.). Динамика изменения относительного количества пациентов, перенесших эзофагогастродуоденоскопию, отражена на *рис. 1*. За период наблюдения доля больных, которым было проведено данное исследование, увеличилась с 3,1% до 4,9%, то есть в 1,6 раза. Рост числа выполненных за год исследований пришелся в основном на 2006–2008 годы, в дальнейшем эта цифра практически стабилизировалась.

Для оценки адекватности работы данной службы следующим этапом необходимо изучить результаты проведенных исследований. Показаниями к проведению эзофагогастродуоденоскопии служили: клиника обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острой стрессовой язвы или эрозии, желудочно-кишечное кровотечение, а также указания пациента на наличие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при подготовке к плановому оперативному лечению.

Согласно статистическим данным, всего за период 2004–2010 гг. в клинике было выполнено 1960 исследований. На *рис. 2* представлено распределение частот встречаемости различных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у урологических больных по результатам проведенных эзофагогастродуоденоскопий. Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки было выявлено у 39,5% обследованных, острые стрессовые язвы и эрозии (без предшествующего язвенного анамнеза) — у 10,4% больных. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также хронический гастродуоденит в стадии ремиссии отмечены соответственно у 28,8% и 20,3% пациентов. Прочие заболевания органов желудочно-кишечного тракта встречались единично — среди них впервые выявленные новообразования желудка и пищевода (0,2%) и синдром Мэллори–Вейса (0,8%). Таким образом, острая и неотложная патология желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки выявлялась практически с той же частотой, что и хроническая (50,7% и 49,3% соответственно).

Как уже ранее отмечалось, при отсутствии явной клиники открытой язвы или желудочно-кишечного кровотечения основным показанием к проведению эзофагогастродуоденоскопии служило указание на «язвенный анамнез», то есть ранее имевшее место обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки или эрозивный гастрит/гастродуоденит. Такое плановое обследование на предоперационном этапе позволяет отсеять пациентов, имеющих открытые язвы или эрозии со скудной симптоматикой, и тем самым уменьшить вероятность осложнений в раннем послеоперационном периоде. Поэтому представляет особый интерес доля больных, которым по результатам эзофагогастродуоденоскопии была подтверждена

ремиссия и которые впоследствии перенесли оперативное лечение основного урологического заболевания. Согласно нашим расчетам, таких пациентов было 393, что составляет лишь 40,9% от общего числа больных, имевших ремиссию язвенной болезни или хронический гастродуоденит.

Достаточно низкий процент оперированных пациентов (40,9%) может свидетельствовать об излишнем расширении показаний к эзофагогастродуоденоскопии или о тенденции к преждевременному назначению этого метода исследования.

Поясним последний пункт. Эзофагогастродуоденоскопия является сравнительно трудоемкой процедурой, не входящей в действующие стандарты оказания стационарной урологической помощи, поэтому расходы, которые несет клиника, выполняя указанный метод исследования, никем не оплачиваются. Отсюда вполне понятное стремление администрации ЛПУ сократить число этих манипуляций. Урологический больной, страдающий язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, может быть снят с планового оперативного лечения не только по поводу открытой язвы, но и в связи с другими сопутствующими заболеваниями, среди которых лидирующее положение занимает ишемическая болезнь сердца. Выполнение эзофагогастродуоденоскопии пациенту, страдающему сочетанной патологией, на завершающем этапе предоперационного обследования позволит значительно уменьшить расходы на содержание этой службы за счет сокращения «впустую» сделанных манипуляций. Здесь требуется регламентация, пусть даже на уровне администрации ЛПУ. Например, пожилым пациентам с множественной патологией выполнять эзофагогастродуоденоскопию только после предварительного заключения терапевта/кардиолога о возможности оперативного вмешательства.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО УРОЛОГИЧЕСКИМ НОЗОЛОГИЯМ

Было изучено общее распределение выявленных в ГКУБ № 47 язвенных осложнений по урологическим нозологиям (*рис. 3*). Наиболее часто открытые язвы и эрозии обнаруживались на фоне аденомы (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы (21,1%), нефролитиаза, осложненного обострением хронического обструктивного пиелонефрита (23,9%), а также при новообразованиях почки (19,5%). Несколько реже — при раке простаты (15,3%) и новообразованиях мочевого пузыря (14,6%). Всего на долю пяти вышеперечисленных клинических ситуаций приходится 94,4% язвенных осложнений. При других урологических нозологиях (острый необструктивный пиелонефрит, различные виды простатита, орхита, эпидидимита и т.д.) язвенные осложнения встречаются достаточно редко.

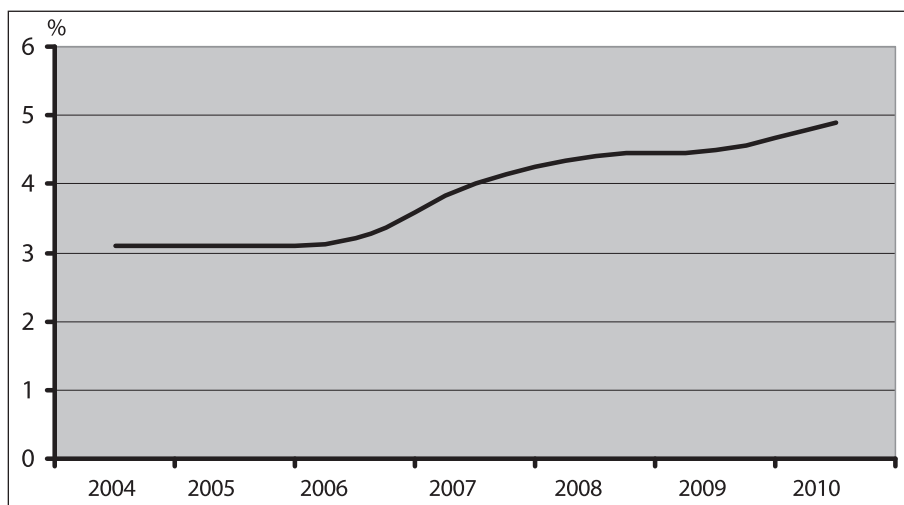


Рис. 1. Годовой процент урологических больных, перенесших эзофаго-гастродуоденоскопию (ГКУБ № 47, 2004–2010 гг.)

ОЦЕНКА РИСКА ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ситуации, когда язвенные дефекты развиваются у урологического больного без связи с оперативным вмешательством, наблюдаются нечасто, обычно на фоне крайне тяжелого, жизнеугрожающего течения основного заболевания. Типичным примером такой ситуации является бактериотоксический шок при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов мочеполовой системы. В большинстве своем обострения язвенной болезни, а также острые стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложняют не течение заболеваний органов мочеполовой системы, а оперативные вмешательства на этих органах.

Поэтому для оценки настоящего состояния этого аспекта урологической помощи целесообразно воспользоваться другим распределением, при котором частоты возникновения язвенных осложнений привязываются не к диагнозу, а к выполненному оперативному вмешательству (рис. 4). 41% зарегистрированных язвенных осложнений развился на фоне сравнительно малоинвазивных эндоскопических вмешательств на уретре, простате и мочевом пузыре. 21% — при проведении радикальной простатэктомии; 14% — при органосохраняющих операциях по поводу мочекаменной болезни,

стриктур мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента; 13% — нефрэктомии и резекции почки; 6% — при открытых вмешательствах на простате и уретре; 4% — при цистэктомии и различных видах кишечной пластики мочевого пузыря. Оставшийся 1% язвенных осложнений приходится на андрологические вмешательства.

В табл. 1 представлено более подробное распределение числа зарегистрированных язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного лечения. Лидирующее положение занимают эндоскопические манипуляции на уретре, простате, мочевом пузыре по неонкологическим показаниям (26,4%) и радикальная простатэктомия (20,7%), то есть, как это ни странно, два крайних варианта по

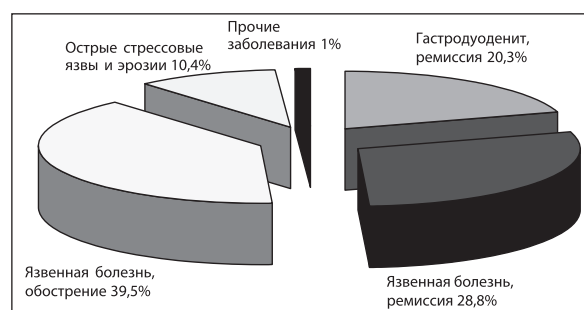


Рис. 2. Результаты эзофагогастродуоденоскопии (n = 1960, ГКУБ № 47, 2004–2010 гг.)

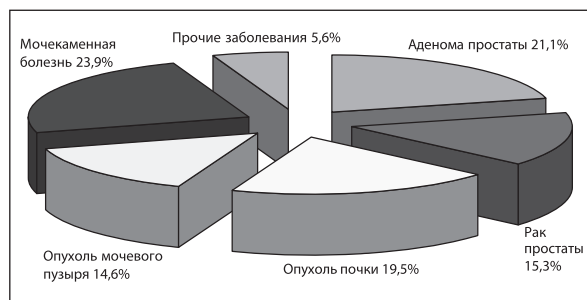


Рис. 3. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по урологическим нозологиям (n = 977, ГКУБ № 47, 2004–2010 гг.)

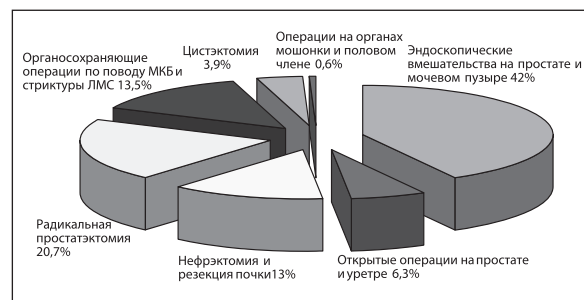


Рис. 4. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по урологическим операциям (n = 876, ГКУБ № 47, 2004–2010 гг.)

объему операционной травмы — наименее и наиболее травматичные вмешательства.

Вполне очевидно, что выявленные закономерности не в полной мере отражают реальную ситуацию, так как не была учтена частота проведения каждого вида операции. Сейчас мы подошли к возможности оценить общий риск развития язвенных осложнений применительно к каждой из выделенных нами групп урологических вмешательств. Для этого абсолютное число зарегистрированных язвенных осложнений (см. табл.) было разделено на количество

проведенных за изучаемый период операций соответствующего вида.

Результаты расчета представлены на рис. 5. Наиболее угрожающими в отношении развития обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также острых стрессовых язв и эрозий являются наиболее травматичные органосохраняющие операции, выполняемые по онкологическим показаниям, — радикальные простатэктомия и цистэктомия, а также кишечная

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРОВЕДЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА			
Вид операции	Число операций	Число язвенных осложнений	Распределение язвенных осложнений, %
ТУР простаты, уретры, мочевого пузыря по неонкологическим показаниям	2362	231	26,4
ТУР простаты, уретры, мочевого пузыря по неонкологическим показаниям	1006	137	15,6
Открытые операции на простате и уретре	535	55	6,3
Нефрэктомия, резекция почки по неонкологическим показаниям	274	42	4,8
Нефрэктомия, резекция почки по онкологическим показаниям	401	73	8,3
Радикальная простатэктомия	337	181	20,7
Открытые органосохраняющие вмешательства по поводу МКБ, стриктур ЛМС	708	93	10,6
Эндоскопические органосохраняющие вмешательства по поводу МКБ, стриктур ЛМС	1322	25	2,9
Цистэктомия с деривацией мочи любым методом, а также расширяющая кишечная пластика мочевого пузыря	57	35	3,9
Операции на органах мошонки и половом члене.	1344	5	0,6

МКБ — мочекаменная болезнь

ЛМС — лоханочно-мочеточниковый сегмент почки

ТУР — трансуретральная резекция

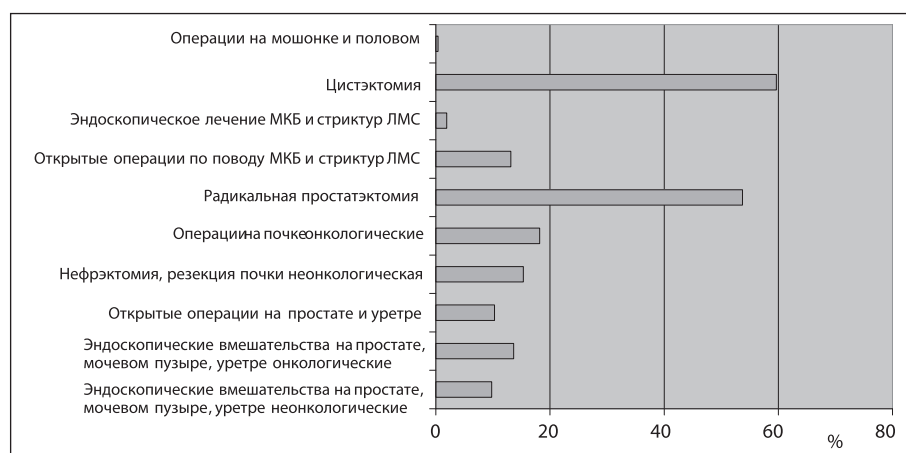


Рис. 5. Риск развития язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы (n = 8346 оперативных вмешательств, ГКУБ № 47, 2004–2010 гг.)

пластика мочевого пузыря. Необходимо отметить, что цистэктомия по онкологическим показаниям практически всегда сопровождается простатэктомией, везикулэктомией (у мужчин), а в ряде случаев уретрэктомией и лимфаденэктомией. Удаление мочевого пузыря предполагает одновременное решение вопроса о деривации мочи. Выведение мочеточников на кожу (уретерокутанеостомия) выполняется редко, главным образом по причине высокой вероятности рецидивирующего восходящего пиелонефрита и неудовлетворительного качества жизни пациентов. Обычно мочеточники пересаживаются в изолированный сегмент кишки (операция Бриккера) или резервуар, который моделируется из различных отделов кишечника (ортотопическая или гетеротопическая пластика мочевого пузыря) [7]. Можно сказать, что цистэктомия со всеми необходимыми дополнениями является наиболее травматичным оперативным вмешательством в урологии. Риск язвенных осложнений при ней крайне высок — 59,6%.

Радикальная простатэктомия также является травматичной операцией. Высокая вероятность язвенных осложнений (53,7%), вероятно, связана со значительной интраоперационной кровопотерей из венозных сплетений, окружающих простату.

При остальных урологических операциях риск обострения язвенной болезни или стрессовых язв существенно меньше. Например, при операциях на почке по онкологическим показаниям он составляет 18,2%; при открытых органосохраняющих вмешательствах по поводу мочекаменной болезни, стриктур мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента — 13,1%. Все это весьма значительные по объему операции с существенной кровопотерей и реальной возможностью послеоперационных кровотечений. При эндоскопических вмешательствах риск язвенных осложнений не превышает 13,6% (при раке простаты и мочевого пузыря), а в ряде случаев он менее 2% (при трансуретральном дроблении камней мочеточника и эндопиелотомии).

При анализе полученных результатов становится очевидной еще одна закономерность. Наряду с травматичностью вмешательства, интраоперационной кровопотерей и вероятностью послеоперационного кровотечения самостоятельным фактором риска возникновения язвенных осложнений выступает факт наличия злокачественного новообразования. Так, сравнивая группы пациентов, перенесших нефрэктомия или резекцию почки по онкологическим и неонкологическим показаниям, а также аналогичные группы больных после трансуретральных вмешательств на уретре, простате и мочевом пузыре, отмечено, что наличие злокачественного новообразования коррелирует с увеличением риска язвенных осложнений 1,2–1,4 раза в зависимости от вида оперативного лечения.

Таким образом, в результате данного исследования была проанализирована текущая ситуация с проведением эзофагогастродуоденоскопии в монопрофильном урологическом стационаре (ГКУБ № 47) и отмечена возможность оптимизации затрат в этой области. Определена частота выявления различных заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта по отношению к основным урологическим нозологиям и оперативным вмешательствам. Отмечен высокий риск язвенных осложнений при проведении радикальных органосохраняющих вмешательств по онкологическим показаниям — цистэктомии, простатэктомии, в меньшей степени нефрэктомии. Показано, что наряду с травматичностью вмешательства и кровопотерей существенным фактором риска выступает факт наличия злокачественного новообразования.

Проведенное исследование, конечно, не в состоянии ответить на все вопросы, касающиеся язвенных осложнений и их профилактики в урологической клинике. Требуется подробного изучения реальная клиническая практика профилактического назначения противоязвенных средств, распределение возникших язвенных осложнений в зависимости от примененного препарата и т.д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. — М.: ООО ИИЦ «КВАН», 2009. — 173 с.
2. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // *Consilium medicum*. — 2004. — № 1. С. 29–32.
3. Столпман Н., Метц Д.С. Патофизиология и профилактика стрессовых язв у послеоперационных больных // *Российский медицинский журнал*. — 2005. — Т. 13. — № 25. — С. 1668–1674.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: «Мед-пресс информ», 2002. — 376 с.
5. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. М.: Практика, 2006. — 1648 с.
6. Приказ Комитета здравоохранения города Москвы № 686 от 30.12.98. «О Московских городских стандартах стационарной медицинской помощи для взрослого населения».
7. Урология. Национальное руководство. Под редакцией Лопаткина Н.А. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1021 с.