

У больных с гастриномоподобным вариантом желудочной гиперсекреции без выявленного первичного очага гастриномы производили полное удаление и замещение петель тонкой кишки всего кислото-продуцирующего отдела желудка с сохранением иннервированного антрального отдела.

В связи с определенными трудностями в диагностике выявленных нами механизмов резистентной желудочной гиперсекреции и их интерпретации более чем у трети больных 2, 3 и 4-й групп (58 больных – 37,4%) на первом этапе в качестве противорецидивной операции применена селективная проксимальная ваготомия, которая не принесла ожидаемого эффекта. В связи с этим после более тщательного комплексного функционального, лабораторного, инструментального и морфологического исследования и установления доминирующего механизма желудочной гиперсекреции использованы соответствующие противорецидивные хирургические технологии, что позволило у всех больных избежать рецидива дуоденальной язвы и добиться высокого качества жизни.

Таким образом, установление механизмов формирующих кислотно-пептическую агрессию у больных с рецидивом дуоденальной язвы после РДП позволяет выбрать оптимальный вариант противорецидивной операции, который позволяет исключить возможность рецидивирования язвы ДПК и практически полностью отказаться от консервативной противоязвенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
2. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Под ред. В. И. Оноприева, Г. Ф. Коротко, Н. В. Корочанской. Краснодар: изд-во КГМА, 2004. 560 с.
3. Onopriev V. I., Voskanyan S. E., Ponkina O. N. Surgical anatomy of complicated duodenal ulcer and radical duodenoplasty. Krasnodar: BK "Gruppa B", 2006. 222 p.

V. I. ONOPRIEV, S. E. VOSKANYAN,
I. B. UVAROV, N. V. MEDNIKOVA

THE INDICATIONS AND THE TECHNOLOGIES OF THE AGAINST-RELAPSING SURGERY AFTER ISOLATED RADICAL DUODENOPLASTY

There are found out the mechanisms of the resistant stomach hypersecretion on the 360 patients with the relapsed duodenal ulcer after the isolated radical duodenoplasty. There are investigated the four main mechanisms of the persistent stomach hypersecretion. The main mechanism is neurodepending vagal hyperstimulation without usage of the gastrine mechanism, which can be effectively corrected with the high selective proximal vagotomy. When the events of the gastrin-depending hyperproduction of the hydrochloric acid and pepsin are presented because of the hyperplasia of antral glands and with the hyperplasia of fundus glands the subtotal medial gastrectomy with the resection of the major part of the acid-producing body and innervated cardia is the most effective one. When the gastrinoma-alike variant of the hypersecretion is taken place the best way of correction is the total proximal gastrectomy and the replacement with the loop of the intestinum with the preservation of the innervated antrum. The investigation of the mechanisms, which are forming the acid and the pepsinogen aggression on the patients with the relapsed duodenal ulcer after the radical duodenoplasty allows to choose the best way of the surgical treatment and to exclude the opportunity of the relapsing of duodenal ulcer and required conservative treatment.

Key words: complicated duodenal ulcer, radical duodenoplasty, the mechanism of the stomach hypersecretion, against-relapsing surgery.

К. И. ПОПАНДОПУЛО, С. А. ОНОПРИЕВА, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава», г. Краснодар

Комплексное лечение больных с перфорациями дуоденальных язв является важной клинической и социальной проблемой. В структуре осложнений язвенной болезни (ЯБ) гастродуоденальные перфорации составляют до 10–15% и в 10% случаев сопровождаются кровотечением [2, 7]. Статистика РФ последнего десятилетия подчеркивает рост частоты этого грозного осложнения [3]. Профессор А. Е. Борисов [2] отмечает возрастание этого показателя в Санкт-Пете-

бурге в 2,5 раза (в 1982 г. – 2,5%, в 2000 г. – 6%), при этом отмечает неуклонный рост числа женщин и больных пожилого возраста, у которых перфорация была первым проявлением ЯБ. Подобную картину отражает и анализ Ю. М. Панцирева и соавторов [4] за последние 12 лет в ГКБ № 31 г. Москвы. Количество лиц, оперированных по поводу перфоративной язвы, за 1996–2001 гг. увеличилось в 1,4 раза по сравнению с 1990–1995 годами. При этом перфорация язв стала

**Сравнительная оценка «стоимость/эффективность»
лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки,
осложненной перфорацией (1-й год наблюдения)**

Показатели	Вид оперативного лечения	
	РДП, n=89	Ушивание перфоративной язвы, n=17
Прямые расходы, стоимость (руб.)	2036,81±555,46	2271,37±453,98
Непрямые расходы, стоимость (руб.)	4002,04±411,20	6151,87±504,19*
Общие расходы, стоимость (руб.)	6038,85±765,66	8423,24±765,17*
Эффективность, частота ремиссий	0,85	0,82
Показатель «затраты/эффективность»	7104,53±654,25	10272,24±987,62*

Примечание: здесь и далее звездочкой (*) отмечены достоверные отличия от показателей у лиц, перенесших РДП.

встречаться гораздо чаще, чем стеноз, приближаясь по частоте к количеству язвенных кровотечений.

Вместе с тем постоянный рост расходов на здравоохранение, недостаточное его финансирование, самостоятельное планирование финансовой деятельности лечебных учреждений, отсутствие федеральных стандартов оказания оперативной и медикаментозной помощи больным с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), применение различных технологий оперативного лечения, появление большого количества препаратов на фармацевтическом рынке заставляют учитывать не только клинические, но и организационные, прежде всего экономические, аспекты лечения ЯБ ДПК и ее осложнений [1, 5]. В период кризисного состояния системы здравоохранения в РФ социально значимым является обобщение опыта организации клинической практики на муниципальном уровне и его преобразование в соответствии с современными задачами управления [6].

Цель исследования – оценить клиническую и экономическую эффективность органосохраняющих тех-

нологий оперативного лечения и послеоперационных реабилитационных мероприятий у пациентов с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, в условиях городской многопрофильной больницы.

Методика исследования

В хирургическом отделении городской больницы (г. Геленджик) с 1999 по 2006 г. наблюдалось 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами. У 89 пациентов перфоративные дуоденальные язвы устраняли методом радикальной дуоденопластики (РДП); если дежурила бригада хирургов, не владеющих этими технологиями, применяли простое ушивание язвенного дефекта (n=17). В послеоперационном периоде назначалась длительная антисекреторная терапия; при наличии показаний – эрадикация и курсовой прием прокинетики. Больные наблюдались не менее 3 лет после перенесенной операции.

Результаты исследования

Мы проанализировали клинико-экономическую эффективность хирургического лечения и послеоперационной

Таблица 2

**Сравнительная оценка «стоимость/эффективность»
лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки,
осложненной перфорацией (2-й год наблюдения)**

Показатели	Вид оперативного лечения	
	РДП, n=89	Ушивание, n=10
Прямые расходы, стоимость (руб.)	2294,72±503,15	3185,81±215,03
Непрямые расходы, стоимость (руб.)	2723,30±201,33	10003,64±234,36*
Общие расходы, стоимость (руб.)	5018,02±675,48	13189,45±2115,39*
Эффективность, частота ремиссий	0,73	0,40
Показатель «затраты/эффективность»	6874,00±873,26	32973,63±288,48*

**Сравнительная оценка «стоимость/эффективность»
лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки,
осложненной кровотечением, после эрадикационной терапии
(3-й год наблюдения)**

Показатели (расчет на 1 больного)	Вид оперативного лечения	
	РДП, n=59	Ушивание, n=9
Прямые расходы, стоимость (руб.)	1908,44±372,53	2597,84±479,35
Непрямые расходы, стоимость (руб.)	2003,70±226,37	5220,20±467,02*
Общие расходы, стоимость (руб.)	3912,14±572,90	7818,04±981,37*
Эффективность, частота ремиссий	0,80	0,44
Показатель, «затраты/эффективность»	4890,18±666,13	17768,27±2957,66*

реабилитации больных, перенесших РДП или простое ушивание перфоративной язвы. Проведенный анализ позволил соотнести стойкость достигнутой ремиссии ЯБ ДПК в послеоперационном периоде и понесенные системой здравоохранения и пациентом расходы. Согласно общепринятой формуле оценивали СЕА – соотношение «затраты/эффективность», отражающее затраты, приходящиеся на единицу эффективности, а именно на 1 ремиссию в течение 3 лет наблюдения.

Сравнительный анализ свидетельствует о большей клинической и экономической эффективности РДП уже на первом году послеоперационного наблюдения (табл. 1). Непрямые расходы на больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, по сравнению с больными после РДП оказались больше на 53,7%, общие расходы – на 39,5%, показатель «затраты/эффективность» – на 44,6%.

На 2-м году наблюдения эти различия стали еще более значимыми: непрямые расходы на ведение больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, оказались выше в 3,7 раза, общие расходы – в 2,6 раза, показатель «затраты/эффективность» – в 4,8 раза. Столь выраженные различия обусловлены необходимостью в более частых госпитализациях больных после простого ушивания язвы в хирургические и терапевтические стационары, рецидивами у них ЯБ ДПК и ее осложнений.

На 3-м году послеоперационного наблюдения описанные различия сохранялись: у больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, были выше непрямые, общие расходы и показатель «затраты/эффективность».

При анализе показателя «затраты/полезность» учитывали не достижение клинических эффектов лечения, а мнение самих больных о достигнутом результате, оцениваемое с использованием параметров качества жизни (КЖ). С учетом КЖ рассчитывали приобретенные в результате медицинских вмешательств годы качественной жизни – quality adjusted life-year (QALY). Для расчета индекса QALY оценивали КЖ больного в диапазоне от 0 до 1. За единицу принимали КЖ здорового человека.

Сходные тенденции отмечены при проведении анализа показателя «затраты/полезность»: у больных после ушивания перфоративной язвы по сравнению с пациентами, перенесшими РДП, этот показатель в течение

3 лет послеоперационного наблюдения был выше в 1,8, 3,7 и 3,5 раза.

Заключение

Проведенный клинико-экономический анализ показал существенные клинические и экономические преимущества РДП по сравнению с простым ушиванием язвы в течение по крайней мере 3 лет послеоперационного наблюдения. При проведении исследования оценивали достоинства, недостатки, ограничения использованных технологий для учета применимости их в условиях практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин А. Б. Основные проблемы управления здравоохранением в России на современном этапе // Лекции по организации здравоохранения. Екатеринбург: «СВ-96». 2000. С. 63–80.
2. Борисов А. Е., Земляной В., Акимов В. П., Рыбкин А. К. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. СПб: Человек, 2002. 48 с.
3. Жаболенко В. П., Сажин А. В., Наумов И. А., Макаров Т. А. Профилактика рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после открытых и лапароскопических операций // Тезисы докладов 4-го Всероссийского съезда эндоскопической хирургии. 2001. С. 24.
4. Панцирев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. 50 лекций по хирургии. М.: «Медиа медика», 2003. С. 248–258.
5. Род Шифф. Здравоохранение, основанное на знании // Лекции по организации здравоохранения. Екатеринбург: «СВ-96», 2000. С. 250–271.
6. Стародубов В. И., Луговкина Т. К. Клиническое управление: теория и практика. М.: Медицина, 2003. 192 с.
7. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Ржебаев К. Э. Лапароскопическая хирургия в лечении перфоративных гастродуоденальных язв двенадцатиперстной кишки // Эндоскопическая хирургия. 1999. № 1. С. 42–43.

**K. I. POPANDOPULO
S. A. ONOPRIEVA, N. V. KOROSCHANSKAJA
ECONOMIC EFFICIENCY OF SURGICAL AND
MEDICAMENTAL TREATMENT OF PATIENTS
WITH PERFORATED DUODENAL ULCERS**

Clinico-economic analysis «cost/efficiency» and «cost/utility» demonstrated essential clinical and economic advantages radical duodenoplastic, in comparison with simple closed ulcers, within, at least, 3 years of postoperative supervision is lead.

Key words: the clinico-economic analysis, radical duodenoplastic.