

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

© 2006 г. *К.И. Попандоуло, Н.В. Корочанская, С.А. Оноприева*

Цель работы – повысить клиническую и экономическую эффективность комплексного (хирургического и медикаментозного) лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной кровотечением, на основании уточнения показаний к своевременному оперативному лечению и разработки схем предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 1999 по 2003 г. находилось 143 больных ЯБ ДПК, поступивших в экстренном порядке в хирургическое отделение г. Геленджика с клиникой острого кровотечения из верхнего отдела пищеварительной трубки. При поступлении в приемном покое оценивали тяжесть кровопотери. При легкой кровопотере эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) проводилась сразу после поступления, при кровопотере средней тяжести и тяжелой – после инфузионно-трансфузионной терапии. Диагностическая ЭФГДС, как правило, сочеталась с лечебными воздействиями (обкалывание источника кровотечения раствором адреналина 1:10 000, орошение капрофером). У 10 пациентов с продолжающимся кровотечением или неустойчивым гемостазом была выполнена неотложная операция радикальная дуоденопластика (РДП); у всех прооперированных достигнут надежный гемостаз. У 13 пациентов кровотечение рецидивировало после первичной остановки во время проведения ЭФГДС, 7 пациентам выполнена отсроченная РДП, из них 2 человека умерли, 1 – без оперативного лечения на высоте рецидивного кровотечения. 15 пациентов поступили в стационар со стабильным гемостазом (Forrest 3) и были переведены в терапевтическое отделение для интенсивного консервативного лечения, у 1 пациента на 5-е сут после поступления кровотечение рецидивировало и ему была выполнена РДП.

После того как пациент начинал питаться (3–5-е сут) по 0,1–1 столу при наличии показаний проводили эрадикационную терапию с последующим переходом на прием антисекреторных препаратов в полной терапевтической дозе (4 нед.), а далее поддерживающий прием ингибиторов протонной помпы. Эрадикационная терапия включала прием омепразола по 20 мг 2 раза в сут, амоксициллина по 1,0 2 раза в сут, кларитромицина 0,5 2 раза в сутки в течение 7 дней; при непереносимости или наличии противопоказаний к приему амоксициллина в эрадикационную терапию включали метронидазол по 0,5 2 раза в сут.

Из табл. 1 видно, что было зарегистрировано 3 летальных исхода, связанных с рецидивом кровотечения. Опыт свидетельствует, что развившиеся в ответ на первичную кровопотерю нарушения гемостаза, исходно имевшие характер компенсации и субкомпенсации, при рецидиве язвенного кровотечения прогрессируют с развитием состояния декомпенсации и присоединением синдрома полиорганной недостаточности. Поэтому необходимо выполнение РДП в неотложном порядке всем больным с неустойчивым гемостазом.

В подтверждение клинико-экономической целесообразности раннего выполнения РДП была оценена медико-экономическая эффективность двух альтернативных способов оперативного ведения пациентов, основанная на приращении эффективности затрат к приращению качества жизни (табл. 2). Расчет стоимости лекарственных препаратов производили по средним ценам на медикаменты в Краснодарском крае на 01.01.05 г. (рисунок). За интегральный показатель КЖ был принят ИКЖ, полученный при тестировании пациентов с помощью опросника SF-36.

Таблица 1

Алгоритм ведения пациентов с острыми язвенными кровотечениями

ЭФГДС				
Активное кровотечение или некровоточащий видимый сосуд (Forrest 1a, 1б, 2a) (n= 55)	Тромб в дне язвы, язва с красными или темносиними пятнами (Forrest 2б, 2с) (n=73)		Язва с чистым дном (Forrest 3) (n=15)	
Лечебная ЭФГДС (n=112)				
Радикальная дуоденопластика (РДП) (n=10)	Интенсивная инфузионно-трансфузионная, антисекреторная терапии (n=118)		Перевод в хирургическое отделение (n=15)	
Гарантированный гемостаз (n= 10)	Гемостаз (n=105)	Рецидив кровотечения (n=13), летальный исход (n=1)	Гемостаз (n= 14)	Рецидив кровотечения (n=1)
Антисекреторная терапия (n= 10)	Антисекреторная терапия (n=105)	РДП (n=7) Летальный исход, (n=2)	Антисекреторная терапия (n= 14)	РДП (n=1)

Таблица 2

**Структура затрат при оперативном и консервативном лечении язвенных кровотечений
и послеоперационной реабилитации**

Структура затрат, руб.	РДП в неотложном порядке, n=10	РДП при рецидиве кровотечения, n=8	Консервативное ведение, n=125	Всего, n=143
Стоимость койко/дн. (без медикаментов)	48942,42	39153,94	611780,30	699876,66
Стоимость операции	193498,20	154798,56	–	348296,76
Стоимость лечебной ЭФГДС	10181,74	15653,31	180129,59	205964,64
Санаторно-курортное лечение	201600,00	230400,00	3600000,00	4032000,00
Оплата по больничным листам	23500,00	15667,00	798999,70	838166,70
Стоимость медикаментов	29679,22	38598,23	391225,25	459502,70
Стоимость посещений врача и проведения лабораторных исследований	33489,41	56153,40	358163,64	447806,35
Итого	540890,99	550424,44	5940298,18	7031613,81
В том числе прямые затраты	315790,99	304357,44	1541298,68	2161447,11
Затраты в среднем на 1 чел.	31579,10	38044,68	12330,39	15115,01

Из данных в табл. 3 видно, что выполнение РДП в неотложном порядке, не дожидаясь рецидива кровотечения, в 3,39 раз эффективнее за счет более интен-

сивного приращения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде и меньшего приращения необходимых для этого издержек.

$\frac{\{\text{Расходы на лечение(A)} - \text{Расходы на лечение (B)}\}}{\{\text{Эффект лечения (A)} - \text{Эффект лечения(B)}\}}$	Или	$\frac{\Delta\text{Расходы}}{\Delta\text{Эффект}}$
---	-----	--

Алгоритм расчетов

Таблица 3

Медико-экономическая эффективность альтернативных лечебных систем

Параметры	Лечебная система	
	1. РДП при рецидиве кровотечения	2. РДП в неотложном порядке
Удельные прямые затраты в расчете на 1 пациента, руб.	38044,68	31579,10
Качество жизни (QALY):		
– до лечения	0,43	0,45
– после лечения	0,54	0,76
– приращение	0,11	0,31
Медико-экономическая эффективность	$\frac{0,31 : 0,11}{31579,10 : 38044,68} = \frac{2,82}{0,83} = 3,39$	

Заключение. Предложен алгоритм оценки клинико-экономической эффективности комплексного (хирургического и медикаментозного) лечения язвенных кровотечений. Проведенный анализ свидетельствует,

что своевременное выполнение РДП спасает жизнь пациента, гарантированно устраняет язвенный дефект и осложнения ЯБ ДПК, является экономически выгодным.

*Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, г. Краснодар,
Городская больница, г. Геленджик*

17 февраля 2006 г.