

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

К.И. Попандопуло

*Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии,
г. Краснодар*

Проблема экстренной диагностики, лечения и последующей реабилитации больных с перфоративными язвами далека от своего разрешения и, несомненно, продолжает волновать хирургов, гастроэнтерологов и организаторов здравоохранения. В последние годы увеличивается число перфоративных язв, развивающихся в сочетании с другими болезнями, что затрудняет диагностику, удорожает лечение и ухудшает прогноз. Поскольку перфорации нередко развиваются у пожилых людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, операцией выбора должно явиться максимально щадящее оперативное вмешательство. В этих ситуациях наиболее часто выполняется ушивание прободного отверстия перфоративной язвы – операция, чреватая реперфорацией, не устраняющая сопутствующие пенетрации и язвенные кровотечения и нередко ведущая к формированию стеноза. Мы считаем в этой ситуации операцией выбора радикальную дуоденопластику (РДП), однако клинико-экономическая эффективность подобной операции в условиях городской многопрофильной больницы еще не стала предметом систематического исследования.

Под нашим наблюдением с 1999 по 2005 год находилось 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами (96 мужчин и 10 женщин в возрасте от 19 до 77 лет). В хирургическом отделении горбольницы г. Геленджика были проведены следующие виды оперативного вмешательства: 89 больным (83,9%) — РДП по технологии В.И. Оноприева (1995, 2004) и 17 пациентам (16,0%) выполнялось простое ушивание перфоративного отверстия, которое применялось только в том случае, если дежурила бригада хирургов, не владеющая методом РДП.

На 7-10 сутки после операции проводили эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) с взятием множественных биоптатов из фундального и антрального отделов желудка и исследованием мазков-отпечатков на *Helicobacter pylori* (HP). При наличии показаний проводили эрадикационную терапию с последующим переходом на прием антисекреторных препаратов в полной терапевтической дозе (4 недели), а далее — поддерживающий прием ингибиторов протонной помпы (2-3 месяца). Эрадикационная терапия включала прием омепразола по 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллина по 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицина 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней; при непереносимости или наличии противопоказаний к приему амоксициллина в эрадикационную терапию включали метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки. Пациентам с HP-негативным статусом назначали ингибиторы протонной помпы в среднетерапевтической дозе в течение 4 недель, а далее в поддерживающей дозе еще 2-3 месяца. Контрольные ЭФГДС-исследования проводили через 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции, а далее ежегодно.

Сопоставление клинико-экономической эффективности операций РДП и ушивания перфоративной язвы проводили при помощи показателя «затраты/эффективность», отражающего затраты, приходящиеся на единицу эффективности, а именно, на 1 ремиссию в течение 3 лет наблюдения. Проведенный анализ позво-

лил соотнести стойкость достигнутой ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в послеоперационном периоде и понесенные системой здравоохранения и пациентом расходы.

Во всех случаях при поступлении в стационар пациента с подозрением на перфоративную язву проводили диагностическую ЭФГДС. К диагностическим признакам перфорации относили невозможность четко увидеть дно язвы; плохое расправление воздухом ДПК: после проведения ЭФГДС рентгенологическое исследование выявляет полоску газа под куполом диафрагмы.

Основными этапами операции РДП являлись:

а) диагностика наличия и расположения перфоративной язвы, освобождение от рубцовых наслоений и сращений, тщательное выполнение которого создает возможность проведения следующего этапа операции;

б) интраоперационное исследование и определение анатомических характеристик рубцово-язвенного очага, необходимого объема мобилизации органов гастродуоденального комплекса, мобилизация ДПК с сохранением кровообращения в зоне антродуоденального перехода;

в) диагностика размеров патологического очага, его отношения к важнейшим анатомическим образованиям, особенно к пилорусу, который при язвенном стенозе определяется с трудом вследствие перерастяжения и антрализации;

г) дуоденотомия, определение объема оперативного вмешательства;

д) экономное радикальное иссечение рубцово-язвенного очага до здоровых тканей, определяемых по степени их кровоточивости;

е) ушивание кишки.

В результате тщательного соблюдения технологий прецизионно и радикально удаляется перфоративное отверстие и окружающий его рубцово-язвенный очаг с сохранением важнейших образований и максимальным восстановлением анатомии гастродуоденального перехода.

Результаты динамических эндоскопических исследований свидетельствуют, что уже на первом году послеоперационного наблюдения рубцовые изменения ДПК наблюдались у 14 из 17 больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, а стеноз ДПК сформировался у 17,6% пациентов после ушивания и ни в одном случае после РДП. На 2-м году послеоперационного наблюдения у 90% больных после ушивания отмечена рубцовая деформация ДПК, которая у 2 человек привела к формированию стеноза. В связи со сформировавшимися стенозами на 1 году наблюдения было выполнено 3 РДП, на 2-м году – 2. Рецидив ДЯ на 2-м году наблюдения отмечен у 25,0% больных после РДП и у 60,0% пациентов после ушивания ($p > 0,05$). В группе больных, перенесших ушивание перфоративных язв, на 2-м году наблюдения развилось 1 язвенное кровотечение и 1 перфорация дуоденальной язвы. По поводу этих осложнений были выполнены РДП. На 3-м году послеоперационного наблюдения ДЯ рецидивировали у 20,3% больных после РДП и 55,6% после ушивания перфоративных язв ($p > 0,05$), а рубцовая деформация ДПК наблюдалась у 6,8% и 88,9%, соответственно ($p < 0,05$).

Проведенный сопоставительный анализ свидетельствует о большей клинической и экономической эффективности РДП уже на первом году послеоперационного наблюдения. 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% (табл. 1). 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 раз (табл. 2). Столь выраженные различия обусловлены необходимостью в более частых госпитализациях больных после простого ушивания язвы в хирургические и терапевтические стационары, рецидивами у них ЯБДПК и ее осложнений.

Таблица 1

Сравнительная оценка стоимости/эффективности 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 (руб)	2036,81±555,46	2271,37±453,98
Непрямые расходы (руб)	4002,04±411,20	6151,87±504,19*
Общие расходы (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.

Таблица 2

Сравнительная оценка стоимости/эффективности лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией (2-й год наблюдения)

Показатели	Вид оперативного лечения	
	РДП (n=64)	Ушивание (n=9)
Прямые расходы (руб)	2294,72±503,15	3185,81±215,03
Непрямые расходы (руб)	2723,30±201,33	10003,64±234,36*
Общие расходы (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 стоимости/эффективности лечения больных
язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки,
осложненной кровотечением, после эрадикационной терапии
(3-й год наблюдения)**

Показатели	Вид оперативного лечения	
	РДП (n=59)	Ушивание (n=9)
Прямые расходы (руб)	1908,44±372,53	2597,84±479,35
Непрямые расходы (руб)	2003,70±226,37	5220,20±467,02*
Общие расходы (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*

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

Итак, при перфорации дуоденальной язвы операция РДП спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса. Вследствие трансформации течения осложненной ЯБДПК у больных, перенесших РДП, отмечается объективно и субъективно более мягкое течение заболевания в послеоперационном периоде, что способствует снижению прямых и косвенных затрат системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. — Краснодар, 1995. - 293с.
2. Оноприев В.И., Коротко Г.Ф., Корочанская Н.В.(ред.) Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. – Краснодар, 2004. – 654с.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

К.И. Попандопуло

*Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии,
г. Краснодар*

В условиях городской многопрофильной больницы г. Геленджика нами было проведено клинко-экономическое исследование эффективности комплексного хирургического и медикаментозного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), осложненной кровотечением. В Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии разработана и широко при-