

УДК616-089+616-002.54

К. И. Попандопуло

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Городская больница г. Геленджика

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, г. Краснодар

Комплексное оперативное и последующее консервативное лечение пациентов с перфоративными язвами представляет собой важную клиническую и социальную проблему. Перфоративные гастродуоденальные язвы занимают пятое место среди других экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости [1]. Частота встречаемости перфораций составляет три-четыре случая на 10000 населения [2]. В структуре осложнений хронической язвы двенадцатиперстной кишки (ЯД) перфорации составляют до 10-15% и в 10% случаев сопровождаются кровотечением [3, 4].

Перфорация язвы — тяжелое, угрожающее жизни осложнение занимает ведущие позиции в структуре летальности при ЯД и многие годы составляет в РФ от 5 до 17,9% [1]. Основными факторами риска при перфоративных язвах остаются возраст старше 60 лет, проведение операции через 24 ч и более после перфорации [5], размеры перфоративного отверстия более 5 мм [6], грибковая контаминация перитонеальной жидкости [7], показатели по шкале АРАСНЕ II [8].

Целью нашего исследования было проведение сравнительного клинико-экономического анализа эффективности радикальной дуоденопластики (РДП) и ушивания перфоративных ЯД в муниципальном хирургическом стационаре.

Методы исследования. В условиях городской многопрофильной больницы (г. Геленджик) с 1999 по 2006 г. наблюдались 107 больных с ЯД, осложненной перфорациями: 97 мужчин и 10 женщин в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст $43,5 \pm 4,1$ года). Среди поступивших в хирургический стационар в течение первых 6-8 ч от развития перфорации — 98 пациентов, в течение 8-24 ч — 9 человек. Перфоративные дуоденальные язвы устраняли методом радикальной дуоденопластики (РДП) у 89 больных. Если дежурила бригада хирургов, не владеющих методикой этой операции, то применяли ушивание зоны перфорации — 18 случаев. В послеоперационном периоде оценивали контаминацию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori* (НР), проводили эрадикационную терапию и применяли антисекреторные препараты в лечебных и затем в профилактических дозах. Динамическое наблюдение (клиническое обследование, фиброгастродуоденоскопию — ФГДС, и оценку качества жизни) проводили в последующем один раз в шесть месяцев. Выполняли клинико-экономический анализ «затраты — эффективность».

Мы сопоставили объективные и субъективные критерии тяжести заболевания после ушивания перфоративных язв и операции РДП по В.И. Оноприеву [9,10].

О К.И. Попандопуло, 2006

Объективные признаки заболевания включали в себя: число рецидивов ЯД и других осложнений в течение каждого года после операции, морфофункциональное состояние гастродуоденального комплекса, длительность течения заболевания, степень хеликобактериозной контаминации после стандартных эрадикационных схем при условии проведения поддерживающей антисекреторной терапии и соблюдения диеты, длительность временной и/или стойкой утраты трудоспособности.

Субъективные признаки заболевания мы оценивали на основе показателей качества жизни пациентов по методике SH.

Результаты исследования. После выполнения РДП легкое течение ЯД отмечалось в 69% случаев, средней тяжести — в 16, тяжелое — в 15% случаев (табл. 1). Объективно легкое течение было отмечено у 62 пациентов, у которых в течение первого года диспансерного наблюдения не было рецидивов ЯД и осложнений в послеоперационном периоде. Эндоскопические параметры слизистой соответствовали катаральному гастриту (дуодениту) или нормальной слизистой; степень контаминации НР составляла 1,4+0,2 балла.

Таблица 1
Критерии объективной оценки тяжести состояния пациента в послеоперационном периоде

Критерии	Степень тяжести состояния		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Число рецидивов в течение каждого года наблюдения	0	1	2
Длительность язвенного анамнеза, годы	<5	5-10	> 10
Временная нетрудоспособность после операции, месяцы	< 1	1-2,5	>2,5
Хирургические осложнения за период наблюдения	Нет	Нет	Есть
НР-контаминация, ед.	0-2	2-3	3-4
Состояние слизистой оболочки гастродуоденального комплекса после рубцевания язвы	Нормальное или катаральный гастрит (дуоденит)	Эрозивный гастрит (дуоденит)	Рецидив дуоденальной язвы (эрозивный дуоденит)

Среднетяжелое течение ЯД в течение одного года послеоперационного наблюдения отмечено у 14 пациентов (9 мужчин и 5 женщин), у которых по данным ФГДС на фоне поддерживающего приема H₂-блокаторов сохранялись явления эрозивного дуоденита и/или гастрита. У этих больных не было отмечено хирургических осложнений в период диспансерного наблюдения. Сроки временной нетрудоспособности составили 1,4±0,2 мес. Длительность язвенного анамнеза - 7,3±0,8 года.

Из 13 больных с тяжелым течением заболевания было 10 (76,9%) мужчин и три (23,1%) женщины. У пяти из них рецидив ЯД отмечен в сроки до 3 месяцев после оперативного лечения, у четырех от 3 до 6 месяцев, еще у четырех больных — от полугода до года. Длительность язвенного анамнеза составила 13,1±1,9 года. Сроки временной нетрудоспособности — 3,4±0,5 мес. Степень НР-контаминации соответствовала 3,2±0,3 баллам.

На фоне проводимого лечения лишь у 18 пациентов (19,1%) отмечены объективные признаки заболевания: 12 человек имели рецидив ЯД, у одного пациента диагностирована язва желудка; у восьми среди них имел место эрозивный дуоденит; так называемые «немые» рецидивы язвы имели место в семи случаях. В этой группе у 10 пациентов отмечались также побочные эффекты от приема антисекреторных препаратов, у семи — развитие дисбиотических реакций в связи с приемом антибиотиков. Длительность временной нетрудоспособности по поводу рецидива ЯД составила 4,5±0,3 недель. Рецидив ЯД после санаторно-курортного лечения отмечен у четырех пациентов.

Субъективные признаки тяжелого течения ЯД были отмечены у 17 (19,1%) пациентов, у которых в период диспансерного наблюдения рецидивы заболевания были сопряжены с телесным дискомфортом и чувством страха, а параметры качества жизни были снижены по шкалам «физическое функционирование» и «ролевое физическое функционирование» (табл. 2). Данные признаки позволяют судить о влиянии болезни на эмоциональный фон пациентов, который в определенной мере зависит и от финансовых затрат на лекарства из семейного бюджета. У 10 (11,2%) больных было отмечено общее снижение эмоционального фона во время рецидива ЯД, более длительные сроки временной нетрудоспособности.

Таблица 2

Критерии субъективной оценки тяжести состояния пациента в послеоперационном периоде

Критерии	Степень тяжести состояния пациента после			
	радикальной дуоденопластики		ушивания дефекта в язве	
	Легкая, n = 73	Тяжелая, n = 17	Легкая, n = 7	Тяжелая, n = 10
Телесный дискомфорт, чувство страха	Нет	Есть	Нет	Есть
Снижение качества жизни в связи с необходимостью:				
соблюдения диеты	»	»	»	»
приема поддерживающей антисекреторной терапии	»	»	»	»
Параметры качества жизни, ед.:				
физическое функционирование:	72,1±6,4	46,5±7,8*	72,4±8,3	50,4±5,7*
ролевое физическое функционирование	72,4±5,6	60,5±7,2*	77,5±6,3	53,6±5,9*
боль	58,9±4,2	57,7±7,1	63,6±5,9	53,5±6,1
общее здоровье	72,9±6,2	61,9±7,5	70,5±6,1	43,5±4,8*
жизнеспособность	63,8±4,9	61,0±5,9	60,9±6,2	49,9±5,6
социальное функционирование:	71,0±9,3	63,8±7,9	60,2±4,9	57,7±5,8
ролевое эмоциональное функционирование	59,0±6,3	62,3±7,4	68,9±6,0	72,2±7,1
психическое здоровье	68,0±6,2	59,9±5,9	68,8±6,0	65,4±6,1

Пр и м е ч а н и е. Звездочкой отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) от показателей пациентов с субъективно легким течением заболевания.

Мы проанализировали объективные и субъективные признаки течения заболевания после операции у больных, подвергшихся в экстренном порядке простому ушиванию перфоративных язв. Отмечено, что в течение года после ушивания перфоративной язвы на фоне реабилитационных мероприятий легкое течение было выявлено в 41% случаев, средней степени тяжести — в 24, тяжелое — в 35% случаев.

Объективные признаки легкого течения заболевания выявлены у семи пациентов, у которых в течение одного года диспансерного наблюдения отсутствовали рецидивы ЯД, эндоскопические параметры соответствовали катаральному гастриту (дуодениту) или нормальной слизистой, степень контаминации НР составляла 0,8±0,3 балла. Среднетяжелое течение заболевания отмечено у трех пациентов, у которых по данным ФГДС сохранялись явления эрозивного дуоденита ($n = 1$), эрозивного гастрита ($n = 2$), не было отмечено хирургических осложнений в период диспансерного наблюдения, сроки временной нетрудоспособности составили 1,7±0,3 мес., длительность язвенного анамнеза — 6,7±0,9 года.

Объективные признаки тяжелого течения заболевания имели место у семи пациентов, у трех из них отмечен рецидив ЯД: в сроки до 6 мес. у двух и от полугода до года у одного больного. Длительность язвенного анамнеза составила 12,3±2,4 года. Сроки временной нетрудоспособности — 4,5±0,6 мес. У трех пациентов сформировался стеноз ДПК, по поводу которого была в последующем выполнена РДП. Степень НР-контаминации составила 3,3±0,3 балла.

Субъективно тяжелое течение ЯД было отмечено у 10 из 17 пациентов (55,6%), у которых параметры качества жизни были снижены по шкалам «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование» и «общее здоровье» (табл. 2).

У восьми пациентов (47,1%) временная нетрудоспособность во время рецидива ЯД составляла более 4 недель, необходимость проведения эрадикационной и антисекреторной терапии воспринималась как тяжелое бремя для семейного бюджета, в этой же группе отмечена наименьшая комплаентность.

Нами было проведено сопоставление особенностей объективного и субъективного течения заболевания после РДП и ушивания перфоративной язвы. Отмечено, что больные, перенесшие простое ушивание перфоративной язвы, чаще испытывают субъективно более тяжелое и хуже поддающееся лечению медикаментозными средствами течение заболевания, что заставляет пациентов этой группы в послеоперационном периоде прибегать к более длительной медикаментозной терапии при условии ее меньшей эффективности.

Кроме того, мы проанализировали клинико-экономическую эффективность послеоперационной реабилитации больных, перенесших РДП и простое ушивание перфоративной язвы (табл. 3). Проведенный анализ позволил соотнести стойкость достигнутой ремиссии ЯД в послеоперационном периоде и расходы лечебного учреждения и пациента. Согласно общепринятой формуле оценивали соотношение «затраты-эффективность», отражающее затраты, приходящиеся на единицу эффективности, а именно на одну ремиссию в течение трех лет наблюдения.

Сравнительный анализ свидетельствует о большей клинической и экономической эффективности РДП даже на протяжении первого года послеоперационного наблюдения. Непрямые расходы на больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, по сравнению с больными после РДП оказались больше на 54%, общие расходы — на 40, показатель «затраты-эффективность» — на 45% (табл. 3).

Сравнительная оценка соотношения стоимость - эффективность лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией

Показатели	Вид оперативного лечения					
	Радикальная дуоденопластика			Ушивание перфоративной язвы		
	1-й год, w = 89	2-й год, n = 64	3-й год, w = 59	1-й год, n = 17	2-й год, w = 10	3-й год, w = 9
Стоимость, руб.:						
прямые расходы	20371556	22951503	19081373	22711454	31861215	25981479
непрямые расходы	40021411	27231201	20041226	61521504*	100041234*	52201467*
общие расходы	60391766	50181676	3912±573	84231765*	1319012115*	78181981*
Эффективность, частота ремиссий	0,85	0,73	0,80	0,82	0,40	0,44
Затрата-эффективность	71051654	68741873	48901666	102721988*	329741289*	1776812958*

В течение второго года 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 ЯД и ее осложнений. На протяжении третьего года послеоперационного наблюдения описанные различия сохранялись у больных, перенесших ушивание перфоративной язвы: у них были выше непрямые, общие расходы и показатель «затраты/эффективность».

Ранее эффективность хирургических методов лечения определялась в основном по таким показателям, как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие послеоперационных осложнений, а также частота и степень выраженности различных расстройств, регистрируемых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования. При этом уделялось мало внимания тому, что для каждого пациента большее значение имеет улучшение самочувствия и повышение удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах [11, 12]. В настоящее время на первый план выходит понимание необходимости изучения влияния хирургического лечения на качество жизни в послеоперационном периоде. Иначе нельзя с полной объективностью судить о достоинствах и недостатках той или иной операции [13, 14].

Проведенный клинико-экономический анализ свидетельствует, что при перфорации ЯД операция РДП по В.И. Оноприеву [9,10] спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения гастродуоденального комплекса. При этом отмечается объективно и субъективно более мягкое течение заболевания в послеоперационном периоде, что способствует повышению качества жизни пациентов, снижению прямых и косвенных затрат лечебного учреждения и пациентов.

Summary

Popandopulo K.L Surgery tactics about perforative duodenal ulcers at a municipal level. The lead clinico-economic analysis revealed, that radical duodenoplastic, in comparison with simple closed perforated duodenal ulcers, leads objectively and subjectively to softer current of disease in the postoperative period, increases quality of life of patients, decreases direct and indirect expenses of system of public health services.

Keywords: perforated duodenal ulcers, radical duodenoplastic.

Литература

1. Борисов А.Е., Земляной В., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. СПб., 2002.
2. Жаболенко В.П., Сажин А.В., Наумов И.А., Макаров Т.А. Профилактика рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после открытых и лапароскопических операций // Тез. докл. 4-го Всерос. съезда эндоскоп, хир. 2001. С. 24.
3. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Ржебаев К.Э. Лапароскопическая хирургия в лечении перфоративных гастродуоденальных язв двенадцатиперстной кишки // Эндоскоп, хир. 1999. №1. С. 42-43.
4. Борисов А.Е., Митин С.Е., Пешехонов С.И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв // Там же. 2000. №2. С. 12-13.
5. Wysocki A., Beben P. Type of surgery and mortality rate in perforated duodenal ulcer // Pol. Merkurizus Lek. 2001. Vol. 11. R 148-150.
6. Rajesh V., Chandra S.S., Smile S.R. Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease // Trop. Gastroenterol. 2003. Vol. 24. N 3. R 148-150.
7. Shan Y., Hsu H., Hsieh Y. et al. Significance of intraoperative peritoneal culture of fungus in perforated peptic ulcer // Brit. J. Surg. 2003. Vol. 90. R 1215-1219.
8. Kreissler-Haag D., Schilling M.K., Maurer C.A. Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium // Zentralbl. Chir. 2002. Bd 127. N 12. P. 1078-1082.
9. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995.
10. Оноприев В.И., Коротько Г.Ф., Корочанская Н.В. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2004. 654 с.
11. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. 2000. № 1. С. 6467.
12. Новикова НА., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 5. С. 7-10.
13. Крылов Н.Н., Кузин М.Н. К методике оценки результатов операций на желудке // Хирургия. 2000. № 2. С. 17-20.
14. Gonzalez-Stawinski G.V., Rovak J.M., Seigler H.F. et al. Poor outcome and quality of life in female patients undergoing secondary surgery for recurrent peptic ulcer disease // J. Gastrointest. Surg. 2002. Vol. 6. N 3. R 396-402.

Статья поступила в редакцию 27 октября 2006 г.