МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.М. Машкин[1], А.В. Ефанов[1], А.А. Хойрыш[1], Е.Ю. Зайцев[1], С.Л. Царик[1], И.А. Воробьев[2], Н.Н. Федосеева[2],
[1]ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»,
[2]Проблемная научно-исследовательская лаборатория клинической и профилактической гастроэнтерологии ТО ЮУНЦ РАМН, г. Тюмень

Актуальность

Язвенная болезнь во всем мире является широко распространенным заболеванием. В России этим заболеванием страдает примерно 1,5% населения.

Проблема лечения острых гастродуоденальных кровотечений остается одной из самых важных в ургентной хирургии, при этом наиболее остро сохраняется проблема лечения язвенных форм. В Российской Федерации насчитывается более 3 млн. больных язвенной болезнью, из которых 70-80 тыс. больных ежегодно оперируют, в большинстве случаев по поводу осложнений, прежде всего кровотечения или перфорации. При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90-103 случаев на 100 тыс. взрослого населения в год. Несмотря на прогресс в инструментальных методах диагностики, широкий спектр терапевтических средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии, летальность при этом заболевании на протяжении ряда лет остается постоянной и варьируется от 5 до 20,4%. При этом послеоперационная летальность составляет 5,7-35,2%. Также отмечается тенденция к возрастанию числа больных, поступающих в стационар с тяжелой степенью кровопотери и анемией, требующей коррекции, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах.

Тяжелое, угрожающее жизни осложнение язвенной болезни – перфорация, продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности от данной патологии. Количество операций при перфоративной язве на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5-13,0 на 100000 человек, а летальность, составляет от 5 до 17,9%.

Ушивание перфоративных гастродуоденальных язв остается основным оперативным вмешательством, частота его выполнения в разных клиниках России составляет 30-97%. В последние годы развитие хирургии перфоративной язвы идет по пути внедрения малоинвазивных методов, преимущества которых широко известны.

Отсутствие стандартизированного подхода и единой тактики в лечении пациентов, недостаточное использование современных методов эндоскопического гемостаза и малоинвазивной хирургии, недостаточное внимание хирургов к амбулаторному периоду реабилитации пациентов, перенесших язвенное кровотечение или перфорацию, требуют, на наш взгляд, пристального внимания.

Цель работы: оценить эффективность предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий при язвенной болезни, осложненной перфорацией и гастродуоденальным кровотечением.

Материалы и методы

Исследование содержало анализ историй болезни 1484 пациентов, поступивших в экстренном порядке в ОАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) с клиникой острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с декабря 2002 по декабрь 2010 года включительно. Все пациенты были разделены на две группы. В основную группу исследования (n=1231, 2003-2010 гг.) вошли пациенты, которым приоритетно применялся эндоскопический аргоноплазменный метод гемостаза. Контрольную группу (n=253, 2002-2003 гг.) составили пациенты, у которых была использована традиционная активная тактика, а в качестве эндоскопического гемостаза применялись аппликационный и инъекционный методы.

В комплекс обследования и оценки состояния пациентов входили: обязательный минимум лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с гематокритом, анализ мочи, группа крови и резус-фактор, ЭКГ), оценка объема и тяжести кровопотери, визуализация источника кровотечения и его характеристика, объективизация соматического статуса, прогноз риска рецидива кровотечения. Эндоскопическое исследование выполняли с помощью эзофагогастродуоденоскопа «Olympus GIF-XQ30», и видеоэндоскопического комплекса «Pentax EPM-3000». Аргоноплазменная коагуляция источника кровотечения производилась с применением аппарата для монополярной высокочастотной аргоноплазменной электрокоагуляции «Фотек ЕА-140» и «ФОТЕК-ЕА-141» производственного объединения «Фотек» (г. Екатеринбург, Россия).

Для операций у пациентов основной группы был использован специальный комплект инструментов «Мини-Ассистент», спецификация «для резекции желудка», разработанный профессором М.И. Прудковым и выпускаемый ЗАО НПО «Лига–7» серийно (сертификат соответствия № РОСС RU.ИМО2.ВО8528).

Результаты исследования

Проведенный статистический анализ не выявил достоверной разницы по полу и возрасту между пациентами обеих групп. Анализ распределения пациентов по источнику кровотечения также не выявил достоверных различий между группами. И в основной, и в контрольной группе наибольшую долю занимали пациенты с кровотечениями язвенной этиологии (58,4±1,3 и 62,1±3,0; p>0,05) (таблица 1 и 2).

В основной группе с продолжающимся на момент эндоскопического обследования кровотечением поступило 185 пациентов (15,0±1,0%) от всех поступивших, в контрольной - 28 пациентов (11,1±2,0%), нестабильный гемостаз на момент обследования отмечен у 730 пациентов (59,3±1,4%) основной и у 155 пациентов (61,2±3,1%) контрольной группы. Таким образом, основная и кон-

трольная группы являются полностью сопоставимыми по состоянию источника кровотечения при поступлении, а следовательно, по показаниям к выполнению эндоскопического гемостаза. В целом 915 пациентов основной группы (74,3±1,2%), и 183 пациента контрольной (72,3±2,8%) имели показания к экстренному или превентивному противорецидивному эндоскопическому гемостазу.

ТАБЛИЦА 1.

Распределение пациентов в основной и контрольной группе по полу и возрасту (n= 1484)

Показатель	Основная группа (n=1231)	Контрольная группа (n=253)	t	p
Средний возраст мужчин, лет	46,6±0,5	46,2±1,1	0,3	>0,05
Средний возраст женщин, лет	55,7±0,9	55,3±2,1	0,8	>0,05
Средний возраст группы, лет	48,9±0,5	48,6±1,0	0,3	>0,05
Доля мужчин, %	75,1±1,2	74,7±2,7	0,1	>0,05
Доля женщин, %	24,9 ±1,2	25,3±2,7	0,1	>0,05

ТАБЛИЦА 2.

Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения пациентов в основной и контрольной группе (n=1484)

Источник кровотечения	Основная группа (n=1231)		Контрольная группа (n=253)		t	p
	Чел	P±p,%	Чел	P±p,%		
Язва ДПК	375	30,5±13	83	32,8±2,9	0,7	>0,05
Язва желудка	194	15,8±1,0	50	19,8±2,5	1,5	>0,05
Сочетание язвы желудка и ДПК	11	0,9±0,3	3	1,2±0,7	0,4	>0,05
Пептическая язва ГЭА	50	4,1±0,6	9	3,6±1,2	0,4	>0,05
Острые язвы желудка и ДПК	89	7,2±0,7	12	4,7±1,3	1,6	>0,05
Синдром Меллори-Вейсса	278	22,6±1,2	43	17,0±2,4	1,9	>0,05
Эрозивные процессы	107	8,0±0,8	25	9,9±1,8	0,9	>0,05
ВРВП	82	6,7±0,7	12	4,7±1,3	1,3	>0,05
Опухоли пищевода и желудка	33	2,7±0,5	13	5,1±1,4	1,7	>0,05
Рак БДС	1	0,1±0,1	-	-	-	-
Синдром Дьелафуа	8	0,6±0,2	1	0,4±0,4	0,6	>0,05
Полип желудка	1	0,1±0,1	2	0,8±0,6	1,3	>0,05
Папиллотомический разрез	2	0,2±0,1	-	-	-	-
Всего	**1231**	**100,0**	**253**	**100,0**	**-**	**-**

У 144 пациентов контрольной группы был выполнен аппликационный эндоскопический гемостаз, у 20 – инъекционный гемостаз. Таким образом, 164 пациентам контрольной группы (64,8%±8,6) был выполнен эндоскопический гемостаз.

В основной группе эндоскопический гемостаз был применен у 70,2% пациентов. Из них в 84,5% случаев оказалось достаточным однократного применения АПК. У 125 (15,5%) пациентов АПК выполнялось два и более раза, показанием к этому послужили рецидив кровотечения, а также эндоскопическая картина нестабильного гемостаза при динамическом контроле.

Эффективность первичного выполнения АПК составила 94,7±0,7%, рецидив кровотечения - 5,3±0,7%. После повторного выполнения АПК у этих пациентов эффективность ее составила уже 98,2±0,4%. Только в 1,8±0,4% АПК оказалась неэффективной при рецидиве желудочно-кишечного кровотечения, эти пациенты были оперированы. Применение метода АПК в комплексном лечении больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями неварикозной этиологии позволило снизить частоту рецидивных кровотечений у пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом с 15,9±2,3% в контрольной группе, до 5,3±0,7% в основной группе. Эффективность АПК при рецидивном кровотечении в основной группе достигла 75,0±2,1%, против 31,6±2,9% в контрольной группе. Применение АПК позволило снизить хирургическую активность с 19,0±2,5% в контрольной группе до 4,3±0,6% в основной группе, или в 4,4 раза. Больничная летальность в контрольной группе составила 6,7±1,6% (или 4,1±1,2%, если исключить варикозные кровотечения). В основной группе больничная летальность составила 5,0±0,6% (или 2,3±0,4%, если исключить варикозные кровотечения). Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составила 8,5±0,3 суток, в основной группе - 7,6±0,1 суток соответственно.

С самого начала использования эндоскопической АПК мы в обязательном порядке применяли ингибиторы протонной помпы: с 2002 г. - «Лосек», а с 2010 г. - «Нексиум». В официальной аннотации к препарату «Нексиум» в России с марта 2010 г. существует отдельное показание: «При кровотечении из пептической язвы для профилактики рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза».

Нами накоплен определенный опыт применения минилапаротомного доступа при перфоративных гастродуоденальных язвах, в связи с чем проведен анализ 187 историй болезней пациентов, проходивших стационарное лечение в ОАО МСЧ «Нефтяник» г. Тюмени с 2007 г. по 2010 г. У 56 из них выполнено ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа, без видеоэндоскопической поддержки (основная группа больных). У других 131 – ушивание перфоративной язвы, санация брюшной полости из верхнесрединной лапаротомии (контрольная группа).

При анализе клинического материала исследования проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв из минилапаротомного и традиционного доступов.

Так, средняя длина минилапаротомного доступа составила 45,2±0,8 мм, что оказалось в 4,2 раза меньше средней длины традиционной лапаротомии (t=64,3). Средняя продолжительность операции в основной группе составила 54,2±1,7 мин., в контрольной 57,5±3,0 мин., что на 3 мин. больше (t=0,1).

При анализе выявлено статистически достоверное различие в выраженности болевого синдрома после операции: у пациентов основной группы болевой синдром полностью купировался с 3 суткам (t=24,7), что нашло отражение в уменьшении длительности периода обезболивания, практически полный отказ от применения наркотических анальгетиков.

Результатом меньшей операционной травмы и более быстрого функционального восстановления явилось сокращение среднего срока активизации пациентов

после операции, и среднего послеоперационного койкодня, который составил для пациентов основной группы 4,6±0,2 суток, в то время как для пациентов контрольной группы этот показатель составил 7,7±0,2 (t=11,0).

С учетом цикличности язвенной болезни и склонности ее к рецидивам, мы с 2004 г. после выписки из стационара всех пациентов в обязательном порядке стали направлять к гастроэнтерологу ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» (г. Тюмень), для реализации принципа преемственного лечения. На амбулаторном этапе гастроэнтеролог реализует целый ряд обязательных задач при лечении осложненной язвенной болезни. По нашему опыту, терапевт обычной участковой поликлиники не решает эти задачи в полном объеме, отсюда и выбор такого алгоритма преемственного лечения.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения Тюменской области и управления по здравоохранению Администрации города Тюмени от 23 июля 2009 года № 417/326 «О мерах по усилению контроля за диспансерным наблюдением пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной желудочно-кишечным кровотечением и формированием регистра больных язвенной болезнью всех локализаций» и в целях совершенствования специализированной медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки был создан Регистр пациентов с вышеуказанной патологией. Для этого была разработана автоматизированная система, благодаря функционалу которой, появилась возможность в электронном виде обрабатывать информацию о пациентах, перенесших язвенные кровотечения или иные хирургические осложнения, заниматься целенаправленной профилактикой возможности их рецидива. За период с 23 июля 2009 года по 31 марта 2011 г. количество пациентов с язвенной болезнью в регистре составило 1476 человек. Хотя идея привлечение гастроэнтерологов к лечению больных с язвенными кровотечениями периодически высказывается, но публикаций о системном ее использовании мы не нашли.

Обсуждение

В основу нашей работы положена точка зрения, что наиболее важными компонентами комплекса лечебно-профилактических мероприятий при гастродуоденальных язвах, осложненных кровотечением или перфорацией являются:

1. Приоритет эндоскопического гемостаза перед хирургическим методом, использование АПК как наиболее эффективного способа.

2. Грамотная, современная антисекреторная терапия на стационарном и амбулаторном этапе.

3. При отсутствии противопоказаний следует считать ушивание перфоративной язвы из минилапаротомного доступа методом выбора у всех пациентов с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны.

4. Строгая и обязательная преемственность в лечении пациентов врачей-хирургов и гастроэнтерологов.

Выводы

Таким образом, применение метода АПК в комплексе с адекватной антисекреторной терапией у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями позволило в 3 раза снизить частоту рецидивных кровотечений (t =4,4; p<0,001), в 4,4 раза уменьшить количество вынужденных оперативных вмешательств (t=5,0; p<0,001). Применение малоинвазивных методов лечения осложненной язвенной болезни желудка и ДПК (минилапаротомный доступ, АПК) позволяет сократить средние сроки стационарного лечения пациентов. Тактически правильной является обязательная передача пациентов с язвенными кровотечениями от врача-хирурга к врачу-гастроэнтерологу. Полноценной реализации комплекса лечения и профилактики помогает применение современных компьютерных программ.