

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В. Максимов¹, доктор медицинских наук,
С. Яровой^{1,2}, доктор медицинских наук,
О. Мисякова¹, **Н. Москалева**^{1,2}, кандидат медицинских наук
¹Городская клиническая урологическая больница №47
²Научно-исследовательский институт урологии, Москва
E-mail: gkub47@mosgorzdrav.ru

В крупной монопрофильной урологической клинике – Городской клинической урологической больницы (ГКУБ) №47 – изучены частота, распространенность и связь язвенных осложнений с основными видами урологической патологии и оперативными вмешательствами.

Проведен ретроспективный анализ результатов 8346 оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и 1960 эзофагогастродуоденоскопий, выполненных в ГКУБ №47 за 2004–2010 гг. По данным исследования, эффективность противоязвенной профилактики при проведении урологических вмешательств на фоне предсуществующей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки находится в обратной зависимости от травматичности операции. Отмечен высокий риск развития язвенных осложнений при проведении радикальных органосохраняющих вмешательств (цистэктомия, простатэктомия, в меньшей степени – нефрэктомия) по онкологическим показаниям. Показано, что наряду с травматичностью вмешательства и кровопотерей существенным фактором риска выступает факт наличия злокачественного новообразования.

Ключевые слова: обострение язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки, острая стрессовая язва, противоязвенная профилактика, урологические операции.

Возникновение в послеоперационном периоде острого эрозивно-язвенного поражения слизистой гастродуоденальной зоны является фактором, значительно ухудшающим прогноз. Обычно острые язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются в ближайшие 3–5 сут после оперативного вмешательства [1]. По данным разных авторов, общая летальность у прооперированных больных при развитии острого эрозивно-язвенного повреждения желудка, осложненного кровотечением, достигает 80% [1, 3]. При этом, на наш взгляд, профилактике послеоперационных язвенных осложнений в урологической клинике не уделяется достаточного внимания. Отсутствуют рекомендации и внутренние протоколы по профилактическому применению противоязвенных средств. Нередки случаи неадекватного использования этих препаратов, главным образом – вследствие необоснованного назначения дорогостоящих и многокомпонентных схем противоязвенной профилактики.

Для оценки эффективности и обоснованности назначения противоязвенной терапии в реальной клинической практике мы изучили частоту, распространенность и связь язвенных осложнений с основными видами урологической патологии и

оперативными вмешательствами в крупной монопрофильной урологической клинике – Городской клинической урологической больнице (ГКУБ) №47.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов 8346 оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и 1960 эзофагогастродуоденоскопий (ЭФГДС), выполненных в ГКУБ №47 за 2004–2010 гг.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ВИДАМ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Изучено общее распределение выявленных в ГКУБ №47 язвенных осложнений по видам урологической патологии (рис. 1). Наиболее часто открытые язвы и эрозии обнаруживались на фоне аденомы (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы – ПЖ (21,1%), нефролитиаза, осложненного обострением хронического обструктивного пиелонефрита (23,9%), а также при новообразованиях почки (19,5%), несколько реже – при раке ПЖ (15,3%) и новообразованиях мочевого пузыря – МП (14,6%). Всего на долю перечисленных заболеваний пришлось 94,4% язвенных осложнений. При других видах урологической патологии (острый необструктивный пиелонефрит, различные формы простатита, орхита, эпидидимита и т.д.) язвенные осложнения встречаются достаточно редко.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ситуации, когда язвенные дефекты желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются у урологического больного вне связи с оперативным вмешательством, наблюдаются редко, обычно – на фоне особо тяжелого течения основного заболевания. В большинстве своем обострения язвенной болезни, а также острые стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникают вследствие оперативных вмешательств [4, 6].

По абсолютному числу язвенных осложнений лидирующее положение занимают эндоскопические манипуляции на уретре, ПЖ, МП, проводящиеся по неонкологическим показаниям (26,4% общего числа язвенных осложнений), и радикальная простатэктомия (20,7%), т.е. 2 крайних по объему

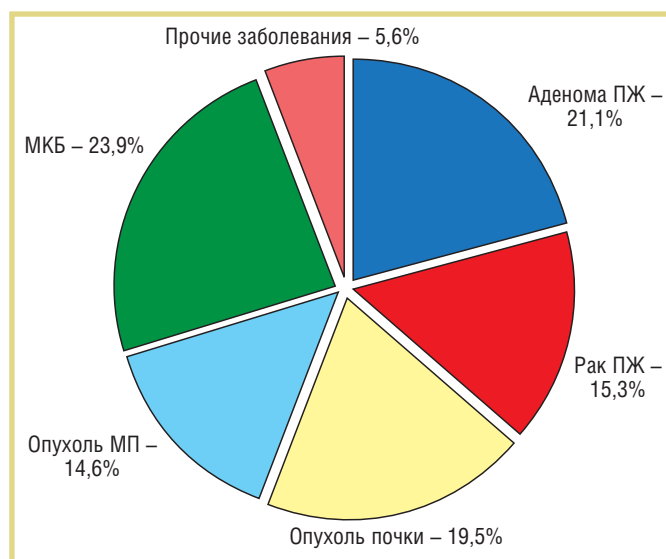


Рис. 1. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по видам урологической патологии (n=977, ГКУБ №47, 2004–2010 гг.); МКБ – мочекаменная болезнь

операционной травмы варианта: наименее и наиболее травматичные вмешательства. Очевидно, что противоречивость полученных данных связана с отсутствием сведений о частоте проведения каждого вида операции.

Для оценки ретроспективного риска развития язвенных осложнений применительно к каждой из выделенных нами групп урологических вмешательств абсолютное число зарегистрированных язвенных осложнений делили на число проведенных за изучаемый период операций соответствующего вида. Результаты расчета представлены на рис. 2. Наиболее угрожаемы в отношении развития обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также острых стрессовых язв и эрозий травматичные оргауносящие операции, выполняемые по онкологическим показаниям, – радикальные



Рис. 2. Риск развития язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы (число оперативных вмешательств – 8346; ГКУБ №47, 2004–2010 гг.); ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент (место перехода почечной лоханки в мочеточник)



Рис. 3. Соотношение абсолютного числа обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и стрессовых язв в исследуемой группе (n=876)

простатэктомия и цистэктомия. Риск язвенных осложнений при них крайне высок – соответственно 59,6 и 53,7%.

При остальных урологических операциях риск обострения язвенной болезни или стрессовых язв существенно меньше. Например, при операциях на почке по онкологическим показаниям он составляет 18,2%, при открытых органосохраняющих вмешательствах по поводу МКБ, стриктур мочеточника и ЛМС – 13,1%. Все это – весьма значительные по объему операции с существенной кровопотерей и реальной возможностью послеоперационных кровотечений, главным образом – из почки [5]. При эндоскопических вмешательствах риск язвенных осложнений не превышает 13,6% (при раке ПЖ и МП), а в ряде случаев он менее 2% (при трансуретральном дробиении камней мочеточника и эндопиелотомии).

Анализ полученных результатов делает очевидной следующую закономерность: наряду с травматичностью вмешательства, интраоперационной кровопотерей и вероятностью послеоперационного кровотечения самостоятельным фактором риска возникновения язвенных осложнений выступает факт наличия злокачественного новообразования. Так, при сравнении групп пациентов, перенесших нефрэктомия или резекцию почки по онкологическим и неонкологическим показаниям, а также аналогичных групп больных после трансуретральных вмешательств на уретре, ПЖ и МП отмечено, что наличие злокачественного новообразования коррелирует с увеличением риска язвенных осложнений в 1,2–1,4 раза в зависимости от вида оперативного лечения.

Рассмотрим соотношение абсолютного числа обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и числа стрессовых язв в исследуемой группе (876 пациентов) на фоне оперативных вмешательств (рис. 3). Значительная доля острых стрессовых язв в структуре послеоперационных язвенных осложнений свидетельствует о крайне выраженном негативном влиянии операционной травмы, кровопотери и других факторов, сопряженных с оперативным вмешательством, на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в то время как обострения язвенной болезни нередко наблюдаются и при умеренной выраженности провоцирующих факторов. Противоязвенные препараты по большей части влияют лишь на 1 из механизмов повреждения стенки желудка и кишечника – посредством соляной кислоты [2]. Для предотвращения острых стрессовых язв этого не всегда бывает достаточно. Относительный риск развития последних тем ниже, чем выше соотношение абсолютного числа обострений язвенной болезни и стрессовых язв.

Риск развития стрессовых язв наиболее высок при цистэктомии, а также при открытых операциях на ПЖ – соотношение в данном случае составляет 1,6. При радикальной простатэктомии этот показатель равен 1,9, при нефрэктомии по онкологическим показаниям – 2,8, по неонкологическим показаниям – 4,3. Наименьший относительный риск развития стрессовых язв выявлен при эндоскопических вмешательствах по поводу МКБ (7,3). При эндоскопических операциях на ПЖ и уретре частота обострения стрессовых язв также невелика по сравнению с частотой обострения язвенной болезни (4,5–4,9).

Исходя из изложенного, можно отметить следующую закономерность: операции на ПЖ сопровождаются относительно большим риском развития стрессовых язв, чем операции соответствующего объема на почках, что, возможно, связано с большим риском кровотечения и большими разовыми объемами кровопотери, которые сопровождают оперативные вмешательства на ПЖ.

Создается впечатление, что риск развития стрессовых язв связан не с диагнозом — онкологическим или неонкологическим, — а исключительно с объемом операции, т.е. с тяжестью нанесенной организму травмы и объемом кровопотери. Слабовыраженная тенденция к увеличению относительного риска развития стрессовых язв при оперативном лечении злокачественных новообразований легко объясняется большими объемами вмешательств и большей частотой кровотечений при онкологических операциях.

Как известно, противоязвенная профилактика снижает риск язвенных осложнений после хирургических вмешательств [1, 3, 6], причем диагноз «обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» в послеоперационном периоде подразумевает наличие этого заболевания и до операции, но в стадии ремиссии. У всех включенных в настоящий анализ пациентов имелись абсолютные показания к профилактическому приему противоязвенных средств. На рис. 4 представлено соотношение абсолютного числа обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, возникших на фоне проведения противоязвенной профилактики, и числа аналогичных обострений в отсутствие специфической профилактики. Изучаемое соотношение показывает относительную эффективность противоязвенной профилактики в зависимости от вида оперативного лечения.

Противоязвенная профилактика наиболее эффективна при открытых вмешательствах по поводу МКБ и стриктуры ЛМС — риск обострения язвенной болезни снизился в 19,5 раза. При эндоскопических вмешательствах на почках, МП и ПЖ риск снизился в 10–11,6 раза. При открытых операциях относительная эффективность противоязвенной профилактики несколько меньше. При чреспузырной аденомэктомии она снижает риск обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 7,5 раза, при радикальной простатэктомии — в 6,9 раза, при нефрэктомии в зависимости от показаний — в 5,8–6,7 раза. Наименьшая относительная эффективность противоязвенной профилактики отмечена при радикальной цистэктомии — риск снижается в 2,5 раза. В среднем в изучаемой выборке больных (n=673) профилактическое назначение противоязвенных препаратов снизило риск язвенных осложнений в 9 раз.

Из имеющихся данных можно сделать вывод, что эффективность противоязвенной профилактики при урологических вмешательствах находится в обратной зависимости от травматичности операции. Тем не менее даже при наиболее травматичных урологических оперативных вмешательствах риск язвенных осложнений существенно снижается — минимум в 2,5 раза.

Аналогичную закономерность (частота осложнений, возникших без противоязвенной профилактики и на ее фоне) можно вывести и для острой стрессовой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако оценить результат по описанному принципу сложно. Все эти пациенты не имели предсуществующей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, поэтому возникает вопрос: кому из этих больных противоязвенная профилактика была показана? Отсутствие четких рекомендаций на этот счет и стихийность назначения противоязвенной профилактики делают такой анализ неинформативным.

Приведенные данные свидетельствуют о зависимости эффективности противоязвенной профилактики от вида оперативного лечения. Нам представилось интересным оценить частоту язвенных осложнений в зависимости не от наличия язвенной болезни в анамнезе, а от вида урологической операции и факта проведения противоязвенной профилактики.

Для наглядности мы представили результаты оценки в виде диаграмм (рис. 5, 6). При сравнительном анализе 2 распределений язвенных осложнений отмечено, что независимо от специфической профилактики частота язвенных осложнений наибольшая — при травматичных оперативных вмешательствах по онкологическим показаниям.

При наличии профилактики 79% язвенных осложнений возникало при цистэктомии и простатэктомии, при всех остальных операциях доля язвенных осложнений составила 21%. В то же время в отсутствие профилактики на долю радикальной цистэктомии и радикальной простатэктомии пришлось 49% выявленных язвенных осложнений. Разница в снижении риска послеоперационных язвенных осложнений позволяет еще раз, но уже с другой стороны, подчеркнуть обнаруженную ранее тенденцию: профилактика оказывает

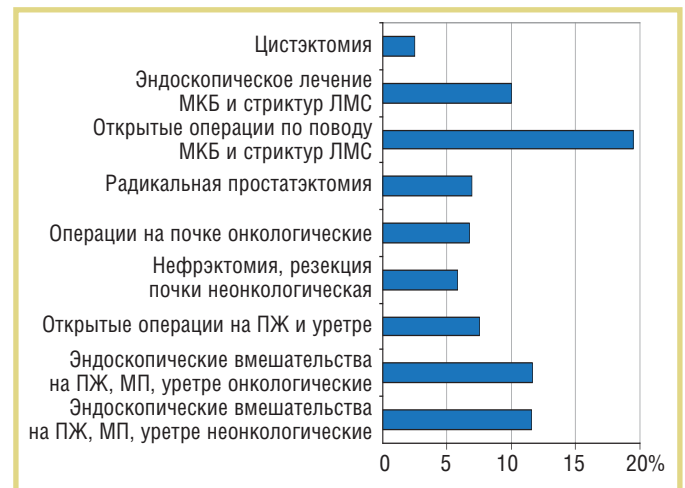


Рис. 4. Соотношение абсолютного числа послеоперационных обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, возникших на фоне противоязвенной профилактики, и числа аналогичных обострений, возникших без специфической профилактики



Рис. 5. Распределение язвенных осложнений, возникших на фоне противоязвенной профилактики, в зависимости от вида операции

ся более эффективной при сравнительно малотравматичных операциях, особенно у неонкологических пациентов.

Чтобы полнее и достовернее оценить эффективность противоязвенной профилактики, целесообразно изучить не общую популяцию оперированных больных, а субпопуляцию пациентов, прошедших на предоперационном этапе ЭФГДС и имевших документально подтвержденную ремиссию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В эту группу вошли 393 человека – 47% всех прооперированных больных. Вначале оценили распределение этих больных по выполненным операциям, что позволило определить, при каких нозологиях и вмешательствах ЭФГДС выполнялась чаще (рис. 7). При оценке в относительных величинах установлено, что чаще всего ЭФГДС выполнялась перед цистэктомией и кишечной пластикой МП. Данную диагностическую манипуляцию прошли 63% больных, перенесших указанные



Рис. 6. Распределение язвенных осложнений, возникших в отсутствие противоязвенной профилактики, в зависимости от вида операции

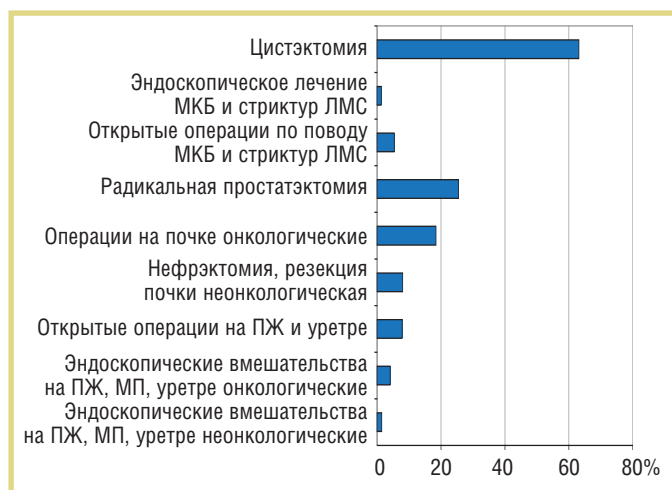


Рис. 7. Распределение по операциям пациентов, имевших язвенный анамнез и документально подтвержденную ремиссию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (n=393)

оперативные вмешательства. Перед другими урологическими вмешательствами ЭФГДС выполнялась реже. Тем не менее ЭФГДС была произведена 25,5% больным, перенесшим радикальную простатэктомию, и 18% пациентам, перенесшим нефрэктомию или резекцию почки по онкологическим показаниям. При остальных урологических операциях это исследование выполнялось еще реже (8% – при нефрэктомии и резекции почки по неонкологическим показаниям, 1,5–4% – при эндоскопических вмешательствах на ПЖ и МП). Таким образом, можно отметить адекватность определения показаний к проведению ЭФГДС лечащими врачами в группе оперированных больных. Это исследование преимущественно выполнялось пациентам с наибольшим риском развития язвенных осложнений в послеоперационном периоде.

Перейдем к оценке эффективности противоязвенной профилактики. Из 393 пациентов с объективно подтвержденной на предоперационном этапе ремиссией язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки или хронического гастродуоденита противоязвенную профилактику получили 332 (84,5%). Всего было зарегистрировано 27 язвенных осложнений (у 8,1% всех больных, получавших противоязвенную профилактику). Распределение язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства принципиально не отличалось от такового в общей выборке больных – большую часть лиц с язвенными осложнениями составили пациенты, перенесшие значительные по объему оперативные вмешательства по онкологическим показаниям.

Исходя из ранее полученных данных, мы выделили группу наиболее травматичных урологических операций, сопровождающихся высоким риском язвенных осложнений. В нее вошли радикальная цистэктомия и сопровождающие ее реконструктивно-пластические вмешательства по деривации мочи, радикальная простатэктомия, нефрэктомия и резекция почки по онкологическим показаниям, открытые оперативные вмешательства на ПЖ и уретре (чреспузырная аденомэктомия, операция Хольцова, операция Соловова). Согласно полученным данным, среднегрупповой риск развития язвенных осложнений в послеоперационном периоде при подтвержденной ремиссии хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и проведении противоязвенной профилактики составил 12,9%. Распределение рисков было следующим: при радикальной цистэктомии – 24,2%, при радикальной простатэктомии – 20,3%, при нефрэктомии и резекции почки по онкологическим показаниям – 4,5%, при открытых операциях на ПЖ и уретре – 5,3% (рис. 8).

Таким образом, анализ подтвердил ранее сделанные заключения и его данные можно расценивать как индикатор качества или достоверности выводов, сделанных на общей выборке пациентов, так как анализ проводился на более од-

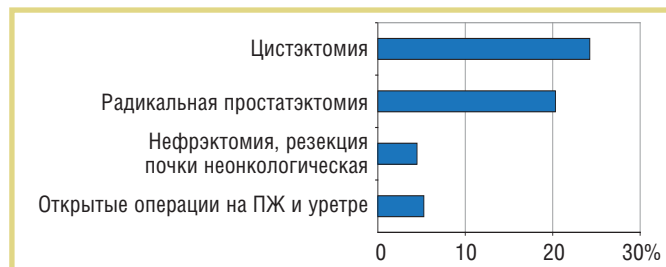


Рис. 8. Риск развития язвенных осложнений на фоне противоязвенной профилактики при проведении наиболее травматичных вмешательств

нородной группе больных с лучшим документальным подтверждением диагнозов.

В результате исследования определена частота заболеваний верхнего отдела ЖКТ по отношению к частоте основных видов урологической патологии и оперативных вмешательств. Отмечен высокий риск язвенных осложнений при проведении радикальных оргауноносящих вмешательств (цистэктомия, простатэктомия, в меньшей степени — нефрэктомия) по онкологическим показаниям. Показано, что наряду с травматичностью вмешательства и кровопотерей существенным фактором риска выступает факт наличия злокачественного новообразования.

Несмотря на достаточно большой объем проанализированной информации, давать какие-либо практические рекомендации по назначению противоязвенных препаратов урологическим больным, на наш взгляд, пока преждевременно. Цель настоящей публикации — не предложить оригинальные методики противоязвенной профилактики, а привлечь внимание к недостаточно изученной проблеме, затрагивающей интересы как клиницистов-урологов, так и организаторов здравоохранения, занимающихся вопросами лекарственного обеспечения и финансирования лечебно-диагностического процесса. Ведь даже без специальных научных изысканий вполне очевидно, что желудочно-кишечные кровотечения, являющиеся следствием послеоперационных эрозивно-язвенных поражений органов ЖКТ, не только негативно отражаются на состоянии пациента, но и требуют огромных финансовых и трудовых затрат, которые в современных условиях страховой медицины никем не компенсируются.

Исследования, направленные на разработку и экономическое обоснование оптимальных методик противоязвенной профилактики в урологической клинике, уже проводятся. Их результаты найдут отражение в последующих публикациях.

Литература

1. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. — М.: КВАН, 2009; 173 с.
2. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. — М.: Практика, 2006; 1648 с.
3. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // *Consilium Medicum*. — 2004; 1: 29–32.
4. Столпман Н., Метц Д.С. Патопизиология и профилактика стрессовых язв у послеоперационных больных // *Рос. мед. журн.* — 2005; 13 (25): 1668–74.
5. Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А. Лопаткина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 1021 с.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Мед-пресс информ, 2002; 376 с.

EFFICIENCY OF ANTIULCERATIVE PROPHYLAXIS DURING SURGICAL INTERVENTIONS INTO UROGENITAL SYSTEM ORGANS

V. Maksimov, MD¹; S. Yarovoy, MD^{1,2}; O. Misyakova¹, N. Moskaleva^{1,2}, Candidate of Medical Sciences

¹City Clinical Urology Hospital Forty-Seven

²Research Institute of Urology, Moscow

The incidence and prevalence of ulcerative complications and their association with the major types of urologic pathology and with surgical interventions were studied in the large-scale mono-profile urology clinic City Clinical Urology Hospital Forty-Seven.

The results of 8346 surgical interventions into urogenital system organs and 1960 esophagogastroduodenoscopies, performed in City Clinical Urology Hospital Forty-Seven in 2004–2010, were retrospectively analyzed. The study indicated that the efficiency of antiulcerative prophylaxis during urologic interventions for preexisting gastroduodenal peptic ulcer disease was inversely related to the traumaticity of an operation. There was a high risk for ulcerative complications during radical organ-removing interventions (cystectomy, prostatectomy, and, to a lesser extent, nephrectomy) for cancer. Along with surgical traumaticity and blood loss, malignancy was shown to be an essential risk factor.

Key words: exacerbation of gastroduodenal peptic ulcer disease; acute stress ulcer; antiulcerative prophylaxis, urologic operations.