

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В.М.Лобанков

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Снижение оперативной активности при язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки по праву считается одним из достижений мировой гастроэнтерологии конца XX века. В экономически развитых странах за последнюю декаду прошлого столетия отмечено существенное уменьшение количества плановых операций и, в меньшей степени, – неотложных. Суммарное количество хирургических вмешательств, выполняемых при ЯБ, как правило, не превышает 10 на 100 тыс. населения в год. Наиболее частым поводом для операции являются язвенные кровотечения, развивающиеся главным образом у лиц пожилого и старческого возраста, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или другие лекарства с ulcerogennym эффектом. Перфоративные язвы встречаются весьма редко, снизилась также частота стенозов [10, 12, 13]. Если 15–20 лет тому назад достаточно широко применялась плановая хирургия при торпидном или агрессивном течении ЯБ, то в настоящее время подобная тактика почти не практикуется. Произошедшие перемены обусловлены возросшей эффективностью консервативной терапии ЯБ, основанной на применении блокаторов желудочной секреции, а с 90-х гг. – антигеликобактерных схем лечения [9, 11].

В развивающихся странах и в странах с переходной экономикой, к которым можно отнести «постсоветские» республики, ситуация с ЯБ в корне отличается. С первой половины 90-х гг. в республиках бывшего СССР отмечено резкое увеличение количества прободных язв и язвенных кровотечений, на фоне снижения плановой оперативной активности значительно увеличилась общая смертность от ЯБ [3, 6]. Сейчас в бывших советских республиках ситуация с ЯБ гораздо острее, чем это было в 70-е и 80-е гг. По данным М.И.Кузина, в 1968 г. в СССР было прооперировано 29 тыс. больных с перфоративными язвами [1]. Спустя 30 лет, в 1999 г., в России зарегистрировано более 45,5 тыс. перфораций, в Украине – более 11,5 тыс., в Беларуси – 2,5 тыс., около 1,5 тыс. – в странах Балтии [1, 2, 5].

Налицо парадоксальная ситуация: теоретически эффективность консервативной терапии ЯБ существенно возросла, на практике – рост осложненных форм заболевания. Основными причинами этого, на наш взгляд, являются снижение материального уровня жизни, высокое социальное напряжение в обществе, недостаточная медицинская культура населения, массированная реклама в СМИ симптоматических лекарственных препаратов, расцвет «парамеди-

цинских» веяний (знахарства, целительства и т.п.), а также недостаточная эффективность официальной медицины.

Одной из особенностей отечественного здравоохранения является разобщенность взглядов терапевтов и хирургов на лечение больных ЯБ. Несмотря на все успехи теоретической и практической медицины, положительный эффект в терапии ЯБ не просматривается. По нашему мнению, чтобы реально изменить ситуацию к лучшему, необходимо выработать современную отечественную концепцию лечебной стратегии при ЯБ. Сторонники консервативной гастроэнтерологии предлагают перенести лечебные стандарты, применяемые при ЯБ в западных странах, в отечественные условия, игнорируя существующие социально-экономические особенности «постсоветских» государств. Плановая хирургия ЯБ при этом объявляется анахронизмом. Внешняя привлекательность такой позиции, стремление следовать «передовому мировому опыту» не дают на деле эффекта.

Необходимо четко уяснить, чего мы хотим добиться в конечном итоге при решении проблемы ЯБ? Спасти больных от хирургов? Избавить «язвенников» от инфекции *Helicobacter pylori* (Hр)? Искоренить само заболевание?

«Программа-минимум» – сократить смертность от ЯБ. Основная причина смертности – жизненно опасные осложнения, в первую очередь, кровотечения и прободения. По данным зарубежных когортных исследований, за последние 30 лет XX века летальность после неотложных операций при ЯБ не изменилась и составляет при прободных язвах 5–10% и более, при язвенных кровотечениях – 15–20% [12, 14]. Следовательно, необходимо стремиться к минимизации таких операций. Эта стратегическая цель принципиально достижима при сочетании эффективной консервативной терапии и превентивной плановой хирургии. При правильно сформулированных показаниях к плановой хирургии ЯБ количество экстренных операций – обратно пропорциональное. Риск неотложных вмешательств существенно выше, чем плановых, а с учетом органосохраняющей хирургии – разница неоспорима. Как показала практика последних 15 лет, лечебная стратегия, основанная сугубо на консервативном лечении больных ЯБ с применением хирургической тактики только по неотложным показаниям, в условиях «постсоветского пространства» себя не оправдала. Неотложных показаний сейчас стало столько, сколько не было не только до открытия Hр-инфекции и эрадикационных схем лечения ЯБ, но и до внедрения эффективных антисекреторных препаратов. ЯБ как социально обусловленное заболевание требует одних подходов при социальной и экономической нестабильности и совершенно других – при благоприятных общественных условиях.

Итак, первостепенная задача при ЯБ – предупреждение осложнений, или третичная профилактика, что возможно при адекватном сочетании консервативной терапии заболевания и плановой превентивной хирургии. Доля каждого из этих подходов должна определяться с учетом региональных особенностей. При взаимодополняющем применении обеих (консервативной и плановой хирургической) тактик риск экстренных операций должен быть минимальным. Предупреждение обострений, или вторичная профилактика, – задача иного уровня, теоретически и практически вполне решаемая при достаточной медицинской культуре пациента и квалификации лечащего врача. Здесь целесообразно сочетание консервативной терапии и относительно нечастых случаев превентивной плановой хирургии. Наконец, предупреждение самой ЯБ, или первичная профилактика, на наш взгляд, задача не решенная нигде в мире. К сожалению, именно на ней нередко настаивают гастроэнтерологи, предлагая чуть ли не тотальную эрадикационную терапию инфицированного Hр населения. Хотелось бы напомнить, что Hр сосуществует с человеком миллионы лет, являясь компонентом его микробиоты. В настоящее время уже доказано, что подавляющее большинство носителей Hр никогда не будут иметь ни симптомов диспепсии, ни Hр-ассоциированных болезней [7, 9].

Полагаем, что точками приложения врачебных усилий должны быть не Hр-инфекция, не желудочная секреция, моторика или иные показатели инструментальных или лабораторных исследований, а больные ЯБ со своими индивидуальными проявлениями заболевания, личностными характеристиками, экономическими возможностями, факторами риска осложнений и т.д.

Важнейшее условие реализуемости любых медицинских идей – учет социального контекста переживаемого обществом периода. Иначе даже самая стройная теория останется только «декларацией о намерениях». О результативности лечебных и организационных мероприятий при ЯБ в конкретных условиях на уровне города, области, целой страны можно судить только по количеству осложненных форм заболевания или по числу неотложных операций.

За первую половину 90-х гг. XX века в Беларуси, России, Украине заболеваемость перфоративными язвами, увеличившись вдвое, относительно стабилизировалась на уровне около 25 случаев на 100 тыс. В странах Балтии этот показатель составляет около 20 случаев, а в экономически развитых странах – не превышает 5 [10, 13]. Суммарная относительная частота неотложных операций при кровотечениях и прободениях стабилизировалась на существенно более высоком, нежели в советские времена, уровне (30–40 и более вмешательств на 100 тыс. населения в год). Резкое снижение плановых операций «по западному образцу» привело к неадекватному превалированию

экстренных операций и росту общей летальности от ЯБ. Простой и внешне привлекательный алгоритм: «больной ЯБ – лечение по протоколам – эффект» в массовом масштабе у нас не работает. Путь от больного ЯБ к лечебному эффекту оказался в сложившихся условиях сложным, разветвленным, зависящим от многих факторов.

Нами разработана теоретическая схема взаимодействия основных факторов, влияющих на выбор лечебной стратегии при ЯБ. Графически она представлена совокупностью главных блоков, определяющих оптимальный вариант лечения больного (см. схему). Ведущий из них – это, конечно, «клинический вариант ЯБ» или тяжесть заболевания. Данное понятие при дуоденальной язве включает наследственность, возраст дебюта болезни, продолжительность анамнеза, частоту, выраженность и длительность обострений, реакцию на лечение, наличие и характер осложнений в анамнезе или при настоящем обострении. При язве желудка понятие «тяжесть» прежде всего основывается на морфологических характеристиках самой язвы (ее размере, локализации, данных биопсии), а также на наличии осложнений, реакции на терапию. Тяжесть течения с определенной долей вероятности может определить прогноз для здоровья, а порой и жизни. Необходимо подчеркнуть, что клинический вариант заболевания имеет выраженную социальную обусловленность как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Следующий важнейший блок – существующие «варианты консервативного лечения». Их практическая эффективность, реализуемость в конкретных условиях, доступность для пациента по экономическим соображениям, переносимости, а также по сложности лечебной схемы для выполнения. Теоретически современным вариантом выбора хочется считать эрадикационную антигеликобактерную терапию. Практически, из-за недоступности массового лечения «по протоколам» по материальным соображениям, проблем с комплаенсом пациентов (compliance – способность больного адекватно сотрудничать с врачом) и распространенностью нарушений принципов эрадикации самими врачами – реальная роль этого прогрессивного способа противоязвенного лечения в отечественных условиях пока чрезвычайно мала. Самые типичные у нас варианты терапии ЯБ – лечение обострений «по требованию» как амбулаторно, так и стационарно и, увы, «народный» способ – бессистемное симптоматическое самолечение.

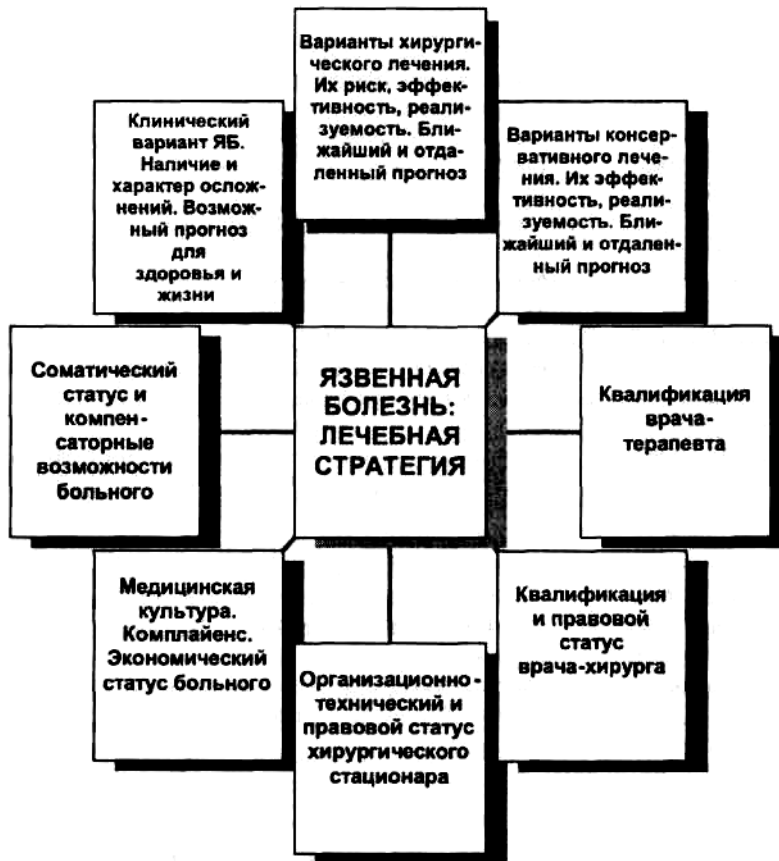
Важный фактор, определяющий стратегию лечения ЯБ – квалификация врача-терапевта. Здесь основная проблема, на наш взгляд, – слабое знание или несоблюдение врачами правил эрадикационной терапии, назначение лечения только в фазу обострения (между тем лечить ЯБ «по протоколам» целесообразнее в фазу ремиссии), игнорирование комплай-

енса больного, его материального положения, непонимание роли и места хирургических методов лечения ЯБ.

Блок «варианты хирургического лечения». Подавляющее большинство оперируемых у нас больных (75–90%) подвергаются хирургическому лечению по неотложным показаниям, то есть когда выбор лечебной стратегии сведен к однозначным решениям, а тактические варианты резко ограничены. При этом излишне дискутировать о летальности, риске осложнений, болезнях оперированного желудка и т.п. Реально о превентивной хирургии ЯБ можно говорить, подразумевая, в первую очередь, органосохраняющую хирургию, в частности – селективную проксимальную ваготомию (СПВ). Превентивная резекция желудка вряд ли оправдана, так как обуславливает летальность, сравнимую с таковой при перфоративной язве (в среднем 2–5%). Несмотря на большую радикальность, чем СПВ, по отношению к повторному язвообразованию, резекция сопровождается несравнимо большей частотой и выраженностью побочных эффектов. СПВ имеет близкую к нулю летальность, обеспечивает улучшение качества жизни и стойкую ремиссию ЯБ у 80–90% больных. К сожалению, приоритетное использование СПВ – удел относительно небольшой части хирургических стационаров. Предлагаемые рядом авторов лапароскопические технологии в отечественных условиях еще долго будут эксклюзивными из-за дороговизны оборудования, технической сложности и сомнительной целесообразности вмешательств.

«Квалификация и правовой статус хирурга». Теоретические знания терапевта позволяют проводить основные варианты лечения ЯБ в любых условиях. У хирурга дистанция между «знаю» и «умею» несравнимо больше. Говорить о современной хирургии ЯБ можно, подразумевая владение и резекционными, и органосохраняющими, и реконструктивными технологиями. Умение только качественно резецировать 2/3 желудка – это вчерашний день желудочной хирургии. Попытки самостоятельного овладения органосохраняющими технологиями нередко оборачиваются отказом от их применения после серии дебютных неудач (нефункционирующий желудок, частые рецидивы и др.) на фоне отработанной техники резекции желудка. Необходим многолетний практический опыт, желательное обучение в специализированных центрах. Хирург, который может заниматься современной желудочной хирургией, должен иметь соответствующую квалификационную категорию.

Блок «хирургический стационар». Мы неслучайно не сформировали блок «терапевтический стационар» или просто «стационар», так как современное противоязвенное лечение равно эффективно и в стационаре, и на дому. Хирургия же требует соответствующего технического, технологического и пра-



Факторы, определяющие лечебную стратегию при язвенной болезни

вого «оснащения» и, что немаловажно, – коллектива единомышленников.

Блок «медицинская культура больного». Традиционно игнорируемый в отечественной медицине аспект [2, 4]. Априори считается, что больной безоговорочно должен выполнять любые предписания и советы врача, проявляя высокий «комплаенс». На деле же большинство пациентов выполняют рекомендации по медикаментозному лечению ЯБ лишь частично, прекращая прием лекарств по мере купирования симптомов обострения. Больные, оперируемые по поводу прободных язв, как правило, отличаются низким уровнем образования, материального достатка, комплаенса, высокой частотой вредных привычек, семейной неустойчивости и т.д. Особый вопрос – эрадикационная терапия. Основная проблема здесь – дороговизна препаратов. В настоящее время в Республике Беларусь стоимость медикаментов для курса «трайпл-терапии» – около 40–50 USD. Далекое не каждого больного удастся убедить в необходимости потратить существенную сумму на лекарства, когда известно, что в больнице «зарубцуют язву» за 2–3 недели бесплатно (естественно, без эрадикации). Также нега-

тивно воспринимается необходимость одновременного приема большого количества таблеток – «горсть утром и горсть вечером». До 10% больных прекращают эрадикационное лечение из-за развития побочных эффектов [7–9].

«Соматический статус больного» в достаточной степени поддается объективной оценке. Фактор наиболее значим у пожилых пациентов с прободными язвами и тяжелыми кровотечениями.

Итак, выбор оптимальной лечебной стратегии синтезируется на основе анализа целой совокупности взаимосвязанных объективных и субъективных факторов. Большую часть информации обеспечивает грамотно собранный анамнез. Врач формирует представление о вероятном ближайшем и отдаленном прогнозе заболевания. Главное, по нашему мнению, стремиться избежать больного от безальтернативных ситуаций, когда решение продиктовано критическим его состоянием. В иных случаях на чаше весов, с одной стороны, – тяжесть и риск

болезни, с другой – эффективность и риск метода лечения. При легком варианте болезни в принципе годится любой метод консервативной терапии. Однако чрезмерный стресс независимо от его природы может вызвать осложнение. При тяжелом течении недуга существует реальная угроза жизни, поэтому необходимо квалифицированное лечение у специалиста-гастроэнтеролога либо хирурга, владеющего современной желудочной хирургией. Компромиссное решение принимается с обязательным учетом комплаенса больного. Памятуя о том, что даже самая современная противоязвенная терапия не излечивает заболевание, а лишь обеспечивает более или менее длительную ремиссию, в алгоритме принятия решения о лечебной стратегии при ЯБ необходимо сохранить место для плановой хирургии. Консервативная и хирургическая тактики не должны противопоставляться. В кризисные периоды, когда значительно возрастает пропорция осложненных форм ЯБ, роль хирургии в решении проблемы объективно возрастает. Будет гораздо лучше, если основную нагрузку в этом неизбежном перераспределении ролей возьмет на себя хирургия плановая, а не экстренная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – №1. – С.27–32.
2. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – №1. – С.58–64.
3. Панцырев Ю.М., Михайлов А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – №3. – С.43–49.
4. Социальные проблемы здравоохранения / Ред. Ф.Я. Кофман. – М., 2000. – 208 с.
5. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996–2001 гг.). Материалы на XX съезд хирургов Украины. – Киев, 2002. – 67 с.
6. Шапошиков А.В. Принятие решения в хирургии. Теоретические и прикладные аспекты. – Ростов-на-Дону, 2003. – 190 с.
7. Циммерман Я.С., Ведерников Б.Е., Новиков В.Н., Касьянова Н.Л. Микрофлора слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки и ее роль в патогенезе рецидива язвенной болезни // Сибир. журн. гастроэнт. гепатол. – 2001. – №12. – С.61–63.
8. Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 224 с.
9. Blaser M.J. Helicobacter pylori: Balance and imbalance // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 1998; 10 (Suppl. 1): P.15–18.
10. Canoy D.S., Hart A.R., Todd C.J. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom // Dig. Liver Dis. – 2002: P.322–327.
11. Hudson N., Brydon W., Eastwood M. et al. Successful Helicobacter pylori eradication incorporating a one-week antibiotic regimen // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1995; 9: P.47–50.
12. Fletcher D. Peptic disease: can we afford current management? // Aust N Z J Surg. – 1997. – Vol.67. №2–3. – P.75–80.
13. Paimela H., Paimela R., Myllykangas et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the disease during the past twenty five years // Scand J Gastroenterol. – 2002: P.399–403.
14. Rubin E., Farber J. L. Peptic ulcer disease. Pathology. 2-nd ed. – Philadelphia: Lippincott Company, 1994. – P.637–643.