

РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Вахрушев Я.М., Тихомирова Г.И.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Вахрушев Яков Максимович

E-mail: oeoxy10@mail.ru

В клинической практике широкое распространение получает критерий проведения лечебно-восстановительных мероприятий в определенных учреждениях реабилитации. Так, выделяют стационарный, санаторно-курортный и амбулаторно-поликлинический (поддерживающий) этапы восстановительного лечения, различающиеся между собой задачами, объемом, содержанием мероприятий, продолжительностью и организационными формами работы с больными [1].

В условиях недостаточного бюджетного финансирования отрасли здравоохранения рекомендуется изменить отношение к дорогостоящей стационарной медицинской помощи. Для оптимального использования ограниченных финансовых средств в настоящее время рекомендуется смещение приоритетов в сторону более широкого распространения малозатратных стационарозамещающих форм медицинской помощи населению, к которым относится дневной стационар при амбулаторно-поликлинических учреждениях [2; 3].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности дневного стационара в профилактике рецидивов язвенной болезни.

В статье авторы приводят результаты собственных многолетних наблюдений за восстановительными мероприятиями и их эффективностью среди оперированных по поводу осложненных форм язвенной болезни пациентов. Установлено, что эффективнее проводить реабилитационные мероприятия в условиях дневного стационара (ДС), так как больные в послеоперационном периоде безукоризненно выполняют рекомендации врача, получая противорецидивную терапию, дополненную курсами лечебной физкультуры и физиопроцедурами, соблюдают диету, при этом находятся в привычной домашней обстановке. При производственной необходимости и отсутствии противопоказаний могут совмещать лечение с выполнением профессиональной деятельности, так как этому способствует режим работы ДС. В амбулаторно-поликлинических условиях (АП) среди пациентов отсутствует пристальное

наблюдение со стороны медицинского персонала. Поэтому данные больные не всегда с точностью выполняют рекомендации врача, а следовательно, эффективность противорецидивной терапии в данной группе снижена, что подтверждено нашим исследованием. Результаты дальнейших исследований позволят авторам сделать выводы о рациональном использовании средств системы здравоохранения при реабилитации оперированных больных в стационарозамещающих условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 256 пациентов, оперированных по поводу осложненного течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургических стационарах Ижевска за период 2003–2009 гг. Мужчин было 207 (80,9%), женщин — 49 (19,1%). Медиана среднего возраста пациентов соответствовала $42,0 \pm 1,2$ года.

Все пациенты в раннем послеоперационном периоде были распределены нами на две группы. Группу наблюдения составили 144 (56,2%) пациента, оперированных с учетом возраста, пола, нозологической формы заболевания, социального статуса, вида оперативного вмешательства, согласно стандартным протоколам, в восстановительном периоде получивших противорецидивное лечение в условиях ДС. В группу сравнения вошли 112 (43,8%) больных, сопоставимых по вышеперечисленным критериям, которые в дальнейшем прошли курс реабилитации в АП. Различия в группах статистически недостоверны ($p > 0,05$). Распределение пациентов по группам представлено в *табл.*

Для правильной оценки функционального состояния пищеварительной системы при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и доказательства того, что эффективность использования восстановительного лечения в стационарозамещающих условиях позволяет приблизить показатели кислотности желудочного сока и содержание силовых кислот в желудочной слизи к

показателям практически здоровых людей, нами была сформирована контрольная группа из 20 добровольцев, преимущественно лиц мужского пола.

Обследование больных в послеоперационном периоде включало лабораторные и инструментальные исследования: фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), контрастную рентгенографию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Моторно-эвакуаторная функция желудка была оценена при рентгено-контрастном исследовании с использованием взвеси сульфата бария. Нормальным считали время опорожнения желудка от 1 до 2,5 часа. Наличие *Helicobacter pylori* (*Hp*) и степень обсеменения *Hp* были определены уреазным тестом. Кислотопродуцирующую функцию оценивали путем непрерывной аспирации желудочного содержимого с определением базальной продукции кислоты (БПК) и после парентерального введения стимуляторов желудочной секреции (гистамина) — максимальной продукции кислоты (МПК). Протективные свойства желудочной слизи оценивали по содержанию сиаловых кислот в желудочной слизи с использованием набора химических реактивов «Сиалотест-80».

Статистическая обработка результатов проведена с помощью компьютера с использованием прикладных статистических программ *SPSS for Windows*, *Excel*, «Биостат». При статистической обработке использованы методы параметрической и непараметрической статистики. При обработке были использованы значения: средняя арифметическая (*M*), средняя ошибка

средней величины (*m*), критерий Стьюдента (*t*), Манна—Уитни (*T*). Распространенность качественных признаков была определена в процентах. Различия количественных показателей были признаны достоверными с вероятностью в 95% и более ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При плановых оперативных вмешательствах 74 (66,1%) больным была проведена предоперационная антихеликобактерная терапия (омез 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1,0 г 2 раза в день, кларитромицин по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней) с одновременным использованием препаратов, улучшающих микроциркуляцию (реополиглюкин 400 мл внутривенно, капельно 1 раз в сутки). Необходимость предоперационной подготовки обусловлена наличием *Hp*-ассоциированного гастрита, сопровождающего язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. На фоне лечения у больных улучшились протективные свойства желудочной слизи за счет повышения уровня сиаловых кислот (от $0,32 \pm 0,06$ до $0,44 \pm 0,07$ ммоль/л), а также наблюдалось снижение кислотности и степени инфицирования *Hp*. При эндоскопическом исследовании эффект от проводимой терапии проявлялся в виде уменьшения признаков острого воспаления в зоне язвы, в

ВИДЫ И ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ

Показания к операции	Вид операции					
	группа наблюдения			группа сравнения		
	паллиативные	органо-сохраняющие	резекционные	паллиативные	органо-сохраняющие	резекционные
Перфорация язвы	19	24	1	23	14	2
Кровотечение	11	14	4	12	3	5
Декомпенсированный стеноз	—	2	5	—	1	4
Прогрессирование стеноза	—	6	6	—	2	7
Гигантская язва с пенетрацией или гигантская язва с угрозой перфорации и кровотечения	—	2	8	—	3	4
Каллезная и пенетрирующая язва, не поддающаяся консервативной терапии в течение 1,5–2 месяцев	—	2	11	—	8	9
Хроническая язва с кровотечением и (или) перфорацией	—	17	—	—	8	—
Хроническая язва с частыми (более 3-х раз в год) обострениями	—	12	—	—	7	—
Всего:	30	79	35	35	46	31

окружающих язву тканей и в слизистой стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, что улучшило технические условия для выполнения операции на соответствующих органах, а в послеоперационном периоде снижало риск ранних послеоперационных осложнений.

После экстренных вмешательств по поводу осложнений ЯБ в раннем послеоперационном периоде, а также оперированным в плановом порядке для предупреждения рецидива заболевания пациентам назначалась антихеликобактерная терапия, а больным с клиническими проявлениями сопутствующего панкреатита (при высоких показателях амилазы крови и диастазы мочи) дополнительно применяли даларгин по 2 мг в сутки внутримышечно.

После выписки из стационара при направлении в ДС 56 (38,9%) пациентов группы наблюдения отмечали боли в эпигастральной области, преимущественно ноющего характера, не связанные с приемом пищи, 21 (8,2%) — изжогу, 11 (4,3%) — вздутие живота, 13 (5,1%) — отрыжку кислым после еды, 19 (7,4%) — запоры или поносы, 17 (6,6%) — тошноту, 12 (4,7%) — рвоту съеденной пищей, 32 (12,5%) — общую слабость, 43 (16,8%) — нарушение сна. При объективном исследовании у 1/3 пациентов была отмечена обложенность языка. Инфицирование *Нр* достигало 90%, из них у 75% больных — степень инфицирования была значительной или умеренной. Высокая инфицированность *Нр* сочеталась с высокой кислотностью желудочного сока: БПК была $6,4 \pm 0,2$ мэкв/ч ($p < 0,05$), МПК — $30,6 \pm 0,6$ мэкв/ч ($p < 0,05$), содержание сиаловых кислот было снижено до $0,33 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, где содержание БПК соответствовало $4,84 \pm 0,04$ мэкв/ч ($p < 0,05$), МПК — $23,5 \pm 1,3$ мэкв/ч ($p < 0,05$), сиаловых кислот — $0,84 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

С целью предупреждения развития осложнений в раннем послеоперационном и рецидивирования заболевания в отдаленном периоде пациентам, наблюдаемым в ДС, было продолжено начатое в стационаре противорецидивное лечение в качестве повторного курса для устранения нарушений моторики гастродуоденального комплекса, обусловленного воспалением, в частности, вызванным *Нр*, что реализуется в нарушении эвакуации и диспепсии. Высокая частота обсемененности *Нр* и сниженные протективные свойства желудочной слизи представляли риск рецидива язвы, поэтому регулярный прием антисекреторных препаратов позволял удерживать кислотность желудочного сока у выздоравливающих пациентов на безопасном в плане язвообразования уровне. На фоне лечения улучшились протективные свойства желудочной слизи (повысился уровень сиаловых кислот до $1,22 \pm 0,06$ ммоль/л), что является хорошим показателем терапевтической эффективности [4]. У больных отмечено снижение кислотной продукции желудка (БПК — $5,75 \pm 0,04$ мэкв/ч, $p < 0,05$, МПК — $24,06 \pm 0,2$ мэкв/ч, $p < 0,05$). Эрадикация *Нр* отмечена у 67% больных, у остальных

33% пациентов степень инфицирования *Нр* уменьшилась. При эндоскопическом контроле эффект от проводимой терапии проявлялся в виде уменьшения признаков воспаления в зоне ушитой или прошитой язвы, в окружающих анастомоз тканей и в слизистой стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. У 87 (60,4%) пациентов полностью на 18-й день после операции исчезли диспепсические явления. Первые симптомы улучшения начинались с нормализации сна (отметили 73,2% пациента), повышения аппетита у 63,8%, с ослабления в своей интенсивности болей у 74,5%. Улучшение общего настроения и самочувствия отметили 87,3% больных.

Несмотря на проведенные профилактические мероприятия, у 13 (9,0%) пациентов группы наблюдения были отмечены осложнения: у 3 (2,1%) из них наблюдалась постваготомическая диарея средней степени тяжести, дисфагия — у 4 (2,8%), постваготомический демпинг-синдром легкой степени — у 2 (1,4%), дуодено-гастральный рефлюкс — у 4 (2,8%) пациентов. Выявленные у больных осложнения носили функциональный характер и в последующем проходили самостоятельно.

Пациенты группы сравнения противорецидивное лечение получали в условиях поликлиники. В лечебных мероприятиях не использовались курсы ЛФК и физиотерапии. Жалобы на болезненность в эпигастральной области отмечали 37 (38,1%) пациентов, на изжогу — 28 (28,9%), отрыжку кислым после приема пищи — 15 (15,5%), тошноту — 14 (14,4%), рвоту — 16 (16,5%), вздутие живота — 9 (9,3%). Общую слабость отметили 29 (29,9%) пациентов, нарушение сна — 38 (39,2%), раздражительность — 9 (9,3%). Соблюдали диету и режим питания 67 (59,8%) пациентов; принимали непрерывно в поддерживающей дозе ингибиторы протонной помпы (омепрозол), антациды — 48 (42,9%) пациентов. При изучении эффективности проведенного противорецидивного лечения у пациентов группы сравнения было установлено, что исчезновение болевого синдрома и диспепсических расстройств произошло в более поздние сроки (на 23-й день после операции). Содержание сиаловых кислот у пациентов группы сравнения было ниже, чем в группе наблюдения, составляя $0,98 \pm 0,04$ ммоль/л. БПК оставалась на уровне $6,02 \pm 0,03$ мэкв/ч, МПК — $28,26 \pm 0,02$ мэкв/ч и значительно отличались от контрольной группы.

В группе сравнения осложнения встречались чаще: постваготомическая диарея у 14 (12,5%) пациентов, дисфагия — у 9 (8,0%), постваготомический демпинг-синдром — у 7 (6,3%), дуодено-гастральный рефлюкс — у 6 (5,4%), в том числе у 4 (3,6%) — II степени. Больные группы сравнения в 9,2% случаев были повторно направлены на стационарное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные клинико-функциональные исследования показали, что лечение больных в условиях ДС оказывает положительный терапевтический

эффект в реабилитации оперированных больных с язвенной болезнью. У пациентов быстрее (на 18-е сутки после операции) полностью восстанавливаются функции желудочно-кишечного тракта, снижается число случаев ранних осложнений в послеоперационном периоде, не требуется повторная госпитализация на дальнейшее долечивание в

стационаре. При реабилитации пациентов в условиях АП в более поздние сроки (на 23-й день после операции) восстанавливаются функции пищеварения, чаще встречаются осложнения в раннем послеоперационном периоде, которые требуют повторного стационарного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский. — Спб. 2002. — 486 с.
2. Калининская А.А. Развитие коечного фонда стационарозамещающих форм медицинской помощи в Российской Федерации / А.А. Калининская, С.И. Шляфер // Здравоохранение. 2000. № 12. С. 11–15.
3. Вахрушев Я.М. Клинико-экономическая оценка эффективности лечения больных язвенной болезнью в условиях дневного стаци-

онара / Я.М. Вахрушев, Е.А. Кудрина, Л.Ф. Молчанова // Российский гастроэнтерологический журнал. 2001. № 2. С. 89–92.

4. Муравцева О.В. Оценка этапного лечения больных ЯБ, работающих в нефтедобывающей промышленности, по данным ближайших и отдаленных наблюдений / О.В. Муравцева, Я.М. Вахрушев // Терапевтический архив. 2009. № 2. С. 36–38.

