

М.А. Филимонов, Р.Т. Чуракова

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и военно-полевой терапии (заведующий — проф. В.В. Трусов) Ижевской государственной медицинской академии, санаторий «Металлург» (главный врач — Ю.Н. Кононов)

В статье представлены результаты ранней комплексной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Восстановительное лечение включало диету, бальнеотерапию, ЛФК и другие физиотерапевтические методы. Доказана высокая терапевтическая эффективность комплексного восстановительного лечения.

Ключевые слова: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, оперированный желудок, комплексная реабилитация.

ESTIMATION OF THERAPEUTIC EFFICIENCY OF REHABILITATION TREATMENT AT PATIENTS AFTER OPERATION WITH A ULCER OF A DUODENAL GUT

M.A. Filimonov, R.T. Churakova

Regenerative treatment included a diet, balneotherapy, reception of mineral water, physiotherapy exercises and other physiotherapeutic methods. High therapeutic efficiency of complex regenerative treatment is proved.

Keywords: unclear illness of a duodenal gut, after operation on a stomach, complex rehabilitation.

Несмотря на большое количество препаратов для лечения язвенной болезни двенадцати перстной кишки, значительная часть больных подвергается резекции желудка [4, 5]. Практически у всех оперированных больных развиваются те или иные пострезекционные осложнения. Проблема реабилитации этих пациентов является актуальной задачей практической гастроэнтерологии [1, 2].

В санатории «Металлург» (республика Удмуртия) в 2002 году открыто отделение для пациентов, перенесших операции на желудке по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В него больные направляются непосредственно из хирургического стационара через 12-14 дней после операции. Показаниями для направления в отделение являются состояния после дренирующих операций с различными видами ваготомии, при наличии астенического синдрома, синдрома «малого желудка», демпинг- и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести. Противопоказаниями являются — незажившая послеоперационная рана, лигатурные свищи, синдром приводящей петли, демпинг и гипогликемический синдром тяжелой степени тяжести.

Цель исследования. Анализ целесообразности и оценка эффективности раннего проведения комплексной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Нами было проведено всестороннее, целенаправленное обследование и полноценная реабилитация 126 больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

У 91 пациента произведена резекция желудка по способу Бильрот-I (72%), а у 35 — по Бильрот-II (28%). В группы обследуемых вошли лица обоего пола. При этом мужчин было 115, женщин — 11. Возраст больных колебался от 21 до 74 лет (средний возраст — $52,42 \pm 1,2$ лет).

Среди обследованных были пациенты, в анамнезе выявлялась сопутствующая патология пищеварительной системы: хронический некалькулезный холецистит — 17; хронический латентный панкреатит — 13; дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) — 12; постхолецистэктомический синдром — 2; эзофагит — 7.

Кроме этого, у 27 больных после операции отмечался демпинг-синдром легкой степени тяжести, у 19 — анасто-

мозит; у 16 — синдром приводящей петли и у 9 — гипогликемический синдром легкой степени тяжести.

По нашим наблюдениям, 26% пациентов были оперированы по поводу кровотечения, 38% пациентов — по поводу стеноза привратника, 16% — пенетрации язвы в поджелудочную железу, сальник и круглую связку печени, 16% — перфорации язвы, 15% — часто рецидивирующего течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, 6% — гигантской язвы двенадцатиперстной кишки, размером более 2 сантиметров.

Нами выявлено, что у большинства пациентов (72%) боль локализовалась в эпигастральной области. Следует отметить, что в структуре обследуемых больных преобладали пациенты с болью ноющего характера (75%), а у 66% боли носили периодический характер. У 95 больных преобладал болевой синдром слабой интенсивности, у 70 — возникал после приема пищи, а у 89 — протекал без иррадиации.

Из желудочных диспепсических симптомов особо нужно выделить пониженный аппетит, который отмечался у 39% пациентов. У 56% больных наблюдалась отрыжка. Однако она не была мучительной, чаще отмечалась после приема пищи и быстро проходила. 13% больных, страдавших отрыжкой, иногда жаловались и на изжогу. Нередким симптомом была и тошнота (59%). Чаще она возникала по утрам и проходила к вечеру, однако в ряде случаев тошнота была постоянной. Рвота, как правило, возникала у лиц с комбинацией диспепсических симптомов, носила периодический характер. Нарушение стула отмечено у 89% обследуемых. При этом 26% больных жаловались на вздутие живота.

На общую слабость и повышенную утомляемость жаловались 82% пациентов, из них слабость после приема сладкой пищи отмечалась у 7 обследуемых. Кроме этого, у части больных мы наблюдали ряд жалоб, характерных для невроза. Так, 62% больных жаловались на повышенную раздражительность, вспыльчивость и плаксивость; 63% отмечали нарушения сна; 56% — пониженную работоспособность.

Комплекс восстановительного лечения включал диету стол 1а, с первого дня больным назначается минеральная вода Источника здоровья №1 (по данным физико-химических анализов, эти минеральные воды являются и относятся к водам «Миргородского» типа. Состав: Cl 40-55, SO₄ 25-35, HCO₃ 20-26, (Na+K) более 90 мг/экв%; реакция

среды слабощелочная, рН 7,7-7,8), лечебную физкультуру, бальнеотерапию (ванны минеральные, углекислые, жемчужные, йодо-бромные), физиотерапевтические факторы по общепринятым методикам (электросон, магнитотерапия, СМТ, ДМВ, электрополе УВЧ, УЗВ, КВЧ).

У наблюдаемых больных нами оценивалось влияние ранней комплексной реабилитации на интрагастральный протеолиз [3], моторику культи желудка, эндоскопическую и морфологическую картину.

Результаты и их обсуждения. Исследование интрагастрального протеолиза по В.А. Горшкову [3] до операции выявило достоверное его увеличение $12,3 \pm 3,3$ мм. Сразу после операции отмечалось его резкое угнетение $1,9 \pm 0,3$ мм ($P < 0,01$). Спустя месяц после операции он возрос до $4,6 \pm 1,5$ мм ($P < 0,01$). Моторно-эвакуаторная функция резецированного желудка исследовалась с помощью гастросцинтиграфии. Время опорожнения резецированного желудка увеличивалось до $88,8 \pm 5,5$ минуты при норме 45 минут. Комплексная реабилитация способствовала активации моторики культи желудка $55,8 \pm 3,61$ минут ($P < 0,01$).

Эндоскопическая картина на 10-15 день после операции характеризовалась явлениями воспаления по типу острого атрофического гастрита. У больных отмечались дистрофически-атрофические процессы в СОЖ культи желудка просвечивание сосудов, анастомозиты. У больных, после проведенной резекции желудка по поводу осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в слизистой оболочке культи желудка развивается пострезекционный синдром, проявляющийся в виде острого гастрита с различной степенью активности воспалительного процесса. При повторной эндоскопии проводимой после реабилитационных мероприятий СОЖ культи желудка выглядела нормальной.

Забор биоптатов осуществлялся при проведении фиброгастроскопии культи желудка до, и после лечения. Наряду с истончением слизистой оболочки имела место перестройка структурно-функциональной организации СОЖ. Обращал на себя внимание факт концентрации тучных клеток вокруг сосудов микроциркуляции. На некоторых участках выросты цитоплазмы довольно глубоко внедрялись в просвет сосудов. В гиалоплазме эндотелиоцитов определялось большое количество микропиноцитозных везикул, и отмечался очаговый отек митохондрий. Повышенная проницаемость этого важного компонента гистогематического барьера обуславливала отек базальной мембраны капилляров и окружающей соединительной ткани. Эпителиоциты желудочных валиков и ямок выглядели как полиморфные (кубические сочетались с цилиндрическими).

Литература:

1. Бальнеотерапия — важный фактор курортного лечения / О.Б. Давыдова, Н.В. Львова, Ю.Ю. Тулицына, Ю.К. Нагиев, Е.А. Турова, С.В. Старосельская // *Физические факторы и здоровье человека: Сб. научных трудов V Всероссийского съезда физиотерапевтов и курортologов и Российского научного форума*. — Москва, 2002. — С. 404-407.
2. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача. / А.Ю. Барановский. — СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001. — 416 с.
3. Горшков В.А. Изучение интрагастрального протеолиза / В.А. Горшков // *Терапевтический архив*. — 1977. — № 4. — С. 39-43.
4. Горбунов А.Ю. Морфологическая характеристика слизистой оболочки культи желудка до и после курсового лечения минеральной водой «Увинская» (Удмуртия) / Горбунов А.Ю., Баженов Е.Л., Вахрушев Я.М., Капустин Б.Б. // *Морфологические ведомости*. — Москва-Минск: Экспертиза, 2003. — № 1-2. — С. 56-58.
5. Григорьев П.Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии., 2-е изд. / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2003. — 480 с.
6. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // *Хирургия*. — 2001. — № 1. — С. 27-32.

После комплексной реабилитации в биоптатах всех больных отмечалось снижение плотности инфильтрата собственной пластинки слизистой. Он обычно состоял из плазматических, лимфоцитов и небольшого количества макрофагов. Уменьшение миграции микрофагов обусловлено положительной динамикой и в структурных компонентах сосудов микроциркуляторного русла. В первую очередь обращает на себя внимание факт снижения числа вокруг капилляров тучных клеток. Это определяло некоторую перестройку конфигурации желудочных ямок, которые приобретали овальную или полигональную форму.

Митотический индекс в слизистой культи желудка достоверно не изменялся и составил $3,71 \pm 0,15\%$ (до лечения — $3,64 \pm 0,18\%$, $p > 0,05$). Наблюдались малочисленные двуядерные glanduloциты с хорошо выраженными органеллами. Внутриклеточный канальцевый аппарат в этой популяции клеток был щелевидный с длинными типичными микроворсинками, вокруг которого локализовались везикулы, трубочки и митохондрии.

Бактериоскопическое выявление с помощью карболового фуксина *Helicobacter pylori* показало наличие умеренной обсемененности микроорганизмами у всех пациентов. После курсовой реабилитации колонизация слизистой культи сохранялась, но выраженность ее резко снижалась ($P < 0,05$).

Выводы. Современная курортология обладает широкими возможностями в реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и, особенно, в ранний послеоперационный период.

Комплекс ранних реабилитационных мероприятий должен включать обязательные (диета, прием минеральной воды, лечебная физкультура) и дополнительных (ванны, физиотерапия) факторы реабилитации. Проведение комплексной ранней реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, целесообразно проводить в специализированных гастроэнтерологических отделениях. Чем раньше начат комплекс реабилитации, тем быстрее возможно восстановление нарушенных функций желудочно-кишечного тракта. Несмотря на высокую стоимость реабилитационной помощи больным, оперированным по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, настоящие исследования доказывают медико-социальную и экономическую эффективность специализированного раннего восстановительного лечения. Открытие гастроэнтерологического отделения на базе санатория «Металлург» является своевременным, необходимым и требующим всесторонней поддержки.