

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ «ГАСТРОШКОЛЫ» С БОЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИМИ РАДИКАЛЬНУЮ ДУОДЕНОПЛАСТИКУ

Клещёва О.А., Корочанская Н.В.

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии», Краснодар

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в настоящее время занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения. Несмотря на проводимые профилактические и лечебные мероприятия, в 20–40% случаев отмечается прогрессирующее течение заболевания, которое в 9,4–15,5% усугубляется возникновением острых или хронических угрожающих жизни осложнений, таких как кровотечение, перфорация, пенетрация и стеноз двенадцатиперстной кишки (ДПК). Каждый пятый среди госпитализированных больных с язвенной болезнью находится на лечении в хирургическом отделении по поводу развившегося осложнения [4, 7].

В Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии на основании многочисленных исследований [2, 5, 8] собран большой материал, подтверждающий эффективность двухэтапной тактики ведения больных осложненной ЯБДПК, включающей выполнение радикальной дуоденопластики (РДП) — хирургической технологии, направленной на устранение осложненной дуоденальной язвы (ДЯ) и восстановление нормальных морфофункциональных взаимосвязей гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса, а также проведение в послеоперационном периоде противорецидивных мероприятий (эрадикационной и антисекреторной терапии), однако невыполнение пациентами врачебных рекомендаций существенно снижает эффективность проводимого лечения.

В большом количестве исследований продемонстрировано, что несоблюдение рекомендаций врача часто обусловлено отсутствием у пациентов достоверных знаний как о самом заболевании, так и о методах его лечения [3, 6, 9]. Образование больных является совершенно необходимой частью общей программы лечения, должно осуществляться в любом возрасте и вести к партнерству между пациентом и врачом с постоянной проверкой и обновлением знаний. Целью образовательных программ является обеспечение больного и его семьи необходимой информацией, обучение людей приемам управления заболеванием,

сокращение риска осложнений, уменьшение частоты обращаемости к стационарному лечению [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка и внедрение терапевтического обучения больных осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, в условиях «Гастрошколы» на базе ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии» Краснодара.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 25 пациентов с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП, до и через 2, 6 месяцев после посещения «Гастрошколы». Всем пациентам РДП была выполнена по поводу осложнений ЯБДПК. У 14 (56,0%) больных имел место изолированный суб-/декомпенсированный стеноз ДПК, у 11 (44,0%) — сочетание двух и более осложнений ЯБДПК (стеноз, кровотечение, перфорация, пенетрация). Среди пациентов было 13 (52,0%) мужчин и 12 (48,0%) женщин. Средний возраст больных составил $56,7 \pm 2,4$ года, длительность язвенного анамнеза до операции — $16,6 \pm 1,3$ года, срок динамического послеоперационного наблюдения — $44,6 \pm 8,7$ месяца.

На длительной поддерживающей антисекреторной терапии находились 11 (44,0%) пациентов, на антисекреторной терапии «по требованию» — 14 (56,0%) пациентов, эрадикационную терапию проводили 8 (32,0%) пациентов.

При каждом обследовании больные подвергались клиническому осмотру, эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС), исследованию секреторной функции желудка аспирационно-зондовым методом, диагностике *H. pylori* цитологическим методом, ультразвуковому исследованию органов брюшной полости. Кооперативность больных была оценена с помощью опросника ИкЯБ-49 («Индекс

кооперации при осложненной ЯБДПК»). Для изучения качества жизни использовали русифицированную версию MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study 36 — Item Short — From Health Survey).

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета Statistica 6,0 (Start-Soft, 2001).

Для максимально возможного посещения больными занятий «Гастрошколы» была выбрана упрощенная и укороченная по времени программа интенсивного обучения, разработанная и адаптированная в условиях ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии» Краснодара. Проводилось одно занятие продолжительностью 2–2,5 часа. Количество больных, обучавшихся в группе, не превышало 9 человек. Занятия проводил врач-гастроэнтеролог в форме беседы с демонстрацией тематических слайдов. В ходе занятия пациенты на доступном языке получали подробные знания о строении пищеварительной системы и ее функциях, факторах риска развития и прогрессирования, возможных осложнениях ЯБДПК, методах диагностики заболевания, преимуществах и недостатках хирургического лечения осложненной ЯБДПК (резекция желудка, РДП, селективная проксимальная ваготомия), видах медикаментозной терапии (эрадикационная, антисекреторная) после перенесенной РДП с подробным описанием схем приема лекарственных препаратов. Кроме того, подробно рассматривались вопросы диетического питания, возможности использования минеральных вод, фитотерапии и лечебной гимнастики для профилактики рецидивов язвенной болезни.

Каждому обучающемуся больному были предоставлены методические рекомендации в виде брошюры «Памятка для пациентов с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки» с подробным освещением вопросов строения и функции пищеварительной системы, сущности ЯБДПК, методов ее диагностики и лечения, профилактики обострений и осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты, посетившие занятия «Гастрошколы», за наблюдаемый период (6 месяцев) регулярно об-

ращались за квалифицированной медицинской помощью, причем у 22 (88,00%) человек причиной обращения было желание проконтролировать лечение. Все пациенты проходили обследование в полном объеме. Диету соблюдал 21 (84,00%) человек. Рекомендуемое лечение в полном объеме проводили 19 (76,00%) больных. Причинами невыполнения рекомендаций по лечению 2 (8,00%) пациента указали улучшение самочувствия, 3 (12,00%) — собственную неорганизованность, 1 (4,00%) — невозможность приобрести препараты. Из 16 (64,0%) курящих до посещения занятий курить бросили только 5 (31,25%) пациентов.

Поданным ЭФГДС, до посещения «Гастрошколы» у 2 (8,0%) пациентов был диагностирован рецидив ДЯ, у 13 (52,0%) больных — эрозивный дуоденит. Через 2 и 6 месяцев не было выявлено ни одного рецидива ЯБДПК, достоверно реже ($p < 0,05$) наблюдалось эрозивное воспаление слизистой ДПК у 4 (16,0%) и 5 (20,0%) человек соответственно.

Нр-контаминация слизистой оболочки желудка и ДПК средней и высокой степени до посещения «Гастрошколы» определялась у 8 (32,0%) пациентов, через 2 месяца достоверно реже ($p < 0,05$) — у 1 (4,0%) пациента, через 6 месяцев — у 2 (8,0%) пациентов. У одного пациента, несмотря на проведение эрадикационной терапии первой и второй линии, сохраняющаяся Нр-контаминация была связана с развившейся антибиотикорезистентностью, у второго расценена как рецидив Нр-инфекции.

После успешно проведенной эрадикационной и антисекреторной терапии у пациентов, посещавших «Гастрошколу», через 2 и 6 месяцев было отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение кислото- и ферментовыделительной деятельности желудочных желез по сравнению с исходными данными (табл. 1).

Через 2 месяца после посещения «Гастрошколы» у пациентов достоверно ($p < 0,05$) повышалось качество жизни по следующим критериям: роль физических проблем (РФ), физическая (ФА) и социальная (СА) активность, степень субъективных болевых ощущений (Б) по сравнению с исходными данными. Через 6 месяцев помимо перечисленных критериев также наблюдалось повышение ($p < 0,05$) показателей качества жизни по шкалам:

Таблица 1

Показатели секреторной функции желудка у больных до и после посещения «Гастрошколы»

Показатели	Исходно (n = 25)	2 месяца (n = 25)	6 месяцев (n = 25)
БПК, ммоль/л	4,9 ± 0,6	3,6 ± 0,5 *	3,2 ± 0,4 *
БПП, мг/ч	65,2 ± 7,5	52,3 ± 7,6 *	51,3 ± 5,8 *
МПК, ммоль/л	23,9 ± 2,0	20,4 ± 1,3 *	18,5 ± 1,6 *
МПП, мг/ч	180,2 ± 11,2	176,7 ± 9,6 *	175,7 ± 9,1 *

* — отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) от исходных данных.

роль эмоциональных проблем (РЭ), общее состояние здоровья (ОЗ), психическое здоровье (ПЗ) по сравнению с результатами, выявленными исходно и через 2 месяца (табл. 2).

После посещения занятий, проводимых в рамках «Гастрошколы», через 2 месяца у пациентов выявлялись достоверно ($p < 0,01$) более высокие показатели исходной (ИхК) и текущей (ТК) кооперативности, потребности в безопасности (ПБ), степени информированности (Инф), доступности средств реализации (ДС), удовлетворения от кооперации (УК), общего индекса кооперации (ОИК), а также более низкий показатель осознания опасности (ОО) по сравнению с исходными данными. Через 6 месяцев значения перечисленных критериев также оставались выше в сравнении с исходными, хотя и наблюдалась тенденция к их снижению. При сравнении показателей кооперативности через 2 и 6 месяцев было выявлено статистически значимое ($p < 0,01$) снижение показателей ОО, ТК и УК (табл. 3).

ВЫВОДЫ

«Гастрошкола» продемонстрировала высокую эффективность в плане повышения уровня информированности пациентов о ЯБДПК, методах ее лечения и профилактики, а также увеличения удельного веса больных, получающих адекватную противоязвенную терапию, и, несмотря на однократное занятие, сохранение этого результата в течение длительного времени (6 месяцев). При этом короткий однократный цикл занятий оказался малоэффективным в плане отказа от курения.

«Гастрошкола» является эффективным способом повышения кооперативности и качества жизни больных осложненной ЯБДПК, перенесших РДП. Снижение показателей кооперативности через 6 месяцев после посещения «Гастрошколы» свидетельствует о необходимости повторения полученной информации и закрепления положительного результата.

Таблица 2

Качество жизни больных до и после посещения «Гастрошколы»			
Критерии	Исходно ($n = 25$)	2 месяца ($n = 25$)	6 месяцев ($n = 25$)
РФ	67,5 ± 1,9	80,0 ± 2,0 а	75,0 ± 1,9 а
ФА	53,1 ± 1,1	56,3 ± 1,1 а	56,3 ± 1,0 а
Б	57,5 ± 1,6	67,5 ± 1,7 а	67,5 ± 1,8 а
ОЗ	55,0 ± 1,5	55,0 ± 1,4	62,5 ± 1,6 а, б
ЖС	57,1 ± 3,1	62,5 ± 2,7	62,5 ± 2,9
СА	68,8 ± 1,2	75,0 ± 1,1 а	75,0 ± 1,3 а
РЭ	62,5 ± 1,5	62,5 ± 1,5	66,7 ± 1,4 а, б
ПЗ	62,5 ± 1,0	60,0 ± 1,2	65,0 ± 1,1 а, б

Примечание: отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) буквой «а» — от исходных данных, буквой «б» — от данных, полученных через 2 месяца.

Таблица 3

Кооперативность больных до и после посещения «Гастрошколы»			
Критерии	Исходно ($n = 25$)	2 месяца ($n = 25$)	6 месяцев ($n = 25$)
ОИК	53,7 ± 1,1	64,7 ± 0,8 а	62,1 ± 1,0 а
ИхК	62,9 ± 0,8	86,4 ± 1,2 а	80,0 ± 1,2 а
ОО	40,2 ± 1,8	35,3 ± 1,4 а	31,4 ± 1,5 а, б
ПБ	74,2 ± 1,5	85,5 ± 1,6 а	82,3 ± 1,6 а
Инф	32,1 ± 1,3	65,5 ± 1,4 а	62,5 ± 1,5 а
ДС	68,8 ± 2,1	80,2 ± 1,9 а	75,0 ± 2,0 а
ТК	57,9 ± 1,1	66,4 ± 1,4 а	61,0 ± 1,2 а, б
УК	75,9 ± 1,7	88,7 ± 1,8 а	82,7 ± 1,8 а, б

Примечание: отмечены достоверные отличия ($p < 0,01$) буквой «а» — от исходных данных, буквой «б» — от данных, полученных через 2 месяца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский, А.С., Булкина, Л.С., Княжеская, Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой // Бронхиальная астма / Под ред. Чучалина А.Г. — М., 1997. Т. 2. С. 375–393.
2. Давыденко, М.Н. Эрадикационная терапия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших радикальную дуоденопластику / М.Н. Давыденко // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). — Краснодар, 2003. — 22 с.
3. Иванова, Н.В. Влияние курса обучения в астма-школе на качество жизни пациентов // Интерастма. — М., 1998. XXXI, 12.
4. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // Хирургия. № 1, 2001. С. 27–32.
5. Оноприев, В.И. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (этиология, патогенез, патоморфология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение. Руководство для терапевтов и хирургов-гастроэнтерологов. / В. И. Оноприев, Г.Ф. Коротько, Н.В. Корочанская // Труды Республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии. — Краснодар, 2002. С. 6.
6. Ревякина, В.А. Эффективность образовательных программ в педиатрической практике / В.А. Ревякина, И.И. Балаболкин, Л.С. Намозова и др. — Новосибирск, 1996. № 1142.
7. Харнас, С.С. Влияние хеликобактериоза на результаты хирургического лечения язвенной болезни / С.С. Харнас, А.В. Самохвалов, Л.Р. Ларьков // Хирургия. № 6, 2000. С. 56–62.
8. Черненко, О.Т. Клинико-экономический анализ хирургического лечения и послеоперационной реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. / О.Т. Черненко // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). — Краснодар, 2006. — 20с.
9. Allegra, L. Deliberate non-compliance due to dislike of medications / L. Allegra // Eur.Resp.Rev. 1995. № 5(28). P. 170–172.