

УДК 616.36-004-089.163

КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С УГРОЗОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Дурлештер Владимир Моисеевич - д.м.н., профессор
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Голуб Екатерина Андреевна
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Усова Ольга Анатольевна, к.м.н.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Проведенное исследование свидетельствует, что у некомплаентных пациентов с циррозом печени, в сравнении с комплаентными, чаще диагностируются эрозивный эзофагит (у 44,1% против 10,5%, $p<0,05$), эрозивно - язвенные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (у 94,1 против 10,5%, $p<0,05$), асцит (у 73,5% против 21,0%, $p<0,05$), реже при приеме бета-адреноблокаторов снижается артериальное давление до целевых значений (у 35,3% против 94,7%, $p<0,05$), реже встречаются минимальные проявления печеночной энцефалопатии (у 47,1 против 100%, $p<0,05$)

Ключевые слова: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, КОМПЛАЕНТНОСТЬ

UDC 616.36-004-089.163

COMPLAINT OF PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS AND HEMORRHAGE RISK FROM VARICOSE DILATATED ESOPHAGEAL VEINS.

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, Prof.

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich, MD, Prof.

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Golub Ekaterina Andreevna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Usova Olga Anatolievna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

The study has shown that non-complaint patients with hepatic cirrhosis as compared with complaint ones developed erosive esophagitis (44,1% vs 10,5%, $p<0,05$), erosive-ulcerogenic lesions of gastric and duodenal mucosa (94,1% vs 10,5%, $p<0,05$), ascites (73.5% vs 21%, $p<0,05$). Decreasing of arterial pressure to normal values after beta-adrenoblokators treatment was noted more seldom in these patients (35,3 vs 94,7%. $p<0,05$), so as hepatic encephalopathy symptoms (47,1 vs 100%. $p<0,05$).

Key words: HEPATIC CIRRHOSIS, PRE-OPERATED TREATMENT, COMPLAINT

Широкая распространенность циррозов печени (ЦП), их прогрессирующее течение, высокая частота и тяжесть осложнений, приводящих к значительным экономическим потерям вследствие временной утраты трудоспособности, высокого уровня инвалидизации и летальности, определяют актуальность проблем, связанных с вопросами оказания медицинской помощи больным ЦП [1]. У 20% пациентов с компенсированным ЦП в течение 5 лет развивается декомпенсация болезни [2]. После развития первого эпизода декомпенсации (асцит, кровотечение из варикозных вен пищевода, энцефалопатия) 5-летняя выживаемость не превышает 14-35% [3]. Представленные данные обосновывают клиническую и социальную значимость оптимизации комплексных схем больных с ЦП.

Целями лечения ЦП являются [4]:

- 1) прекращение или замедление прогрессирования ЦП,
- 2) уменьшение или устранение клинических проявлений и осложнений ЦП;
- 3) повышение качества и продолжительности жизни больных ЦП.

Лечение ЦП складывается из следующих мероприятий: лечение основного заболевания, поддержка нутритивного статуса больных, предупреждение развития осложнений (кровотечений из ВРВП, асцита, ПЭ, почечной недостаточности и спонтанного бактериального перитонита), лечение развившихся осложнений [4].

Комплекс терапевтических мероприятий, составляющих основу предоперационной подготовки больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, должен способствовать снижению риска операции, быть многофункциональным и направленным на коррекцию постгеморрагических нарушений гомеостаза, компенсацию функционального состояния печени и профилактику рецидива кровотечения [5].

Целью исследования явилось повышение эффективности предоперационной подготовки больных с циррозом печени (ЦП), осложненным портальной гипертензией и угрозой или ранее состоявшимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), на основе оценки комплаентности больных и индивидуализации схем предоперационной подготовки.

Материал и методы исследования. Были обследованы 53 больных ЦП, находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 1998-2008 годах. В дальнейшем в сроки с 2008 по 2010 годы пациенты наблюдались в Муниципальном учреждении здравоохранения городская больница №2 «Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения» (МУЗ городская больница №2 «КМЛДО»).

В 1-ю группу (28 человек) вошли больные, у которых установлен диагноз ЦП различной этиологии, получавшие консервативное лечение по месту жительства, в анамнезе которых отмечались эпизоды кровотечений из ВРВП; в дальнейшем им была выполнена операция азигопортального разобщения с формированием арефлюксной кардии по В.И.Оноприеву.

2-я группа (25 человек) - пациенты со сходной этиологией ЦП и анамнезом заболевания, сопоставимой с 1-ой группой выраженностью портальной гипертензией и стадиями ВРВП; по различным причинам не были прооперированы. Контрольную группу составили 30 добровольцев (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 21 до 49 лет - студенты и коллеги, у которых по результатам исследований не было выявлено патологии внутренних органов.

Всем пациентам проводились лабораторные исследования, включающие в себя маркеры вирусных гепатитов для выявления этиологии ЦП, общий и биохимический анализы крови, на основании которых диагностировали синдромы гиперспленизма, цитолиза, холестаза,

печеночно-клеточной недостаточности; оценивали состояние свертывающей системы крови. В динамике проводили скрининговый тест на онкопатологию печени - альфа-фетопротеин (АФП), ультразвуковое исследование брюшной полости и эзофаго-гастро-дуоденоскопию.

Качество жизни изучалось по опросникам MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey), GIQLI (Gastro-Intestinal Quality of Life Index) и визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в первые дни обращения, после операции (1 месяц, 1 - 3, 3 - 12 месяцев, 1 – 1,5, 1 - 2, 2 - 3 года, от 3-4 лет и более 4-х лет). Статистическую обработку полученных данных производили на IBM – совместимом компьютере на базе Intel Pentium IV с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и программы «Статистика-6» для Windows XP (версия 2002).

Результаты исследования

Лечение ЦП в зависимости от стадии осуществляли согласно «Стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения», утвержденным МЗ РФ в 2009г. Все лечебные мероприятия, проводимые нами, были направлены на основные звенья патогенеза ЦП и включали в себя:

1) оценку и коррекцию нутритивного статуса обследованных пациентов;

2) компенсацию цирроза печени (лечение синдрома холестаза, цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, гиперспленизма - нормализация показателей гемограммы);

3) коррекцию синдрома портальной гипертензии (консервативную профилактику кровотечений из ВРВП, устранение асцита и профилактику спонтанного бактериального перитонита, лечение печеночной энцефалопатии (ПЭ)).

Кроме того у наших пациентов проводилось лечение сопутствующих заболеваний и прежде всего воспалительных, эрозивно-язвенных

поражений пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, хронического панкреатита, а также заболеваний других органов и систем (осуществлялось смежными специалистами: эндокринологом, кардиологом, урологом, неврологом).

Непосредственные мероприятия предоперационной подготовки включали постельный (при декомпенсированных) или полупостельный (при субкомпенсированных ЦП) режим, нормализацию нутритивного статуса – стол № 5, бессолевой; энергетическая ценность рациона составляла 30 - 40 ккал/кг при количестве белка от 1 – до 1,5 г/кг массы тела (у пациентов компенсированным ЦП), и 40 – 50 ккал/кг с количеством белка 1 - 1,8 г/кг при субкомпенсированном ЦП, а при декомпенсации ЦП белок ограничивался до 20 - 30 г/сутки. Долгосрочное ограничение содержания белка в рационе больных с печеночной энцефалопатией (ПЭ) в настоящее время не применяют, так как оно способствует катаболизму эндогенных белков и повышению в крови азотсодержащих соединений [4]. При выраженной недостаточности питания (у 3 - х из всех обследованных нами больных была гипотрофия 2 степени, индекс массы тела $16,3 \pm 0,1$) к лечению добавляли сбалансированные лечебные смеси для энтерального питания. В дополнение к строгому соблюдению диеты и ограничению приема жидкости в сутки (1 – 1,5 л/сут.) всем больным добавляли в рацион витамины, микроэлементы, а с пациентами, страдающими алкоголизмом, проводилась профилактическая беседа по поводу полного отказа от приема этанола и его продуктов.

Невыполнение пациентами врачебных рекомендаций особенно актуально в тех областях медицины, где наиболее вероятен риск тяжелых осложнений, связанных с течением заболевания и лечением. Во многом это объясняется опасениями больных, что предлагаемое им лечение может не только не улучшить их состояние, но и напротив, привести к серьезному

ухудшению, частичной или полной инвалидизации, а в некоторых случаях к смерти [6].

Интерес к проблеме комплаентности в последние годы заметно вырос в связи с изменением парадигмы лечения, в которой тандему «врач–больной» принадлежит особая роль. Внимание врачей все более фокусируется не только на устранении симптомов, но и на предупреждении осложнений, угрожающих жизни пациентов, что придает решению проблемы комплаентности важное значение. Если у больного не наблюдается ответа на назначаемую терапию, врачу необходимо определить, является ли больной действительно резистентным к терапии, или он недостаточно комплаентен.

Комплаентность была оценена у 53 больных ЦП, находящихся на обследовании и лечении в РЦФХГ в дооперационном периоде.

Нами проводился опрос и анкетирование пациентов, включавшие вопросы об анамнезе заболевания, соблюдении диеты, о лекарственных препаратах, принимаемых в амбулаторных условиях, их сочетании, дозировках и длительности приема, данных об их обращаемости за медицинской помощью, а также подсчета количества принятых лекарственных препаратов. Дополнительный сбор информации проводился при беседах с родственниками и/или соседями по палате.

Были выделены следующие критерии комплаентности у больных ЦП, на основании которых все пациенты разделены на две группы: «комплаентные» и «некомплаентные» (табл. 1).

На основании данных об анамнезе заболевания, проводимом обследовании и лечении в амбулаторных и стационарных условиях по месту жительства в течение всего времени развития заболевания, а также проведенных методов исследования при первичном обращении в нашу клинику до операции пациенты с ЦП были разделены на две группы. Группа 1 – «Комплаентные» (К) включала 19 (35,8%) пациентов (7

мужчин, 13 женщин, средний возраст – 47,8±5,6), группа 2 – «Некомплаентные» (Н) – 34 (64,2%) пациента (22 мужчин, 11 женщин, средний возраст – 52±6,2).

Таблица 1 - Критерии комплаентности у больных циррозом печени

Критерии	Комплаентные	Некомплаентные
Обращение за медицинской помощью (посещаемость) в амбулаторных условиях	90-100%	0-78%
Выполнение назначенного обследования в амбулаторных условиях	80-100%	0-67%
Выполнение назначенного медикаментозного лечения в амбулаторных условиях	70-100%	0-65%
Соблюдение диеты в амбулаторных условиях: -режим питания -пищевые погрешности	4 и более раз в сутки 1 раз в неделю и менее	3 и менее раз в сутки 2 раза в неделю и более

В таблице 2 приведены основные анамнестические данные, жалобы, показатели объективного, лабораторных и инструментальных методов обследования у пациентов ЦП двух выделенных групп.

Таблица 2 - Показатели обследованных больных циррозом печени в зависимости от уровня комплаентности

	Группа 1(К)-19 (100%), чел.,%	Группа 2 Н-34 (100%), чел., %
Жалобы:		
-болевой синдром;	9(47,4)	26(76,5)
-диспептический синдром	15(78,9)	20(58,8)
Снижение артериального давления на 25% от исходного, урежение ЧСС не ниже 55 ударов в минуту	18(94,7)	12(35,3)*
Синдром цитолиза и/или холестаза	10 (52,6)	32(94,1)
Наличие асцита по данным УЗИ	4(21,0)	25(73,5)*
ФГДС:		
-эрозии в пищеводе;	2(10,5)	15(44,1)*
-катаральный эзофагит;	15(78,9)	20(58,8)
-эрозивно-язвенные поражение желудка и ДПК	2(10,5)	32(94,1)*
Печеночная энцефалопатия:		
-латентная;	19(100)	16(47,1)*
-1 стадии;	0(0)	10(29,4)
-2 стадии	0(0)	8(23,5)
Наличие кровотечений из ВРВП в анамнезе	12(63,2)	16(47,1)
Сопутствующие заболевания, осложняющие течение основного	16(84,2)	32(94,1)

Примечание: (*) - $p < 0,05$ достоверные отличия от 1 – ой группы.

Из таблицы 2 видно, что обе группы больных одинаково часто обращались за медицинской помощью, имели повышенные показатели биохимической активности воспалительного процесса в печени, с одинаковой частотой отмечались кровотечения из ВРВП в анамнезе и у всех пациентов имелась сопутствующая патология других органов и систем, требующих лечения и динамического наблюдения (достоверных отличий между группами по выше указанным критериям выявлено не было). Так же из таблицы 2 видно, что группа 1(К) пациентов – в 94,7% случаев при объективном осмотре и динамическом наблюдении имела артериальное давление в пределах 120-110 мм.рт.ст. и пульс- 55-65 ударов в минуту, эти пациенты постоянно в непрерывном режиме принимали анаприлин (обзидан) в дозировке от 20- до 40 мг/сутки, больные 2 (Н) группы (35,3%) принимали эти препараты не регулярно или вообще не знали о них или необходимости их применения ($p < 0,05$).

У пациентов группы 2 (Н) выявлялись более выраженные изменения на ФГДС по сравнению с пациентами группы 1 (К): чаще были диагностированы эрозивный эзофагит ($p < 0,05$), а так же эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$). Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ достоверно чаще отмечалось у больных 2 (Н) группы по сравнению с группой (К) 1 ($p < 0,05$). Эти факторы утяжеляли состояние пациентов и увеличивали сроки предоперационной подготовки.

При проведении теста связи чисел (ТСЧ) для выявления ПЭ у пациентов группы 1 (К) достоверно чаще встречалась латентная энцефалопатия, чем у больных 2 группы (Н) ($p < 0,05$), в связи с этим пациенты группы 1(К) более осознано подходили к проблеме лечения и постоянному приему лекарственных средств.

Пациенты группы 2 (Н) не соблюдали диету и не проводили в полном объеме назначенное лечение. Причинами невыполнения рекомендаций по лечению указали: невозможность приобрести препараты - 27 (79,4%), в связи с улучшением самочувствия – 5 (14,7%),

запутанность (сложность) врачебных рекомендаций – 14 (41,1%), страх перед некоторыми рекомендациями – 2 (5,9%), страх перед большим количеством препаратов и самостоятельным выбором «необходимых» - 23 (67,6%), страх перед необходимостью длительного приема лекарств - 18 (52,9%), развитие побочных эффектов – 6 (17,6%), забывчивость и отсутствие понимания необходимости приема лекарств – 18 (52,9%) больных.

На основании оценки мнения пациентов 2 группы (Н) о необходимости и важности комплексной терапии нами было выявлено следующее. Большинство больных считали необходимым прием только гепатопротекторов курсами 2-3 раза в год- 15 (44,1%), 10 (29,4%) считали необходимым прием гепатопротекторов и антисекреторных препаратов, 6 (17,6%) - прием гепатопротекторов и слабительных (лактоулоза), 3 (8,8%) – прием гепатопротекторов и мочегонных препаратов, и ни один пациент не считал прием бета – блокаторов необходимым (рис. 3.14).

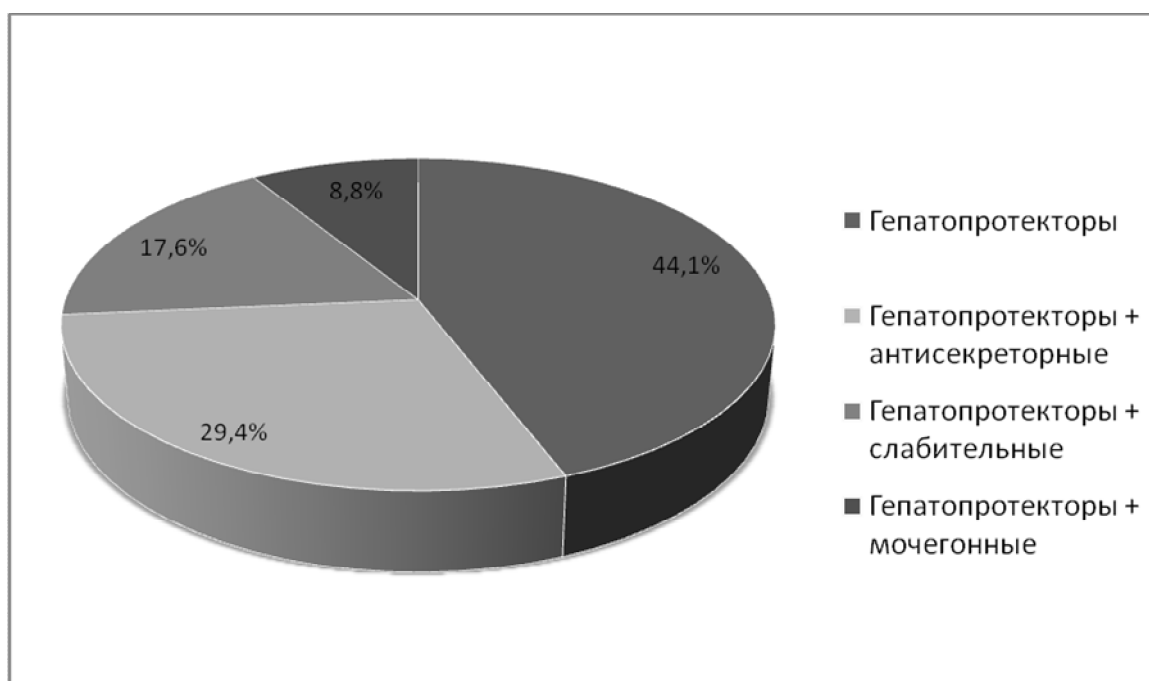


Рис. 1. Варианты комплексной терапии у некомплаентных пациентов

В отличие от 2 группы, пациенты 1 (К) группы соблюдали диету - 18 (94,7%) обследованных, постоянно принимали бета – блокаторы 19

человек (100,0%), лактулозу и/или орнитин- аспартат 17 человек (89,5%), антисекреторные или антацидные препараты 19 (100,0%), а мочегонные препараты принимали по рекомендациям лечащего врача курсами или постоянно в индивидуально подобранных дозах 13 человек (63,1%).

Таким образом, такое грозное осложнение портальной гипертензии как кровотечение из ВРВП игнорировали 64,2% обследованных нами больных ЦП. В силу некомплаентности основной массы пациентов требуются более радикальные и эффективные меры по предупреждению кровотечений из ВРВП, которые предложены нами.

Заключение.

Итак, проведенное нами исследование выявило, что некомплаентные пациенты реже или несвоевременно обращаются за медицинской помощью или вообще не выполняют рекомендации врача по питанию, образу жизни, и постоянному приему лекарственных препаратов, в связи с чем у них на ФГДС выявляются более выраженные эрозивно-язвенные поражения пищевода и желудка, наличие асцита разной степени выраженности и более тяжелая ПЭ, которая является основополагающим фактором в развитии и поддержании некомплаентности больных ЦП. Риск развития кровотечения из ВРВП у таких пациентов очень высок, поэтому необходимо либо постоянное динамическое наблюдение за ними, либо эффективные меры хирургической профилактики этого опасного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ткачев А.В.* Состояние оказания гастроэнтерологической помощи населению Южного Федерального округа // Известия ВУЗов. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск. – 2007. – С. 9-15.
2. *Fung S.K., Lock A.S.* Management of patients with hepatitis B virus-induced cirrhosis // Hepatol. – 2005. – Vol. 42. – S 54 - S 64.
3. *Fattovich G., Giustin G., Degos F. Et al.* Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C // Gastroenterology. – 1997. – Vol. 112. – P. 463-472.
4. *Ивашкин В.Т.* Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: ООО «Издат. Дом М-Вести», 2005. – С. 536.
5. *Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Жерлов Г.К. и др.* Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. – Новосибирск: Наука, 2003. – 198 с.
6. *Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.