

УДК 616.342.-002.44-08

**КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ  
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ:  
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна,  
д.м.н., профессор  
*МУЗ «Городская больница № 2  
(КМЛДО)»,  
Кубанский государственный медицинский  
университет, г. Краснодар, Россия*

Клещева Ольга Анатольевна, к.м.н.  
*Кубанский государственный медицинский  
университет, г. Краснодар, Россия*

Проанализированы результаты  
пятилетнего диспансерного наблюдения за  
178 больными осложненной язвенной  
болезнью двенадцатиперстной кишки,  
перенесших радикальную  
дуоденопластику изолированную или в  
сочетании с селективной проксимальной  
ваготомией.  
Разработаны алгоритмы реабилитации  
данных пациентов с учетом их  
комплаентности.  
Предложена методика повышение  
комплаентности – проведение «Гастро-  
школ» и изучены ее отдаленные  
результаты.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННАЯ  
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,  
КОМПЛАЕНТНОСТЬ, «ГАСТРО-  
ШКОЛА».

UDC 616.342.-002.44-08

**COMPLAINTY OF PATIENTS WITH  
COMPLICATED DUODENAL ULCER:  
METHODS OF ASSESSMENT AND  
CORRECTION**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD,  
Prof.  
*City Hospital # 2 (KMMDA), , Kuban State  
Medical University, Krasnodar, Russia*

Klesheva Ol'ga Anatol'evna, Ph.D. (MED)  
*Kuban State Medical Academy, Krasnodar,  
Russia*

The 5-year regular medical check-up results  
of 178 patients with complicated duodenal  
ulcer that underwent the radical  
duodenoplasty (isolated or combined with  
selective proximal vagotomy) were analysed.  
The rehabilitation algorithm for the patients  
based on their complainty was elaborated.  
The method of complainty increase was  
suggested. It consist of carrying out “Gastro-  
school” and estimation of long-term results.

Key words: COMPLICATED DUODENAL  
ULCER DISEASE, COPLAINTY,  
“GASTRO-SCHOOL”

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в настоящее время занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения [1]. 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. Каждый пятый среди госпитализированных больных с ЯБ находится на лечении в хирургическом отделении по поводу развившегося осложнения [2].

Ранее в наших исследованиях [3-5] было показано, что пациенты, перенесшие органосохраняющие технологии оперативного лечения осложненной ЯБ ДПК, в частности, радикальную дуоденопластику (РДП), нуждаются в эрадикационной и в последующем длительной поддерживающей антисекреторной терапии, однако невыполнение ими врачебных рекомендаций существенно снижает эффективность комплексного (оперативного и последующего медикаментозного) лечения этой группы больных.

В зарубежной литературе показатель, отражающий степень соблюдения пациентом рекомендаций врача, получил название «комплаентность» («compliance» - согласие, готовность – англ.). Анализ существующих методов оценки комплаентности показывает, что большинство из них ориентированы исключительно на медикаментозную терапию, а между тем лечение любого заболевания, особенно, такого как ЯБДПК, предполагает целый комплекс здравоохранительных инициатив.

**Целью** настоящей работы были определение уровня комплаентности больных ЯБ ДПК и с его учетом разработка алгоритм реабилитации пациентов, перенесших РДП.

**Материал и методы.** Для решения задач, поставленных в работе, проводилось обследование и диспансерное наблюдение 178 больных

осложненной ЯБДПК в возрасте от 18 до 74 лет (118 мужчин, 60 женщин), которым была выполнена РДП (изолированная или в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ)). Средний возраст больных составил  $46,7 \pm 1,3$  лет, период динамического наблюдения за пациентами – от 2 до 72 месяцев от момента операции. Из 178 пациентов, находящихся под наблюдением, 104 (58,4%) перенесли мостовидную радикальную дуоденопластику (МРДП); 10 (5,6%) человек – мостовидную пилородуоденопластику (МПДП); 29 (16,3%) больных – сегментарную радикальную дуоденопластику (СРДП); 4 (2,3%) пациента – сегментарную пилородуоденопластику (СПДП); у 20 (11,2%) человек МРДП была выполнена одновременно с СПВ; у 5 (2,8%) с МРДП и у 6 (3,4%) пациентов с СРДП вторым этапом была выполнена СПВ. Основным показанием к выполнению РДП явился дуоденальный стеноз. Кровотечение, перфорация и пенетрация развивались, как правило, на фоне сформировавшегося рубцово-язвенного стеноза.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, секреторная функция желудка оценивалась аспирационнозондовым методом, диагностика *Helicobacter pylori* (Hр)-инфекции - гистологическим и цитологическим методами, оценка качества жизни по опроснику SF-36. Исследование комплаентности осуществлялось на основании критериев, представленных в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии комплаентности у больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Критерии	Комплаентные	Некомплаентные
Обращение за медицинской помощью (посещаемость) в амбулаторных условиях	90 – 100%	0 – 89%
Выполнение назначенного обследования в амбулаторных условиях	90 – 100%	0 – 89%
Выполнение назначенного медикаментозного лечения (количество принятых лекарственных препаратов) в амбулаторных условиях	70 – 100%	0 – 69%
Соблюдение диеты в амбулаторных условиях: Режим питания Пищевые погрешности (прием острого, жирного)	4 и более раз в сутки 1 раз в неделю и менее	3 раза в сутки и менее 2 раза в неделю и более

Статистическую обработку результатов проводили по общепринятым методам вариационной статистики [7].

### Результаты исследования

На основании данных о проводимом обследовании и лечении в условиях поликлиники в течение 1 года до операции пациенты с осложненной ЯБДПК были разделены на две группы: «комплаентные» и «некомплаентные». В обследуемых группах пациенты не различались по возрастному составу, в группе некомплаентных было больше мужчин (81 (78,6%) против 39 (52%),  $p < 0,001$ ), чаще выявлялось непрерывно рецидивирующее течение ЯБДПК (у 19 (18,5%) больных против 5 (6,7%),  $p < 0,05$ ), чаще диагностировалась сопутствующая патология (у 78 (75,7%) пациентов против 32 (42,7%),  $p < 0,001$ ).

При дооперационном обследовании у некомплаентных больных были выявлены выраженные изменения при ЭФГДС, преобладала высокая степень Нр-контаминации, по показателям секреторной функции желудка достоверных различий не отмечено (табл. 2).

Таблица 2 – Данные инструментальных и лабораторных методов исследования больных до операции, чел. (%)

Показатели		Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)
Эзофагит (по Савари и Миллеру)	II степень	18 (24,0%)	41 (39,8%) *
	IV степень	0(0%)	8 (7,8%) *
Признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы		13 (17,3%)	39 (37,9%) *
Увеличение желудка	умеренное	36 (48,0%)	32 (31,0%) *
	выраженное	39 (52,0%)	71 (68,9%) *
Эрозивный воспалении СО Ж и ДПК		21 (28,0%)	86 (83,5%) ****
Язва желудка и/или ДПК		14 (18,7%)	85 (82,5%) ****
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка и/или ДПК		13 (17,3%)	43 (41,7%) ***
Нр-контаминация	I степень (+)	21 (28,0%)	10 (9,7%) **
	III степень (++++)	19 (25,3%)	47 (45,6%) **
БПК, ммоль/л		5,1±0,6	5,5±0,5
БПП, мг/ч		72,2±7,5	71,3±5,8
МПК, ммоль/л		29,9±2,1	28,8±1,9
МПП, мг/ч		200,3±7,2	204,2±6,6

Примечание: отмечены достоверные отличия от «комплаентных» больных (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) -  $p < 0,01$ ; (\*\*\*) -  $p < 0,001$ ; (\*\*\*\*) -  $p < 0,0001$ . Здесь и далее СОЖ – слизистая оболочка желудка, ДПК – двенадцатиперстная кишка, БПК – базальная продукция кислоты, БПП – базальная продукция пепсина, МПК – максимальная продукция кислоты, МПП – максимальная продукция пепсина.

Во время интраоперационного исследования у комплаентных пациентов достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялся изолированный стеноз, а у некомплаентных больных – сочетание осложнений ЯБДПК ( $p < 0,05$ ). Стеноз чаще сочетался с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку. У некомплаентных больных чаще диагностировался тубулярный стеноз ( $p < 0,05$ ) и активный язвенный процесс ( $p < 0,0001$ ) (табл. 3).

Таблица 3 – Данные интраоперационного исследования  
у обследуемых больных, чел.(%)

Показатели	Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)
Изолированный стеноз	73 (97,3%)	87 (84,5%) *
Сочетание осложнений ЯБДПК:	2 (2,7%)	16 (15,5%) *
• сочетание стеноза и пенетрации	2 (2,7%)	12 (11,7%)
• сочетание стеноза, кровотечения и пенетрации	0 (0%)	2 (1,9%)
• сочетание стеноза и перфорации	0 (0%)	1 (0,9%)
• сочетание стеноза, пенетрации и перфорации	0 (0%)	1 (0,9%)
Сегментарный стеноз	36 (48,0%)	33 (32,0%) *
Тубулярный стеноз	39 (52,0%)	70 (67,9%) *
Язва ДПК	14 (18,7%)	85 (82,5%) **

Примечание: отмечены достоверные отличия от «комплаентных» больных (\*) -  $p < 0,05$ ; (\*\*) -  $p < 0,0001$ .

Большой объемом поражения двенадцатиперстной кишки (ДПК) у некомплаентных больных потребовал выполнения СРДП, при которой нарушались нервно-мышечная связь и кровоснабжение между сегментами ДПК. У комплаентных больных чаще выполнялась МРДП с сохранением одной или нескольких стенок кишки (табл. 4).

Таблица 4 – Виды оперативного вмешательства  
у обследуемых больных, чел. (%)

Операция	Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)
МРДП	63 (84,0%)	46 (44,7%) *
МПДП	2 (2,7%)	8 (7,7%)
СРДП	2 (2,7%)	33 (32,0%) *
СПДП	0 (0%)	4 (3,9%)
МРДП, СПВ одномоментно	8 (10,6%)	12 (11,7%)

Примечание: (\*) – отмечены достоверные отличия ( $p < 0,0001$ ) от «комплаентных» больных.

У 8 (10,7%) комплаентных и 6 (5,8%) некомплаентных пациентов из-за значительного диастаза между анастомозируемыми концами кишки вследствие широкого иссечения рубцового поля язвы при полисегментарных поражениях ДПК РДП была дополнена частичным или полным выведением ДПК из-под корня брыжейки тонкой кишки.

У 20 (11,2%) мужчин (до 44 лет) при обследовании был выявлен субкомпенсированный дуоденальный стеноз и гиперсекреции хлористоводородной кислоты и пепсина, отсутствовали манометрические признаки атонии желудка и хронической дуоденальной непроходимости, отмечалась резистентность к адекватной медикаментозной терапии, проводимой до операции, и/или низкая комплаентность, что явилось показаниями для выполнения МРДП одновременно с СПВ.

Таблица 5 – Сроки пребывания обследуемых больных в стационаре

	До операции		После операции	
	Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)	Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)
Срок пребывания (койко-дни)	5,9±1,6	9,2±1,3 *	7,2±1,9	11,5±1,6 *

Примечание: (\*) – отмечены достоверные отличия ( $p<0,05$ ) от «комплаентных» больных.

Как видно из таблицы 5, некомплаентные больные, по сравнению с комплаентными, дольше находились на стационарном лечении как до, так и после операции. Увеличение сроков пребывания в стационаре у некомплаентных пациентов было связано с тяжестью состояния, обусловленного основным заболеванием, сопутствующей патологией и развившимися послеоперационными осложнениями (табл. 6). Наиболее типичным осложнением РДП являлся острый послеоперационный панкреатит, который в основном протекал в легкой abortивной форме, диагностировался по увеличению

ферментативной активности сыворотки крови и отмечался у 4 из 5 пациентов после выполнения РДП по поводу «низких» околососочковых язв ДПК.

В послеоперационном периоде мы осуществляли проспективное наблюдение за больными в течение 6 лет. У исследуемых больных анализ комплаентности проводился повторно во время первого контрольного обследования через 2 месяца.

Таблица 6 – Ранние послеоперационные осложнения у обследуемых больных, чел. (%)

Характер осложнения	Комплаентные (n=75)	Некомплаентные (n=103)
Острый послеоперационный панкреатит с манифестированной клиникой	1 (1,3%)	4 (3,9%)
Неинфицированные ограниченные жидкостные внутрибрюшные скопления	1 (1,3%)	2 (1,9%)
Парадуоденальный инфильтрат	0 (0%)	1 (0,9%)
Анастомозит	0 (0%)	1 (0,9%)
Длительный гастродуоденостаз и парез кишечника	0 (0%)	2 (1,9%)
Желудочно-кишечное кровотечение (кровотечение из линии анастомоза)	0 (0%)	2 (1,9%)
Нагноение послеоперационной раны	1 (1,3%)	1 (0,9%)
Рефлюкс-гастрит	2 (2,7%)	7 (6,8%)
Всего:	5 (6,7%)	20 (19,4%) *

Примечание: (\*) – отмечены достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) от «комплаентных» больных.

Группа «комплаентных» включала 106 (59,6%) пациентов, «некомплаентных» – 72 (40,4%) пациента. Группы не различались между собой по полу и возрасту. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у больных после РДП (изолированной и в сочетании с СПВ) проводилась отдельно. У больных, перенесших РДП, «мишенями» для медикаментозной реабилитации являются Нр-контаминация СОЖ и повышенная секреция хлористоводородной кислоты и пепсина [3, 4], у больных после РДП и СПВ – Нр-контаминация и моторно-эвакуаторные нарушения гастро-дуоденального комплекса [5].



При ЭФГДС у некомплаентных пациентов, перенесших РДП, чаще выявлялись эрозивное воспаление СОЖ и ДПК и рецидивы дуоденальной язвы. У больных, перенесших РДП и СПВ, в динамике интраскопических показателей достоверных различий между группами обнаружено не было. После изолированной РДП среди некомплаентных достоверно больше было Нр-позитивных больных, такая же зависимость наблюдалась и у больных, перенесших РДП и СПВ.

Таблица 7 – Зависимость эффективности эрадикации от комплаентности обследуемых пациентов, чел. (%)

Схемы лечения	РДП				РДП и СПВ			
	Комплаентные (n=86)		Некомплаентные (n=61)		Комплаентные (n=20)		Некомплаентные (n=11)	
	n	Эрадикация	n	Эрадикация	n	Эрадикация	n	Эрадикация
Схема I линии	51	46 (90,2%)	48	19 (39,6%) **	18	13 (72,2%)	9	2 (22,2%) *
Схема II линии	11	9 (81,8%)	17	5 (29,4%) *	5	3 (60,0%)	4	0 (0%)

Примечание: отмечены достоверные отличия от показателей в группе №1(К) (\*) –  $p < 0,05$ ; (\*\*) –  $p < 0,0001$ .

Как видно из представленных данных таблицы 7, проведенный анализ выявил зависимость эрадикации от уровня комплаентности больных как после изолированной РДП, так и РДП в сочетании с СПВ. Наиболее важным критерием в определении долговременной эффективности лечения и интерпретации полученных результатов является КЖ больных. У «некомплаентных» пациентов, как до операции, так и на протяжении всего периода послеоперационного наблюдения выявлялись достоверно более низкие показатели КЖ по шкалам физического и психического здоровья. Была отмечена тенденция к снижению показателей КЖ, которые к концу 6 года наблюдения практически не отличались от дооперационных. У комплаентных пациентов к концу второго года показатели КЖ приближались к популяционной норме. Таким образом, в ходе исследования было продемонстрировано, что

комплаентность является одним из основных предикторов, влияющих на течение заболевания и эффективность хирургического и медикаментозного лечения.

Проведенное исследование выявило низкую информированность пациентов о сущности ЯБДПК, методах его диагностики и лечения, профилактики обострений и осложнений. С этой целью нами была разработана и внедрена «Гастро-школа» для больных осложненной ЯБДПК, перенесших РДП. Была выбрана максимально упрощенная и укороченная по времени программа интенсивного обучения, включающая одно занятие продолжительностью 2 – 2,5 часа в группе до 9 больных. Занятия проводились в форме беседы с демонстрацией тематических слайдов. Каждому пациенту были предоставлены методические рекомендации в виде иллюстрированной брошюры на 22 страницах «Памятка для пациентов с осложненной ЯБДПК». Было обследовано 25 пациентов до, через 2 и 6 месяцев после посещения занятий «Гастро-школы».

По данным ЭФГДС до посещения «Гастро-школы» у 2 (8,0%) пациентов был диагностирован рецидив дуоденальной язвы, у 13 (52,0%) больных – эрозивный гастрит, дуоденит, у 6 (24,0%) человек – эзофагит II степени. Через 2 и 6 месяцев не было выявлено ни одного рецидива ЯБДПК; достоверно реже наблюдалось эрозивное воспаление СОЖ и ДПК – у 4 (16,0%) и 5 (20,0%) человек соответственно ( $p < 0,05$ ); отсутствовал эзофагит II степени ( $p < 0,05$ ). Нр-контаминация СОЖ и ДПК высокой степени до посещения «Гастро-школы» 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%) больных.

Итак, проведенное исследование продемонстрировало, что высокая комплаентность больных способствует достижению стойкой ремиссии осложненной ЯБДПК и является одним из основных факторов, влияющих на эффективность хирургического и медикаментозного лечения.

## Выводы

1. Основными факторами, влияющими на эффективность комплексного (оперативного и медикаментозного) лечения больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, являются хирургические технологии, восстанавливающие нормальную структуру гастродуодено-панкреато-билиарного комплекса – радикальная дуоденопластика, гиперсекреция хлористоводородной кислоты и пепсина, контаминация слизистой оболочки желудка пилорическим хеликобактером, комплаентность больных. У комплаентных пациентов, по сравнению с некомплаентными, реже выявляются сочетанные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, эрозивное воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, рецидивы дуоденальной язвы, ниже степень контаминации пилорическим хеликобактером и кислото- и ферментовыделительная функция желудочных желез, чаще выполняется мостовидная радикальная дуоденопластика.

2. У пациентов, перенесших радикальную дуоденопластику в сочетании с селективной проксимальной ваготомией, комплаентность существенно не влияет на послеоперационное течение заболевания, за исключением эффективности эрадикационной терапии.

3. «Гастро-школа» позволяет уменьшить частоту рецидивов дуоденальной язвы и ее осложнений, частоту выполнения селективной проксимальной ваготомии и редуоденопластики, является эффективным способом повышения информированности, комплаентности и качества жизни больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших радикальную дуоденопластику.

### Литература

1. *Харнас С.С., Самохвалов А.В., Ларьков Л.Р.* Влияние хеликобактериоза на результаты хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. –2000. - №6.- С. 56-62.
2. *Кузин М.И.* Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 2001.- №1.- С. 27-32.
3. *Давыденко М.Н.* Эрадикационная терапия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших радикальную дуоденопластику: Дис. канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05).- Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 2003.-167 с.
4. *Клименко Л.И.* Хирургическая и медикаментозная профилактика рецидивов осложненной дуоденальной язвы после радикальной дуоденопластики: Автореф. дис канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). - Краснодар, 2001. - 18с.
5. *Корочанская Н.В.* Принципы поэтапной реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. докт. мед.наук (14.00.27;14.00.05).-Краснодар: Кубанская гос. мед.академия,1999.-408с.
6. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика.- М.: Практика, 1999.- 455с.