

УДК 616.324-002.44-06-089

**«ГАСТРО-ШКОЛЫ» В ПОВЫШЕНИИ
КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский
государственный медицинский университет,
Краснодар, Россия*

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

Проведенное исследование позволило разработать способ оценки и повышения коперативности пациентов, продемонстрировало, что высокая коперативность больных способствует достижению стойкой ремиссии осложненной ЯБДПК и является одним из основных факторов, влияющих на эффективность хирургического и медикаментозного лечения.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КОМПЛАЕНТНОСТЬ, КООПЕРАТИВНОСТЬ, «ГАСТРОШКОЛЫ»

UDC 616.324-002.44-06-089

**“GASTRO-SCHOOLS” IN INCREASING OF
COMPLAINTY OF PATIENTS WITH
COMPLICATED DUODENAL ULCER**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, Prof.

*City hospital № 2 Krasnodar, Russia Kuban State
Medical University, Krasnodar, Sedina 4 st., Russia*

Kletsheva Olga Anatolievna, Ph.D. (Med)
*Kuban State Medical University, Krasnodar, Sedina 4
st.,*

The study allowed to develope the method of assessment and cooperative increasing in patients with complicated duodenal ulcer. The data obtained have revealed that cooperation of the patients is one of the main factor of efficacy of surgical and drug therapy and have lead to stable remission.

Key words: COMPLICATED DUODENAL ULCER DISEASE, COMPLAINTY, COOPERATIVE, “GASTRO-SCHOOLS”

В послеоперационной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) на первый план выходит необходимость проведения эрадикационной терапии и длительного приема антисекреторных препаратов. 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.

Для оценки адекватности и полноты проведения комплексного лечения в НИИ Пульмонологии МЗ РФ был предложен и введен в клиническую практику термин «кооперативность», характеризующий готовность и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме. В отличие от комплаентности, кооперативность учитывает не только желание пациента следовать рекомендациям врача, которое определяется множеством психосоциальных факторов, но и оценивает доступность медицинской помощи, что делает данный показатель более актуальным для отечественного здравоохранения [1].

До настоящего времени понятие «кооперативность» в хирургической практике не применялось. В доступной нам литературе мы не нашли сведения о методах оценки кооперативности больных осложненной ЯБДПК, учитывающих как выполнение всего комплекса лечебных мероприятий (соблюдение диеты, медикаментозного режима), так и доступность квалифицированной медицинской помощи для пациентов. Кроме того, остаются неизученными факторы, препятствующие эффективному сотрудничеству врача и пациента, выявление и последующее устранение которых способно повысить эффективность лечения и уровень качества жизни (КЖ) больных осложненной ЯБДПК, перенесших радикальную дуоденопластику (РДП).

Учитывая вышеизложенное, была определена **цель** настоящей работы: определить уровень кооперативности и с его учетом разработать алгоритм реабилитации у больных осложненной ЯБДПК, перенесших РДП.

В исследовании приняли участие 123 пациента (83 мужчины, 40 женщин, средний возраст $51,6 \pm 1,2$ лет) с осложненной ЯБДПК, перенесших РДП и находящихся на последующем диспансерном учете. Средний возраст больных составил $46,7 \pm 1,3$ лет, период динамического наблюдения за пациентами - от 2 до 72 месяцев от момента операции. 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 обследование общеклиническое (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, исследование желудочной секреции аспирационно-зондовым методом, диагностика *Helicobacter pylori* (Hр)-инфекции гистологическим и цитологическим методами, оценка качества жизни по опроснику SF-36, психологическая диагностика типов отношения к болезни с использованием опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), диагностика депрессивных расстройств по шкале Бека.

Нами было оценено 25 количественных и качественных медико-социальных факторов кооперативности больных. Влияние на кооперативность оказывали возраст ($r=0,21$, $p<0,05$), курение ($r=-0,30$, $p<0,01$), численность ($r=0,54$, $p<0,001$) и доход семьи ($r=0,53$, $p<0,001$), количество членов семьи с ЯБДПК ($r=0,38$, $p<0,001$), длительность диспансерного наблюдения ($r=-0,29$, $p<0,05$), объективная ($r=-0,20$, $p<0,05$), субъективная ($r=-0,34$, $p<0,001$) степень тяжести и объективная ($r=-0,43$, $p<0,001$), субъективная ($r=-0,28$, $p<0,05$) контролируемость послеоперационного течения ЯБДПК, частота побочных эффектов при проведении эрадикационной и антисекреторной терапии ($r=-0,29$, $p<0,05$), кратность визитов к врачу ($r=0,26$, $p<0,05$), наличие и выраженность депрессии ($r=-0,30$, $p<0,0001$). Более

кооперативными оказались работающие пациенты ($p < 0,001$), проживающие в городе ($p < 0,001$), не имеющие кровотечения в анамнезе ($p < 0,05$) и сопутствующую патологию ($p < 0,05$), у которых диагностировались адаптивные типы отношения к болезни (ТОБ) ($p < 0,05$). На основании проведенных исследований был разработан оригинальный опросник «Индекс кооперации при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (ИкЯб-49) [2].

Применение ИкЯб-49 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 слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (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.

Через 2 и 6 месяцев после посещения занятий у пациентов достоверно повышались показатели КЖ (рис. 1) и кооперативности (рис.2). При этом в динами-

ке через 6 месяцев наблюдалось снижение показателей «осознания опасности», «текущей кооперативности» и «удовлетворенности от кооперации», что подтверждает необходимость повторения полученной информации и закрепления положительного результата.

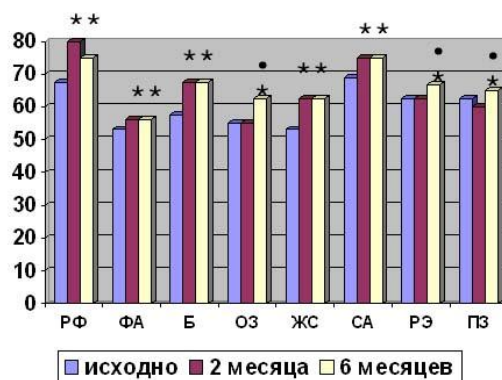


Рисунок 1 - Качество жизни у больных до и после посещения «Гастро-школы». Здесь и далее «*» отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) от исходных показателей; «·» - от показателей через 2 месяца.

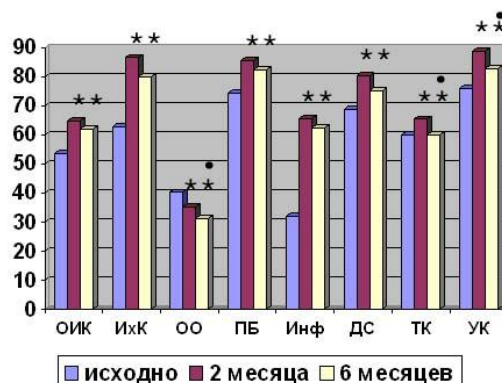


Рисунок 2 - Кооперативность у больных до и после посещения «Гастро-школы».

Проведенное нами исследование комплаентности и кооперативности позволило разработать и апробировать на практике алгоритм выбора тактики послеоперационной реабилитации у больных после РДП, который включает определение объективной тяжести послеоперационного течения ЯБДПК согласно критериям, разработанным Н.В.Корочанской и Л.И.Клименко (2001), и оценку интегрального показателя кооперативности (ОИК) (рис.3).



Рисунок 3 - Алгоритм выбора тактики послеоперационной реабилитации у больных после радикальной дуоденопластики.

Выводы:

Проведенное исследование показало, что опросник «Индекс кооперации при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (ИкЯб-49) является надежным инструментом для оценки кооперативности больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после радикальной дуоденопластики и позволяет количественно оценить кооперативность по 8 основным критери-

ям (исходная кооперативность, осознание опасности, потребность в безопасности, информированность, доступность средств реализации, текущая кооперативность, удовлетворение от кооперации, общий индекс кооперации).

Факторами, определяющими кооперативность больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, являются возраст, курение, производственная занятость, место проживания, численность и доход семьи, количество членов семьи с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, длительность диспансерного наблюдения, степень тяжести и контролируемости послеоперационного течения заболевания, наличие кровотечений в анамнезе и сопутствующей патологии, частота побочных эффектов при проведении эрадикационной и анти-секреторной терапии, кратность визитов к врачу, наличие дезадаптивного типа отношения к болезни и депрессии.

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

Алгоритм повышения эффективности реабилитационных мероприятий, включающий определение объективной тяжести послеоперационного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и оценку интегрального показателя кооперативности, позволяет индивидуализировать тактику послеоперационного ведения пациентов после радикальной дуоденопластики: консервативное медикаментозное лечение и/или антацидная операция (селективная проксимальная ваготомия).

Литература

1. *Сенкевич Н.Ю.* Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: Дис..... док. мед. наук (14.00.43).- Москва: Московский гос. мед.университет, 2000.- 408 с.
2. *Клещева О.А., Корочанская Н.В.* Кооперативность больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших радикальную дуоденопластику, до и после посещения «Гастро-школы» // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. - Т. 17, № 5 (Прил. 28). - С. 86-87.