

На правах рукописи

Сердюк Анна Андреевна

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ**

Внутренние болезни 3.1.18.

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Краснодар – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Корочанская Наталья Всеволодовна
доктор медицинских наук, профессор

Научный консультант:

Дурлештер Владимир Моисеевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Симаненков Владимир Ильич - доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник высшей школы РФ, профессор кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пасечников Виктор Дмитриевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии с курсом диетологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Защита состоится «___»_____ 2023 г. в ___ часов, на заседании диссертационного совета 24.2.318.02 на базе Института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» (295051, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института «Медицинская академия имени С. И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» по адресу: 295051, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7 и сайте <http://cfuv.ru/>

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета 24.2.318.02
кандидат медицинских наук, доцент

Е. П. Смуглов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Язвенная болезнь (ЯБ) - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся сменой периодов обострения и ремиссии. Основное проявление ЯБ - образование активной язвы в слизистой оболочке желудка (СОЖ) или двенадцатиперстной кишки (ДПК) (Ивашкин В.Т. и соавт., 2017).

Язвенная болезнь остается крайне актуальной проблемой практического здравоохранения. На протяжении всей жизни язвенная болезнь может встречаться у 8-11% женщин и 11-14% мужчин (Chan F.K.L. et al., 2015). У более полумиллиона человек в США ежегодно впервые устанавливается диагноз ЯБ, а у более 4 млн человек случается рецидив ЯБ (Escanow J. S., 2015). В 2006-2017 годах в РФ заболеваемость ЯБ снизилась с 128,7 до 79,5 на сто тысяч населения (Заболеваемость всего населения России в 2018 г., 2018).

В последние десятилетия отмечено снижение количества пациентов с осложненными формами ЯБ во всем мире, что стало возможным благодаря применению эффективных эрадикационных схем, увеличению количества эндоскопических исследований, внедрению доступных тестов для выявления *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

Несмотря на снижение количества пациентов с ЯБ, осложненной перфорацией (с 37,6 до 19,1 тысяч больных), возросла доля экстренных госпитализаций более 24 часов от начала заболевания (с 13,7 до 23,4%), а также появилась тенденция к увеличению послеоперационной летальности (Заболеваемость всего населения России в 2018 г., 2018). Та же динамика прослеживается и среди пациентов с ЯБ, осложненной кровотечением: количество больных несколько уменьшилось, послеоперационная летальность осталась на прежнем уровне. В исследовании ученых (Marcus E. A., 2015) доказано, что среди пациентов с ЯБ, осложненной кровотечением, снизилась доля выявления *H. pylori*.

По Всероссийским данным, инфицированность *H. pylori* составляет 65-92% взрослого населения (Ивашкин В.Т. и соавт., 2017), что обуславливает актуальность диагностики и лечения *H. pylori* для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов.

Степень разработанности темы исследования

Несмотря на высокую эффективность эрадикационной терапии, при низкой приверженности к лечению пациентов резко снижается эффект от оперативного и последующего медикаментозного лечения больных данной группы.

С другой стороны, проблема приверженности пациентов к лечению, подвергшихся хирургической коррекции дуоденальной язвы (ДЯ), остается недостаточно изученной. Отсутствуют стандартизованные способы оценки приверженности к лечению пациентов данной группы, которые учитывали бы степень готовности больных следовать всем рекомендациям врача, как в соблюдении пищевого режима, так и в применении медикаментозных препаратов. Также в литературе получено мало данных об изучении факторов, влияющих на

сотрудничество врача и пациента, что способно повысить качество жизни (КЖ) и результаты медикаментозного лечения после проведенного хирургического устранения осложнений ЯБДПК.

Наиболее эффективным способом повышения приверженности к лечению и КЖ пациентов является проведение занятий в рамках школ для пациентов, однако у больных осложненной ЯБДПК такой комплекс мероприятий является недостаточно разработанным.

Цель исследования: Оптимизация результатов комплексного (хирургического и медикаментозного) лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, на основе повышения приверженности пациентов к лечению.

Задачи исследования:

1. Оценить трансформацию течения ЯБДПК после хирургического устранения стеноза и выделить «мишени» для медикаментозной терапии в раннем и отдаленном периодах после дуоденопластики;

2. Оценить взаимосвязь клинических, социальных, демографических показателей, особенностей психо-эмоционального статуса и различных аспектов оценки качества жизни на приверженность к лечению пациентов с ЯБДПК, осложненной стенозом, и клинические варианты течения болезни у приверженных и неприверженных к лечению лиц;

3. Усовершенствовать методы повышения приверженности пациентов к терапии на основании разработки методики и оценки отдаленных результатов проведения занятий в «Школе для пациентов с язвенной болезнью»;

4. Оптимизировать комплексное лечение пациентов с ЯБДПК, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом.

Научная новизна исследования

В настоящей работе впервые:

1. Проведен анализ факторов, оказывающих влияние на эффективность медикаментозного лечения пациентов с ЯБДПК, осложненной стенозом;

2. Изучена трансформация течения ЯБДПК после хирургического устранения стеноза;

3. Разработаны показания и сроки проведения медикаментозной терапии у больных с рубцово-язвенным стенозом в до- и послеоперационном периодах;

4. Разработан комплекс мероприятий по повышению приверженности к лечению пациентов с ЯБДПК, осложненной стенозом.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы заключается в изучении трансформации течения ЯБ после хирургической коррекции стеноза ДПК в стадии суб- и декомпенсации. Проведен анализ взаимосвязи между клиническими вариантами течения заболевания и типом отношения к болезни, уровня депрессивного синдрома. Изучено влияние приверженности к лечению пациентов с ЯБ, осложненной стенозом ДПК, на эффективность медикаментозного лечения. Патогенетически обоснованы алгоритмы комплексной медикаментозной терапии, направленные на адекватное восстановление морфофункциональных взаимосвязей гастро-дуоденального комплекса и повышение приверженности

пациентов к лечению.

Практическая значимость работы заключается в разработке индивидуализированного, этиологически и патогенетически обоснованного подхода к медикаментозной терапии и хирургической коррекции у пациентов с осложненной ЯБДПК, что приводит к уменьшению частоты рецидивов ЯБ, повторных госпитализаций пациентов и существенно улучшает качество их жизни.

Методология и методы исследования

Сбор и анализ результатов работы осуществлялась в соответствии с разработанной диссертантом схемой исследования, с использованием современных и адекватных поставленным задачам описательного, клинико-экспериментальных и статистического методов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. У больных с постъязвенным стенозом пилоробульбарной зоны медикаментозная терапия малоэффективна. Эффективность эрадикационной, антисекреторной терапии и применения прокинетики существенно повышается после хирургического устранения стеноза методом дуоденопластики.

2. Важной детерминантой эффективности лекарственной терапии после перенесенной хирургической коррекции стеноза является приверженность к лечению пациентов.

3. На приверженность к лечению больных с ЯБДПК, осложненной стенозом, влияет уровень профессиональной занятости, наличие высшего образования, коморбидность, наличие нежелательных эффектов у принимаемых препаратов, наличие депрессии.

4. Для повышения приверженности к лечению разработана программа "Школа для пациентов с язвенной болезнью», занятия в которой способны снизить количество рецидивов ДЯ и ее осложнений, эффективно повышают уровень информированности, приверженности к лечению и КЖ больных с постъязвенным стенозом пилоробульбарной зоны.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных данных подтверждена большим количеством клинических случаев (1939 пациентов) с применением рекомендованных диагностических и лечебных методов с последующей статистической обработкой полученного материала.

Проведение исследования одобрено Этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Полученные результаты легли в основу практических рекомендаций для медикаментозного лечения пациентов с постъязвенным стенозом пилоробульбарной зоны после проведенной хирургической коррекции стеноза в условиях хирургических и гастроэнтерологического отделений Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевой клинической больницы №2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, а также в условиях хирургических и терапевтических отделений Государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Ключевые положения научной работы изложены в докладе, представленном на научно-практической конференции с международным участием "Басовские чтения: актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии", Москва, февраль 2015 г. Выполнен доклад на научно-практической конференции «Осложненная язвенная болезнь, методы хирургического и медикаментозного лечения, профилактика», г. Краснодар, октябрь 2017 г.

По материалам научной работы опубликовано 12 печатных работ, в том числе 4 статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Основные результаты исследования используются в научно-исследовательской и педагогической работе кафедры хирургии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, кафедры факультетской и госпитальной хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Личный вклад автора

Автором выполнен обзор иностранных и отечественных источников литературы по теме исследования. Автор принимала участие в обследовании и проспективном наблюдении за исследуемыми больными при проведении лекарственной терапии на этапах предоперационной подготовки и послеоперационного наблюдения. Автором проведен сбор первичного материала, а также статистический анализ полученных результатов исследования. Автором написан текст научно-исследовательской работы, а также большинство публикаций по теме исследования.

Структура и объем диссертации

Текст научной работы изложен на 156 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав с описанием методик и результатов исследования, заключения, а также списка литературы (98 - кириллицей и 98 - латиницей). Диссертация содержит 39 рисунков и 27 таблиц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Для выполнения исследования проведено обследование и наблюдение 1896 пациентов с неосложненной формой ЯБДПК, которым проводилось лечение в условиях гастроэнтерологического отделения ГБУЗ ККБ№2 МЗ КК в период с 2007 года по март 2020 года, а также 43 больных с постязвенным стенозом после проведения ДП в условиях хирургических отделений ГБУЗ ККБ№2 МЗ КК и ГБУЗ КК БСМП МЗ КК в период с 2007 г. по 1 полугодие 2014 года. С марта 2020 года наблюдение за пациентами было прекращено в связи с развитием пандемии новой коронавирусной инфекции и реперофилизации стационара ГБУЗ ККБ№2 МЗ КК в качестве инфекционного госпиталя.

Из 43 пациентов, находящихся под наблюдением с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом, 17 (39,5%) имели декомпенсированный, а 26 (60,5%) пациентов - субкомпенсированный стеноз луковицы ДПК.

Срок наблюдения за пациентами составил от полугода до 7 лет. Наблюдение за пациентами осуществлялось в условиях комплекса специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ) ГБУЗ ККБ №2 МЗ КК, что включало в себя: активный вызов больных после проведенной ДП через 3, 6 месяцев, 1, 3, 5 лет, осмотр пациентов, повторное выполнение инструментальных методов диагностики (ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография и рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ), выполнение лабораторных исследований, проведение стандартизованного антисекреторного лечения.

Полученные данные фиксировались в карте стационарного больного, а также в компьютерной базе данных. Перед проведением исследования все больные дали согласие на участие в исследовании в письменной форме.

Для проведения исследования нами применялась анкета "Индекс комплаентности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки". Опросник разработан при участии автора настоящего исследования. В основу легла ситуационно-мотивационная модель формирования приверженности к лечению в медицине. Данный узкоспециализированный опросник рассчитан на совершеннолетних пациентов, используется для оценки комплаентности у пациентов с ЯБДПК. Возможно его применение как в условиях стационара, так и в период диспансерного наблюдения за больными. В опроснике всего 25 вопросов, ответы на которые способны количественно оценить комплаентность. Общий результат складывается из сумм ответов от 0 до 100% на основе разработки интегрального показателя комплаентности (ИПК). Данный показатель демонстрирует стремление и наличие субъективных факторов конкретного пациента для выполнения рекомендаций врача для проведения эффективного лечения ЯБ, снижения риска развития рецидива и осложнений. Чем выше показатель ИПК, тем выше комплаентность пациента.

Для проведения занятий в "Школе для пациентов с язвенной болезнью" мы разработали схему однократного занятия продолжительностью до 2 часов в группе для 10 человек. Обучение проходило в виде лекции с показом слайдов по теме занятия. Занятия проходили на базе терапевтического отделения №2 ГБУЗ КК БСМП МЗКК. Лектором являлся врач-гастроэнтеролог.

Во время лекции в доступной для пациентов форме обсуждались анатомические особенности органов желудочно-кишечного тракта, предикторы развития ЯБ, а также современные диагностические методы, возможные методы хирургической коррекции ЯБ и ее осложнений, современные методы лечения ЯБ (особенности проведения эрадикационной терапии, использование ИПП), лечебное питание, применение минеральных вод вне обострения заболевания, реабилитационные этапы лечения в санаторно-курортных условиях.

Для закрепления полученной информации и возможности повторного ознакомления с материалами лекции больным раздавались брошюры «Памятка для пациентов с язвенной болезнью».

Полученные данные прошли обработку по стандартным методам вариационной статистики. Результаты рассчитаны с использованием таблиц программы Microsoft Office Excel и компьютерной программы STATISTICA 6.0 на стационарном компьютере с процессором Intel Core i5-12400.

Приверженность к лечению оценена у 1896 больных с неосложненным течением ЯБДПК, составивших условно контрольную группу, а также у 43 пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом в возрасте от 21 до 74 лет.

Таблица 1 - Взаимосвязь интегрального показателя комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и течения заболевания

Критерий	Интегральный показатель комплаентности				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
Пациенты с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	25,0	42,4	48,1	50,8	60,1
Пациенты с субкомпенсированным стенозом	24,7	44,0	52,2*	55,2	63,3
Пациенты с декомпенсированным стенозом	24,7	43,8	50,0****	54,9	63,0

Примечания - достоверные отличия от показателей пациентов с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: * - $p < 0,05$; от показателей пациентов с субкомпенсированным стенозом двенадцатиперстной кишки: **** - $p < 0,0001$.

Из представленных в таблице 1 данных видно, что наиболее комплаентны пациенты с ЯБДПК, осложненной субкомпенсированным стенозом. Возможно, это связано с большим осознанием опасности ЯБ и ее осложнений. Учитывая, что среди больных ЯБДПК, осложненной декомпенсированным стенозом, уровень комплаентности гораздо ниже, необходимо воздействовать на положительные предикторы приверженности к лечению у данных пациентов как на этапе стационарного лечения, так и на амбулаторном этапе.

Пациенты с постязвенным стенозом выделены в 2 группы: комплаентные и некомплаентные. В группу комплаентных пациентов вошли 20 человек, соблюдающие рекомендации лечащего врача. В данной группе 7 пациентам проводилась лекарственная терапия в течение полугода, а у 13 пациентов более полугода. Вторая группа (некомплаентные пациенты) составила 23 человека, не выполнявшие рекомендации врача в полной мере.

Проведенный анализ продемонстрировал, что комплаентные пациенты являлись на консультацию к врачу в назначенное время.

Эти больные выполняли рекомендации по обследованию, лечению и соблюдению диеты (Таблица 2).

Таблица 2 – Критерии приверженности к лечению пациентов с постъязвенным стенозом

Критерии	Комплаентные	Некомплаентные
Количество визитов к врачу при диспансерном наблюдении	Более 85%	Менее 85%
Прохождение рекомендованных исследований при диспансерном наблюдении	Более 85%	Менее 85%
Кратность питания	Более 4 раз в сутки	Менее 3 раз в сутки
Погрешности в питании	Менее 1 раза в неделю	Более 2 раз в неделю

Согласно данным таблицы 3, комплаентные пациенты стремились участвовать в лечебном процессе, регулярно получали рецептурные препараты. Данные пациенты реже посещали врача из-за развития субъективного ухудшения самочувствия. Некомплаентные пациенты чаще посещали врача из-за развития симптомов желудочной и кишечной диспепсии, они не выполняли рекомендации по режиму питания, медикаментозную терапию получали нерегулярно.

Таблица 3 – Факторы амбулаторного посещения врача

Факторы	Комплаентные (n=20)	Некомплаентные (n=23)
Стремление участвовать в лечебном процессе	8 (40%)	0 (0%) ****
Необходимость получения рецептурного препарата	4 (20%)	0 (0%) ****
Субъективное ухудшение самочувствия	5 (25%)	12 (52,2%) ***
Развитие симптомов желудочной и кишечной диспепсии	3 (15%)	6 (26,1%) *

Примечания - достоверные отличия от частоты показателей в группе комплаентных пациентов:
* - $p < 0,05$; *** - $p < 0,001$; **** - $p < 0,0001$.

Высокая стоимость рекомендованных препаратов явилась причиной самовольного прерывания лечения у 4 (23,5%) пациентов, кратковременная субъективная нормализация самочувствия у 4 (23,5%) пациентов, низкий уровень информированности о предлагаемом лечении у 4 (23,5%) пациентов, опасения перед использованием некоторых препаратов у 2 (11,8%) пациентов, наличие нежелательных эффектов на фоне приема рекомендованных препаратов у 2 (11,8%) пациентов. 1 (5,9%) пациент указал на забывчивость при приеме рекомендованных препаратов.

Продолжительность в анамнезе ЯБ в обеих группах составила от года до 32

лет, в среднем $13,3 \pm 8,2$. У неприверженных к лечению больных часто встречалось непрерывно рецидивирующее течение (у 4 (17,4%) человек), а в группе приверженных к лечению пациентов только у 1 (5%) пациента.

При проведении сонографического исследования у 16 (80%) комплаентных и у 20 (87%) некомплаентных пациентов были выявлены явления гастродуоденостаза.

При проведении эндоскопического исследования подтверждено, что у неприверженных к лечению пациентов достоверно чаще выявлялись эрозивный эзофагит стадии В и Д по Лос-Анджелесской классификации ($p < 0,05$), эндоскопические признаки ГПОД ($p < 0,05$), дилатация желудка более 1,5 л натошак ($p < 0,05$), эрозивный дуоденит ($p < 0,0001$) (Таблица 4).

При дооперационном эндоскопическом исследовании язвенный дефект обнаружен у 14 (60,9%) некомплаентных пациентов, при этом множественные язвы у 4 (17,4%) пациентов, язва больших размеров у 1 (4,4%) пациента.

Таблица 4 – Эндоскопическая оценка состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов с рубцово-язвенным стенозом, (человек, %)

Показатели		Комплаентные (n=20)	Некомплаентные (n=23)
Количество пациентов (человек, %)		20 (100%)	23 (100%)
Эзофагит (по Лос-Анджелесской классификации)	Стадия А	7 (35%)	7 (30,4%)
	Стадия В	5 (25%)	10 (43,5%)*
	Стадия С	1 (5%)	1 (4,4%)
	Стадия Д	0(0%)	2 (8,7%) *
Признаки ГПОД		3 (15%)	9 (39,1%) *
Недостаточность кардиального сфинктера		20 (100%)	23 (100%)
Дилатация желудка	До 1,5 л натошак	10 (50%)	8 (34,8%) *
	Более 1,5 л натошак	10 (50%)	15 (65,2%) *
Воспалительные изменения СОЖ	поверхностные	14 (70%)	11 (47,8%)
	эрозивные	3 (15%)	6 (26,1%)
	атрофические	3 (15%)	6 (26,1%)
Воспалительные изменения СОДПК		6 (30%)	18 (78,2%)****
Язвенный дефект желудка и/или ДПК		3 (15%)	18 (78,2%) ****
Степень выраженности рубцово-язвенного стеноза	субкомпенсированный	15 (75%)	13(56,5%)
	декомпенсированный	5 (25%)	10 (43,5%) ***

Примечания - достоверные отличия от частоты показателей в группе №1 (К): * - $p < 0,05$; *** - $p < 0,001$; **** - $p < 0,0001$.

Среди неприверженных к лечению больных степень Нр-контаминации СОЖ оказалась гораздо выше ($p < 0,05$).

В дооперационный период пациенты обеих групп были сопоставимы по степени комплаентности. Вероятно, больные соблюдали режим питания, строго принимали все рекомендованные препараты в связи с постоянным контролем медицинского персонала. Также положительную роль играет повышение осознания опасности.

Отмечено увеличение удельного веса приверженных к лечению пациентов после проведенного оперативного вмешательства. Это можно объяснить тем, что развитие осложнений и последующее оперативное лечение повышают осознание пациентом опасности, которую для его жизни представляет заболевание при невыполнении врачебных рекомендаций.

При анализе данных анкетирования выявлено, что большинство пациентов до операции отмечали выраженный болевой синдром (94,6%), в то время как после операции подобные жалобы предъявляли только 8,1% обследованных (все из группы лиц, не приверженных к лечению), причем боли были умеренно выражены. После проведенного оперативного вмешательства достоверно уменьшилось количество пациентов, предъявляющих жалобы на изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту, снижение аппетита, нарушение стула.

За наблюдаемый период после проведенного оперативного лечения в группе некомплаентных пациентов было выявлено 14 случаев рецидива дуоденальной язвы у 11 (47,8%) пациентов (у 8 (72,7%) больных однократно, у 3 (27,3%) – двукратно). ЯБДПК впервые рецидивировала в течение первого года послеоперационного наблюдения у 8 (72,7%) больных, в течение последующих трех лет у трех пациентов (27,3%).

В группе комплаентных пациентов было выявлено 5 случаев рецидива дуоденальной язвы у 4 (20%) больных (у 3 пациентов – однократно, у 1 пациента – двукратно) преимущественно в течение третьего и четвертого годов послеоперационного наблюдения.

После устранения рубцово-язвенного стеноза методом ДП эффективность комплексной медикаментозной терапии существенно повысилась: эффективность эрадикационной терапии 1 линии у комплаентных пациентов достигла 88,2% против 35,3% у некомплаентных, эрадикационной терапии 2 линии - 66,7% против 16,7% в группе некомплаентных лиц; курсовой прием прокинетики устранял симптомы диспепсии у 69,6% и 30% обследованных.

Нами проведен сравнительный анализ количественных социально-экономических показателей и критериев приверженности к лечению больных, находящихся на стационарном лечении в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Краевая клиническая больница №2 Министерства здравоохранения Краснодарского края с неосложненным течением ЯБДПК и пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом после хирургической коррекции.

Произведен анализ приверженности к лечению в корреляции с коморбидными заболеваниями. Больные выделены в две группы. В одну группу (n=721) вошли больные с ЯБДПК без сопутствующей патологии. Пациенты данной группы получали только противоязвенную терапию. Вторую группу (n=1218) составили больные с коморбидной патологией. Пациенты данной группы получали симптоматическое лечение сопутствующих заболеваний. Согласно данным таблицы 5, пациенты с коморбидной патологией имеют более низкий уровень приверженности к лечению.

Таблица 5 - Интегральный показатель комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от коморбидности

Критерий	Интегральный показатель комплаентности				
	Min	V0,25	Me	V0,75	Max
Пациенты без коморбидных состояний (n=721)	24,7	47,6	51,4	54,9	63,3
Коморбидные пациенты (n=1218)	25,0	42,4	48,1**	50,8	60,1

Примечание - достоверные отличия от пациентов без наличия коморбидных состояний: ** - $p < 0,01$.

Согласно данным из рисунка 1, социально-экономические факторы оказывают большее влияние на приверженность к лечению в группе пациентов с рубцово-язвенным стенозом.

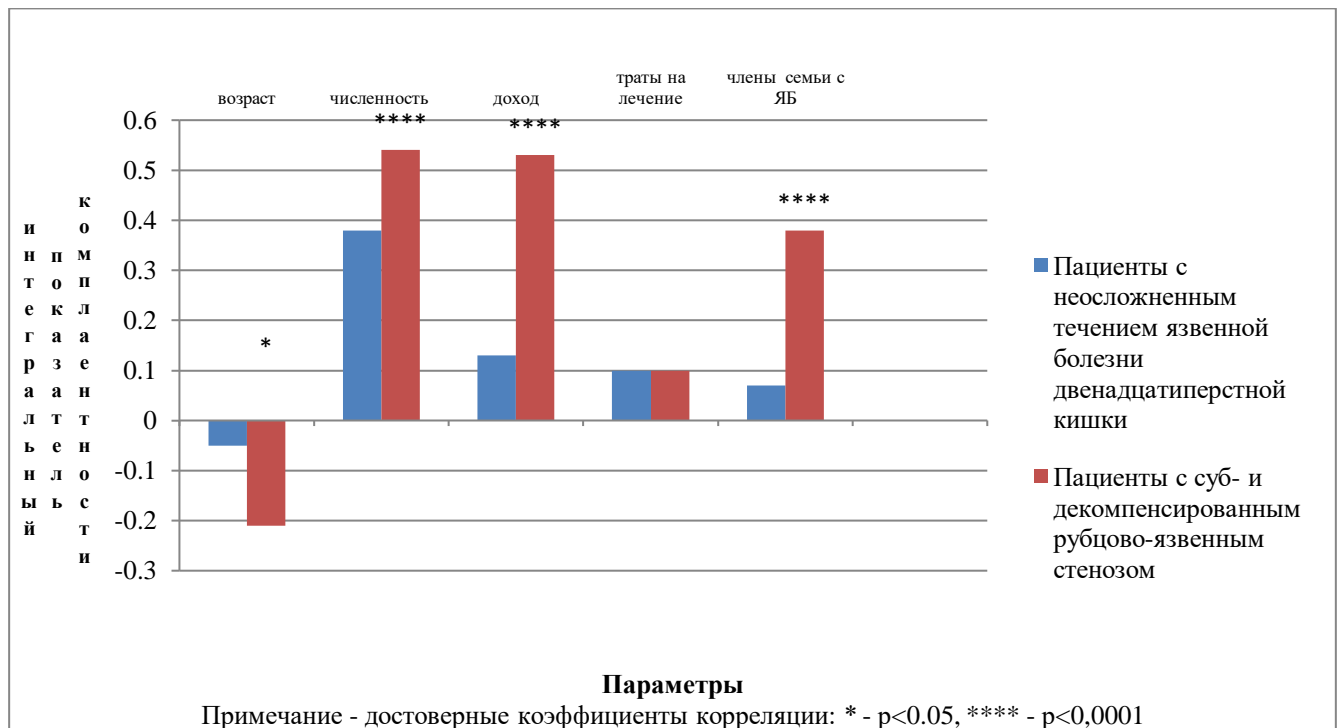


Рисунок 1 - Корреляционная взаимосвязь количественных социально-экономических факторов и интегрального показателя комплаентности пациентов среди пациентов с неосложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и пациентов с рубцово-язвенным стенозом

В качестве метода повышения приверженности к лечению мы использовали "Школу для пациентов с язвенной болезнью», которую посещали 13 (52%) мужчин и 12 (48%) женщин, находящихся на диспансерном учете после оперативного устранения стеноза. Средний возраст больных составил $56,7 \pm 2,4$ лет, длительность язвенного анамнеза – $16,6 \pm 1,3$ лет. На длительной

поддерживающей антисекреторной терапии находились 11 (44%) пациентов, на антисекреторной терапии в режиме «по требованию» (прием препаратов короткими курсами только при появлении жалоб) – 14 (56%) больных.

В течение 2 и 6 месяцев амбулаторного наблюдения за пациентами при проведении ЭФГДС активной ДЯ не обнаружено ни у одного больного. Уменьшилось количество пациентов с выраженными воспалительными изменениями СОЖ и СОДПК: через 2 месяца у 4 (16%) пациентов и через полгода у 5 (20%) больных. Пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом стадии В по Лос-Анджелесской классификации не выявлено.

Проведенный анализ параметров КЖ через 2 месяца после посещения учебного семинара в «Школе для пациентов с язвенной болезнью» выявил достоверное ($p < 0,05$) улучшение КЖ по критериям: РФ, ФА, СА, Б в сравнении с данными, полученными до посещения занятия. В течение полугода после посещения занятия рост параметров КЖ по шкалам РЭ, ОЗ, ПЗ продолжился (рисунок 2).

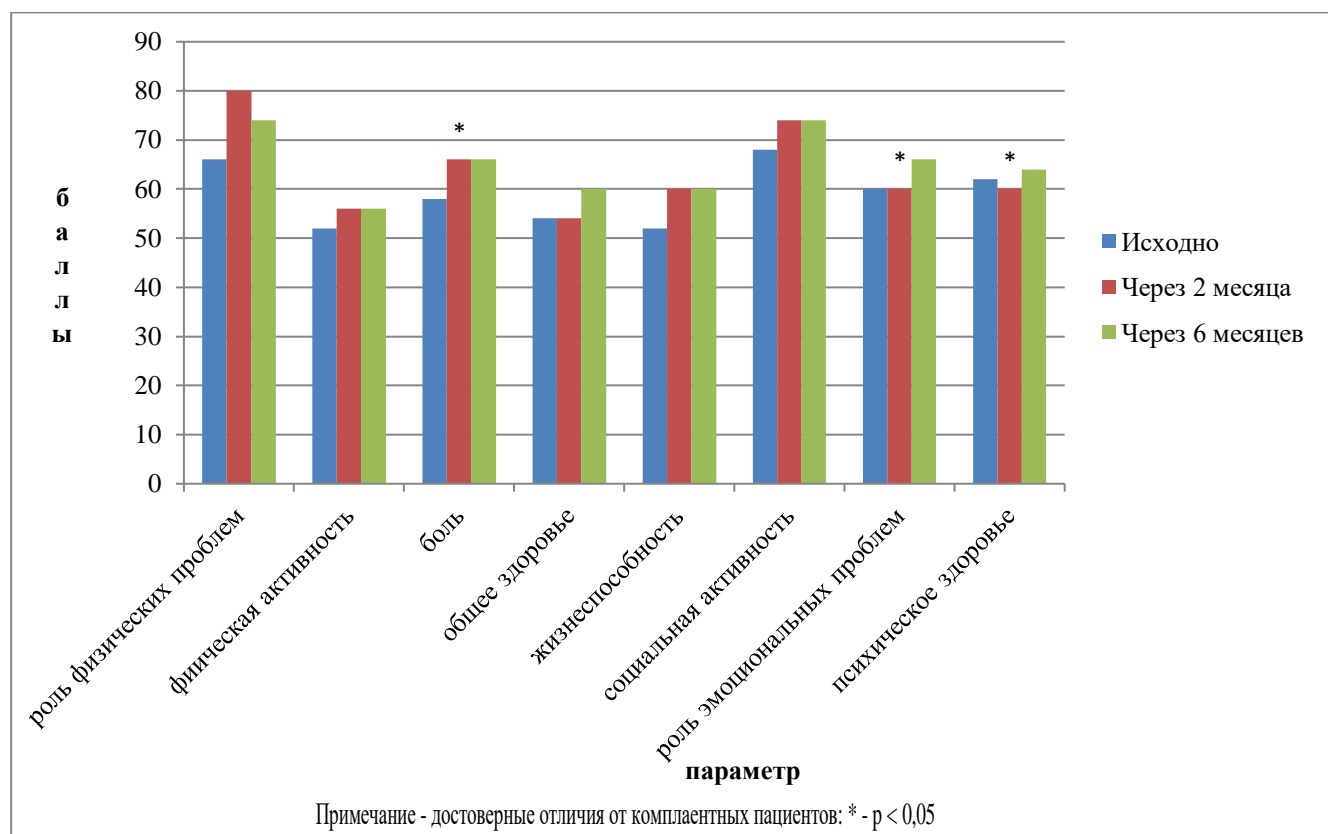


Рисунок 2 - Качество жизни пациентов до и после посещения учебного занятия в "Школе для пациентов с язвенной болезнью"

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на устранение осложнений после проведенной ДП, сохраняются предикторы формирования язвенного дефекта: контаминация слизистой оболочки желудка (СОЖ) и ДПК *H. pylori*, повышенная секреция соляной кислоты и желудочного сока. Именно на эти факторы и необходимо воздействовать при проведении медикаментозного лечения после проведенного оперативного вмешательства.

Проводимые хирургические технологии не уменьшают риск повторного развития осложнений ЯБ, в том числе и кровотечений, в связи с чем необходимо проводить консервативное лечение после проведения хирургического этапа.

До прохождения стационарного лечения всем приверженным к лечению больным проведена антихеликтобактерная терапия на основе ингибитора протонной помпы. Несмотря на это, у 3 (15%) пациентов выявлена ДЯ, что может быть обусловлено снижением результативности при проведении эрадикационной терапии до хирургического устранения постъязвенного стеноза.

В нашем исследовании приверженность к лечению больных ЯБДПК, осложненной стенозом, оценивалась путем заполнения опросника. В анкету включены вопросы, касающиеся режима питания, кратности и количества принимаемых препаратов, длительности приема медикаментов, а также о кратности и необходимостью проведения медицинской консультации в амбулаторных условиях.

Проведенный анализ показал, что между комплаентными и не-комплаентными пациентами, которым была проведена хирургическая коррекция стеноза, получены статистически значимые различия. Среди комплаентных пациентов больше лиц, нуждающихся в консультации врача на амбулаторном этапе наблюдения, что может быть связано с необходимостью проведения динамических исследований, получения недостающей информации о лекарственной терапии. По мере увеличения срока амбулаторного наблюдения среди неприверженных пациентов отмечается уменьшение количества визитов к врачу, что может быть связано с нежеланием участвовать в лечебном процессе.

После заполнения опросника выявлено, что в течение года за консультацией врача по поводу рецидива или развития осложнений ЯБ обратилось 70% из группы неприверженных и 30% из группы приверженных.

У приверженных к лечению лиц в течение 6 месяцев после хирургической коррекции стеноза и проведения стандартной эрадикационной терапии снижена контаминация СОЖ и ДПК *H. pylori*, но затем в течение последующих двух лет наблюдения у большинства пациентов отмечены рецидивы хеликобактерной инфекции. В течение всего срока наблюдения у неприверженных к лечению лиц количество пациентов с выявленной инфекцией *H. pylori* было достоверно выше, чем среди комплаентных.

Немаловажным предиктором эффективности противоязвенного лечения является уровень осознания пациентом опасности ЯБ, приносящей не только физические страдания, но и снижает КЖ, повышает материальные расходы на лечение, приводит к утрате трудоспособности.

Оценка типа отношения к болезни (ТОБ) среди пациентов после проведения ДП выявила увеличение дезадаптивных ТОБ, особенно среди пациентов с длительным течением ЯБ в анамнезе и при наличии послеоперационных осложнений. Среди приверженных к лечению больных в течение всего времени диспансерного наблюдения значительно чаще выявлялись адаптивные ТОБ.

Исследование КЖ является важным предиктором для определения долгосрочной эффективности лечения. В нашем исследовании произведен анализ изменения различных параметров КЖ. Нами оценена трансформация параметров КЖ в различные сроки наблюдения после проведенной хирургической коррекции стеноза у пациентов с ЯБДПК, осложненной стенозом, с помощью опросника MOS-SF-36. При анализе динамики параметров КЖ выяснено, что у приверженных к лечению пациентов до хирургической коррекции стеноза и в раннем послеоперационном периоде (в течение полугода) показатели КЖ значительно снижены в сравнении с пациентами с неосложненным течением ЯБДПК. В течение 24 месяцев наблюдения отмечена тенденция к повышению основных параметров КЖ. К концу первого года наблюдения основные параметры КЖ не отличались от пациентов из условно контрольной группы по шкалам физической и социальной активности, жизнестойкости, к концу второго года – еще и по шкалам боли и общего здоровья.

При дальнейшем наблюдении среди приверженных к лечению лиц выявлено снижение основных параметров КЖ через 3 и 4 года после хирургической коррекции стеноза, что, вероятно связано с развитием рецидива ЯБ в данный период наблюдения. У некомплаентных пациентов снижены основные показатели КЖ. Среди неприверженных к лечению лиц основные параметры качества постепенно снижались: через 48 месяцев амбулаторного наблюдения эти параметры оказались схожи с дооперационными значениями.

Одной из задач настоящего исследования стала разработка и проведение обучения для пациентов с ЯБДПК – «Школа для пациентов с язвенной болезнью». Разработана схема однократного занятия продолжительностью до 2 часов в группе для 10 человек. Обучение проходило в виде лекции с показом слайдов по теме занятия. Лектором являлся врач-гастроэнтеролог. Для закрепления полученной информации и возможности повторного ознакомления с материалами лекции больным раздавались брошюры «Памятка для пациентов с язвенной болезнью». В течение полугода после однократно проведенного занятия, больные чаще амбулаторно являлись на прием к врачу-гастроэнтерологу, при этом подавляющее большинство пациентов отметили, что хотят непосредственно участвовать в лечебном процессе. Абсолютно все больные проходили рекомендованные исследования в полном объеме. Режим питания соблюдал 21 (84%) пациент. Назначенные лекарственные средства в полном объеме получали 19 (76%) человек. 2 пациента (8%) самовольно прекратили прием рекомендованных медикаментов в связи с купированием субъективной симптоматики, 3 (12%) пациента сослались на забывчивость, 1 (4%) пациент указал на дороговизну рекомендуемых препаратов.

Проведенный анализ параметров КЖ через 2 месяца после посещения учебного семинара в «Школе для пациентов с язвенной болезнью» выявил

достоверное улучшение КЖ по основным критериям в сравнении с данными, полученными до посещения занятия. Для сохранения положительного эффекта от проведенного занятия через полгода рекомендовано повторное посещение учебного семинара в «Школе для пациентов с язвенной болезнью».

Одними из методов повышения приверженности к лечению являются: проведение занятий для пациентов в "Школе пациентов с язвенной болезнью" с последующим активным вызовом на плановую консультацию, наблюдение в амбулаторных условиях. Установлено, что низкая приверженность к лечению ведет к диагностическим и лечебным ошибкам, снижению эффективности лечения и нерациональному использованию финансовых ресурсов. Усовершенствование техники проведения дуоденопластики, проведение эрадикационной и антисекреторной терапии позволило избежать повторных оперативных вмешательств в связи с развитием рестенозов.

Нами предложен способ выбора тактики проведения реабилитационных мероприятий среди пациентов с постъязвенным стенозом после хирургической коррекции с учетом степени комплаентности. Данный способ позволяет выработать индивидуализированную тактику послеоперационного ведения больных с постъязвенным стенозом, а также определить лекарственную и/или хирургическую реабилитацию.

Подобный высокодифференцированный подход к каждому пациенту будет способствовать повышению эффективности реабилитационных мероприятий, уменьшению количества рецидивов ДЯ, снижению экономических затрат на лекарственную терапию, уменьшению сроков временной нетрудоспособности, достижению высокого КЖ больных.

Выводы

1. Устранение рубцово-язвенного стеноза методом дуоденопластики способствует восстановлению адекватных анатомических и функциональных взаимосвязей гастро-доденального и панкреато-билиарного комплексов, что приводит к трансформации течения заболевания: болевой синдром купирован у 75% комплаентных пациентов, когда в группе некомплаентных лишь у 47,8% ($p < 0,001$), при использовании схем первой линии эрадикация достигалась у 88,2% приверженных к лечению лиц против 35,3% неприверженных к лечению пациентов ($p < 0,0001$), достигнут эффект от прокинетической терапии у 95% пациентов обеих групп.

2. На приверженность к лечению больных с ЯБДПК, осложненной стенозом, влияет уровень профессиональной занятости, наличие высшего образования, коморбидность, наличие нежелательных эффектов у принимаемых препаратов, наличие депрессии. Низкая приверженность пациентов к лечению ассоциирована с агрессивным течением заболевания в послеоперационном периоде: среди неприверженных к лечению лиц выявлено 14 случаев рецидива дуоденальной язвы у 47,8% пациентов (у 72,7% больных однократно, у 27,3% – двукратно, $p < 0,05$). Впервые рецидив дуоденальной язвы в течение первого года послеоперационного наблюдения выявлен у 72,7% неприверженных к лечению больных, в течение последующих трех лет у 27,3% пациентов данной группы

($p < 0,05$). Симптомы желудочной и кишечной диспепсии отмечены у 95% пациентов ($p < 0,05$).

3. Методами повышения приверженности пациентов к лечению являются: проведение занятий в "Школе пациентов с язвенной болезнью" с последующим активным вызовом больных для проведения плановых осмотров и консультаций с выдачей письменных рекомендаций, контакт с пациентом по телефону, диспансерное наблюдение, изменение образа жизни. В течение 6 месяцев наблюдения после проведения учебного семинара в «Школе для пациентов с язвенной болезнью» отсутствовали рецидивы дуоденальной язвы ($p < 0,05$), реже диагностировано эрозивное воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (до посещения занятий у 52% больных – эрозивный гастрит/дуоденит, у 24% человек – эрозивный эзофагит, после проведения занятий эрозивное воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено у 16% и 20% человек соответственно ($p < 0,05$), не выявлено пациентов с эрозивным эзофагитом ($p < 0,05$).

4. Предоперационная подготовка в группе комплаентных пациентов занимала в среднем 5,9 дней против 9,2 дня в группе некомплаентных больных ($p < 0,001$). У неприверженных больных сроки послеоперационного наблюдения в среднем составили 11,5 дней, у приверженных - в среднем 7,2 дня ($p < 0,001$). Комплексное лечение лиц с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, на основе повышения приверженности к лечению, повысило качество жизни у 88% пациентов ($p < 0,05$), снизилась частота рецидивов дуоденальной язвы (в группе приверженных к лечению пациентов зафиксировано 5 случаев рецидива дуоденальной язвы) преимущественно в течение третьего и четвертого годов послеоперационного наблюдения, повысилась эффективность эрадикационной терапии (при применении схем 1 линии эффект получен среди 88,2% приверженных к лечению пациентов против 35,3% неприверженных к лечению лиц ($p < 0,0001$), а при использовании схем второй линии – у 66,7% приверженных к лечению человек против 16,7% неприверженных к лечению пациентов ($p < 0,05$).

Рекомендации

1. В связи с эффективностью проведения эрадикационной антисекреторной до хирургического устранения стеноза среди пациентов с постязвенным стенозом больным этой группы необходимо своевременно выставлять показания оперативному и проводить адекватную предоперационную подготовку.

2. В - и периодах качестве терапии стандартные 1 и 2 линии, рекомендованные Маастрихтским соглашением и Национальными клиническими рекомендациями (2018).

3. В качестве метода приверженности к целесообразно проводить занятия для в " пациентов язвенной " с последующим динамическим наблюдением, активным вызовом для плановых и консультаций, раздачей методических материалов.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования

Заслуживают дальнейшей разработки полученные данные о необходимости проведения тщательной предоперационной подготовки пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. Разработка и внедрение алгоритма ведения пациентов с рубцово-язвенным стенозом как в плане лечения в стационарных условиях, так и на диспансерном этапе для динамического индивидуализированного ведения будет способствовать повышению качества их жизни, снижению экономических затрат и уровня инвалидизации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Сердюк, А. А. Клинические варианты течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, после дуоденопластики./А. А. Сердюк// **Вестник хирургической гастроэнтерологии**, приложение к журналу. - 2014.-С. 52-53.
2. Стандарты оказания специализированной помощи больным с субкомпенсированными и декомпенсированными дуоденальными стенозами": Учебно-методическое пособие для интернов, ординаторов, врачей различных специальностей. - Краснодар, КубГМУ. - 2016. - 58с.
3. Корочанская, Н. В. Опросник "Индекс комплаентности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки". /Н. В. Корочанская, А. А. Сердюк// **Электронное периодическое издание "Научный вестник здравоохранения Кубани"**. - 2015 -. номер 42(6).
4. Дурлештер, В. М. Оценка факторов комплаентности у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. / В. М. Дурлештер, Н. В. Корочанская, А. А. Сердюк// **Вестник хирургической гастроэнтерологии**. - 2016. - №4. - С. 37-44.
5. Сердюк, А. А. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших дуоденопластику по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом /А. А. Сердюк// **Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием "Басовские чтения": актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии**. - 2015. - С. 168-176.
6. Дурлештер, В. М. Школа для пациентов как метод повышения комплаентности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом/ В. М. Дурлештер, Н. В. Корочанская, А. А. Сердюк// **Вестник хирургической гастроэнтерологии**. - 2015. - №1-2. - С. 64- 69.
7. Дурлештер, В. М. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших дуоденопластику по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом / В. М. Дурлештер, Н. В. Корочанская, М. Т. Дидигов, А. А. Сердюк// **Вестник хирургической гастроэнтерологии**. - 2015. - №1-2. - С.

- 57-64.
8. Корочанская Н. В. Особенности ведения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом до и после дуоденопластики. /Корочанская Н. В., Дурлештер В. М., Сердюк А. А. // **Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.** Приложение №50. Материалы Двадцать третьей Объединенной Российской Гастроэнтерологической Недели. - 2017. - №5, том 27, с. 20.
 9. Дурлештер, В. М. Эндоскопическая оценка состояния гастродуоденального комплекса у пациентов после хирургической коррекции рубцово-язвенного стеноза. /Дурлештер В. М., Корочанская Н. В., Сердюк А. А.// **Вестник хирургической гастроэнтерологии.** - 2018. - №2. - С. 14-15.
 10. Дурлештер, В. М. Оценка параметров качества жизни у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, до и после перенесенной дуоденопластики. /Дурлештер В. М., Корочанская Н. В., Сердюк А. А., Басенко М. А.// **Вестник хирургической гастроэнтерологии.** - 2017. - №4. - С. 38-42.
 11. Корочанская, Н. В. Оценка факторов комплаентности у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. /Корочанская Н. В., Дурлештер В. М., Сердюк А. А., Басенко М. А.// **Кубанский научный медицинский вестник.** 2018. №4. С. 55-60.
 12. Корочанская Н.В. Оценка психо-эмоционального статуса у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Сердюк А.А. **Электронная версия журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология».** <http://nogr.org/index.php/journal>. №09 2019.

Список сокращений и условных обозначений

ДПК	двенадцатиперстная кишка
ДП	дуоденопластика
ДЯ	дуоденальная язва
ИПК	интегральный показатель комплаентности
КЖ	качество жизни
СОЖ	слизистая оболочка желудка
ТОБ	тип отношения к болезни
ЯБ	язвенная болезнь
ЯБДПК	язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>