



Реабилитация больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы

С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлёв, К.М. Кадилов

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина;

Тамбовский медицинский институт, Россия

Проанализированы результаты лечения и послеоперационной реабилитации 230 больных. Больные были разделены на две группы - 115 больных без санаторно-курортного периода, и 115 больных прошедших санаторно-курортное лечение. Медикаментозное лечение проводилось с учетом суточной рН-метрии. Показана роль санаторно-курортного этапа лечения в реабилитации больных, проанализированы отдельные факторы данного периода. Доказана такая важная составляющая реабилитационного периода при санаторно-курортном лечении, как Липецкая минеральная вода. В данной работе наглядно показано, что этапная реабилитация больных перенёсших ушивание ПГДЯ способствует увеличению периода ремиссии язвенной болезни, и, как следствие, повышение качества жизни. Этапная реабилитация с учётом медикаментозной терапии на основании суточной рН-метрии должна стать обязательной в послеоперационном периоде данной категории пациентов.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, ремиссия язвенной болезни, санаторно-курортное лечение, послеоперационная реабилитация

АКТУАЛЬНОСТЬ. Количество больных перенёсших оперативное лечение по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы (ПГДЯ) из года в год не уменьшается и остаётся на стабильно высоком уровне. Только по Липецкой области ежегодно выполняется до 240 операций по поводу осложнённых форм язвенной болезни. По данным разных авторов после ушивания ПГДЯ рецидив ЯБ развивается у 20-60% больных, у 15-30% из них рецидив сопровождается повторной перфорацией, кровотечением или развитием пилоростеноза. Подобная тенденция характерна не только для РФ, но и для стран ближнего и дальнего зарубежья [1-5]. В связи с чем послеоперационная реабилитация больных, перенёсших ушивание ПГДЯ, является важным звеном лечения, направленным на повышение качества жизни больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка эффективности реабилитации больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях санаторно-курортного этапа лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Проведён анализ результатов лечения двух групп больных после лапароскопического ушивания ПГДЯ. Отдалённый результат прослежен через 2-10 лет после оперативного лечения. 1-я группа – 115 больных без санаторно-курортного

лечения, 2-я группа - 115 больных, прошедших полный курс реабилитации – с санаторно-курортным этапом и проведением суточной рН-метрии. Реабилитацию пациентов 2-й группы проводили поэтапно: в стационаре, санатории, поликлинике. В зависимости от степени восстановительного лечения внимание, в той или иной степени, акцентировали на медикаментозном лечении, диетотерапии, психотерапии, ЛФК, физиолечении, курортных методах. Медикаментозное лечение осуществляли с учётом проведения суточной рН-метрии "Гастроскан-24" и индивидуальным подбором лекарственных препаратов.

При оценке эффективности санаторной реабилитации применялась бальная система, предложенная Г.В.Поповой, А.Н.Стороженко (Воронеж, 2004г.). Использовались клинические, соматометрические и функциональные критерии. При изучении отдалённых результатов придерживались стандартных правил, больные проходили традиционный объём обследования. Систематизировал полученные данные и проводил оценку состояния больного один и тот же врач. Оценивался кроме объективных критериев рецидива язвы, критерий уровня качества жизни по методикам Д. Авдеева, Х. Пезешкиан (1993), Н.Н.Крылова (1997г.) и анкете The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), выделяющей три основных компонента качества жизни - психоло-



гический, социологический, и медицинский статус: функциональная способность, восприятие, симптомы заболевания и последствия их проявления.

На санаторном этапе реабилитации, кроме медикаментозного лечения использовалась Липецкая минеральная вода, которая относится к хлоридно-сульфатно-натриевому классу слабощелочных с общей минерализацией 3,5-4,5 г/дм³.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Проведены исследования секреции желудочного сока у больных на фоне приёма Липецкой минеральной воды. Суточная рН-метрия проведена у всех 115 больных 1-й группы, во 2-й группе рН-метрия также была проведена у 100% больных. В 1-й группе антисекреторная терапия назначалась по стандартным схемам, прописанным в стандартах лечения. Во 2-й группе назначение антисекреторных препаратов проводилось под контролем суточной рН-метрии с индивидуальным подбором лекарств.

После однократного приёма Липецкой минеральной воды тенденция к увеличению кислотопродукции обнаружена к 30 минуте исследования. В последующие сроки, через 45 и 60 минут, произошло уменьшение кислотопродукции до 79 и 90%. Было определено суммарное выделение за час желудочного сока и его компонентов после стимуляции Липецкой минеральной водой. Выявлено уменьшение количества желудочного сока и объёма щелочного компонента

в пределах 30%. Тогда как сокращение кислотопродукции было недостоверным. При стабилизации сокоотделения в желудке во время фазы базальной секреции достоверные различия в объёмах желудочного сока и его компонентов со стимулированной секрецией отсутствовали (табл.1).

Полученные данные можно объяснить стимулированием перистальтики и ускоренной эвакуацией из желудка при приёме Липецкой минеральной воды. При рентгенологических исследованиях барием, разведённым Липецкой минеральной водой, достоверно определяли ускорение эвакуации из желудка и ускоренный пассаж по кишечнику, что клинически проявлялось исчезновением запоров у больных язвенной болезнью. Также при проведении исследований базальной рН путём круглосуточной рН-метрии выявили ощелачивающий период при приёме 150 мл негазированной Липецкой минеральной воды, повышение рН после стабилизации достоверно не наблюдали (рис.).

Таким образом, к лечебным эффектам Липецкой минеральной воды можно отнести её ощелачивающее действие на первом 15-20 - минутном этапе после приёма. Не менее важно уменьшение количества желудочного сока на 45-60 минутах исследования и ускорение эвакуации из желудка, обусловленное электролитным составом Липецкой минеральной воды (табл.2).

ТАБЛИЦА 1. ДЕБИТ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ (ММОЛЬ) ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ЛИПЕЦКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Стимулятор желудочной секреции	Стимулированная секреция			
	15 минут	30 минут	45 минут	60 минут
Липецкая минеральная вода	0,19 ± 0,02	0,24 ± 0,04	0,15 ± 0,03	0,17 ± 0,03

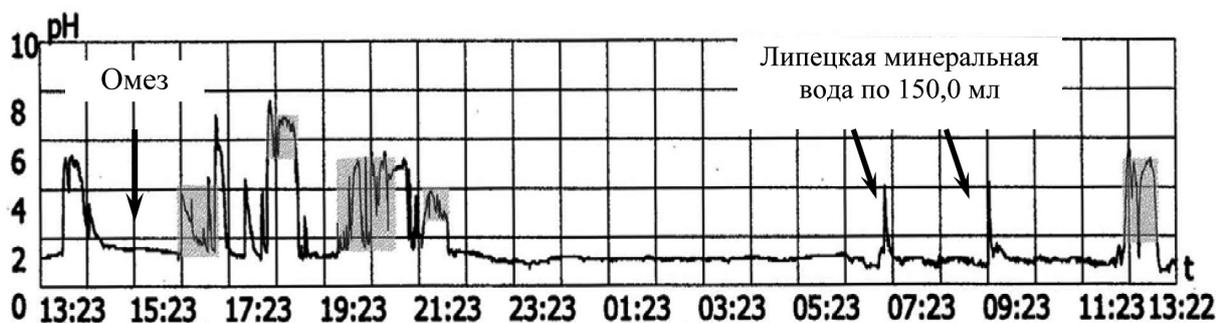


РИС. СУТОЧНАЯ рН-МЕТРИЯ БОЛЬНОГО Г. ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДПК



ТАБЛИЦА 2. ОБЪЁМ ЩЕЛОЧНОГО КОМПОНЕНТА (МЛ.) ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ЛИПЕЦКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Стимулятор желудочной секреции	Стимулированная секреция			
	15 минут	30 минут	45 минут	60 минут
Липецкая минеральная вода	12,0 ± 2,01	7,5 ± 1,36	8,2 ± 1,15	7,1 ± 1,03

Другим восстановительным природным фактором является лечебная грязь. Грязелечение оказывает противовоспалительное действие, улучшает обмен веществ, изменяет реактивность организма, его иммунобиологические свойства. Лечебная грязь оказывает благотворное действие на метаболизм и биоэнергетические процессы в организме, усиливает микроциркуляцию слизистой оболочки желудка и печени, улучшает моторику желудка, стимулирует репаративные процессы слизистой гастродуоденальной зоны.

Одним из наиболее доступных методов восстановительного лечения является диетотерапия. Была разработана этапная диетотерапия, важной составляющей которой является Липецкая минеральная вода. На первом этапе диетотерапии (первые 7-12 дней) – этапе приспособления, больные получают дробно уменьшенный объём плотной и жидкой части рациона. На втором этапе – этапе клинического улучшения (с 7-12 дня), кратность приёма пищи уменьшается с 6 до 4 раз, расширяется набор продуктов. Следующий третий этап – этап стабилизации метаболических реакций (с 3-4 недели), больной получает рекомендации для организации домашнего питания. Раннее лечебное питание является донатором пластического материала для клеток, переживающих адаптационно-компенсаторные изменения на стадии послеоперационной реабилитации, удовлетворенная потребность в белках, рекомендуемая по формуле Лоренца, позволяет уменьшить катаболизм в клетках.

На высоте диспепсии приём воды назначается небольшими порциями: по 100-150 мл, до 6-8 раз в сутки. При стихании диспепсических явлений минеральную воду больные принимают за 60 минут до еды по 200-250 мл.

Семидневное меню отвечает целям корреляции этапов диеты, фазам компенсаторно-адаптивных периодов ЖКТ у больных после операции, учитывает влияние химического состава рациона на трофологический статус больных и лабораторные показатели.

Индивидуальный подбор антисекреторных препаратов ускоряет репаративные процессы и позволяет значительно продлить период ремиссии.

У всех пациентов, получивших полностью весь объём реабилитационного лечения, к концу первого этапа реабилитации, полностью исчезли болезненные ощущения, уменьшились или полностью купировались диспепсические расстройства. Повышение аппетита наступало после 10-12 дней диетотерапии, нормализация стула происходила в конце первой недели пребывания в санатории. При проведении лабораторных исследований крови и кала отмечалась явная положительная динамика. Качество жизни больных по приведённым критериям было достоверно выше.

В 1-й группе больных – без санаторно-курортного этапа, в отмеченные сроки наблюдения рецидив язвенной болезни отмечен у 20 больных, что составляет 17,3%. Во 2-й группе больных рецидив отмечен у 5 (4,3%) больных.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, этапная реабилитация больных после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы способствует улучшению ближайших и отдалённых результатов оперативного лечения, более быстрому восстановлению трудоспособности, снижает количество рецидивов язвенной болезни после ушивания перфоративной язвы. Повышает качество жизни. Суточная рН-метрия с индивидуальным подбором антисекреторной терапии должна быть включена в МЭС лечения и реабилитации больных после оперативного лечения язвенной болезни. Санаторно-курортный этап послеоперационной реабилитации должен быть обязательным в программе восстановительного лечения больных после ушивания прободной пилородуоденальной язвы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы ДПК / С.А.Афендулов [и др.]// - Хирургия. -2002. -№4.- С.34-37
2. Корочанская Н.В. Принципы поэтапной реабилитации больных перенёсших органосохраняющие операции по поводу осложнённой язвенной болезни ДПК: дис...д-ра мед.наук/ Н.В. Корочанская. -Краснодар, 1999
3. Оноприев В.И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.И. Оноприев [и др.]// -Краснодар. -2001. -176 с.
4. Лазебник Л.Б. Терапия кислотозависимых заболеваний / Л.Б.Лазебник [и др.]// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2003,- №4. -С. 3-21
5. Леонова М.В. H2-блокаторы в гастроэнтерологической практике: методические рекомендации/ М.В.Леонова, Ю.Б. Белоусов. -М., 1996

Summary

Rehabilitation of patients after suturing of perforated gastroduodenal ulcers

S.A. Afendulov, G.U. Zhuravlev, K.M. Kadirov

Rehabilitation of patients undergoing to suturing of PGDU is an important part of treatment aimed at improving the quality of life. Results of treatment and postoperative rehabilitation of 230 patients were analyzed. Patients were divided into two groups -115 patients without sanatoria and health resort , and 115 patients have passed a sanatoria treatment. Medical treatment was carried out taking into account the daily pH-metry. The role of the sanatorium stage of treatment in the rehabilitation of patients was shown and analyzed some factors of that period. Proved such an important component of the rehabilitation period for sanatorium treatment, as Lipetsk mineral water. This paper demonstrates that stage care rehabilitation patients undergoing to closure PGDU increases the period of remission of ulcer disease, and as a consequence of improving the quality of life. Stage care rehabilitation based drug therapy on the basis of daily pH-metry should be mandatory in the postoperative period of these patients.

Key words: perforated gastroduodenal ulcer, peptic ulcer disease in remission, a sanatoria and health resort treatment, post-operative rehabilitation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.А. Афендулов - заведующий кафедрой общей хирургии ТГУ им. Г.Р. Державина; Россия, г.Липецк, ул. Доватора, д. 4-52 тел. 8(4742)37-87-31