

На правах рукописи

**Хабирова Алиана Наилевна**

**Клинико-функциональное обоснование лечения, реабилитации, профилактики обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц трудоспособного возраста в условиях дневного стационара поликлиники**

14.00.05. – внутренние болезни

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Уфа - 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
Крюкова Антонина Яковлевна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

Бакиров Ахат Бариевич

доктор медицинских наук, профессор

Фазлыева Раиса Мугатасимовна

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ижевская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «        » декабря 2008 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.03 в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 450000, г. Уфа-центр, Ленина,3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан «        » ноября 2008 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор

Мирсаева Г.Х

## Общая характеристика работы

**Актуальность исследования.** Язвенная болезнь, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этиологии, патогенезу и лечению, накопленный клинический опыт, продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии (Л.И. Аруин и соавт., 1998; Н.А. Майстренко и соавт., 2000). На сегодняшний день ею страдают 10-15% населения земного шара, а в России около 3 миллионов человек (Л.И. Аруин и соавт., 1998; Е.С. Рысс и соавт., 1998; П.Я. Григорьев и соавт., 2001). Заболеваемость язвенной болезнью постоянно растет. Так, за последнее 10 лет, число пациентов с указанной патологией по России увеличилось на 8,3% (С.В. Петров и соавт., 2004). Ежегодно на диспансерном наблюдении находится более 1 миллиона больных язвенной болезнью, из них каждый второй проходит стационарное лечение. Язвенная болезнь является основной причиной кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (А.Ю. Барановский, 2006; G.O. Kenfe et al., 2001), а показатели летальности при этом осложнении составляют 10% (Т.Л. Лапина, 2001). По данным И.И. Гончарик (2002) язвенная болезнь занимает 1% среди причин смерти взрослого населения.

Несмотря на успехи фармакологии и пристальное внимание исследователей к вопросам патогенеза язвенной болезни в привычном свете соотношений факторов агрессии и защиты, у значительной части больных не удается достичь стойкой ремиссии или предупредить развитие осложнений (П.Я. Григорьев, 2001; В.Т. Ивашкин, 2006). Известно, что консервативная терапия требует длительных усилий, а осложнения отмечаются у 10 -20% пациентов (Л.И. Назаренко, 2006).

Значительная распространенность среди трудоспособного населения, склонность к затяжному течению и рецидивированию, развитию тяжелых осложнений, приводящих к длительным срокам временной нетрудоспособности, ранней инвалидизации и преждевременной смертности больных обуславливает не только медицинскую, но и большую социальную значимость язвенной болезни (О.И. Карпов, 2001; Г.И. Королев, 2006).

Поиск резервов повышения эффективности системы здравоохранения, разработка новых подходов к управлению, совершенствование системы планирования отдельных видов медицинской помощи и организационно-методическое обеспечение рациональной работы медицинских учреждений является приоритетными направлениями научного поиска в современных условиях (О.П. Щепин и соавт., 2000; И.В. Стародубов и соавт., 2000).

Значительная распространенность язвенной болезни, ее склонность к рецидивирующему течению, которое приводит к длительной

нетрудоспособности, а иногда и инвалидности и определило выбор настоящего исследования, а повышение эффективности оказываемой больным специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи приобретает особую актуальность.

**Цель исследования:** разработать показания к лечению, восстановлению трудоспособности, реабилитации, профилактике обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц трудоспособного возраста в условиях дневного стационара поликлиники с учетом клинико-функциональных, морфологических особенностей заболевания.

Для достижения цели поставлены следующие **задачи:**

1. Исследовать значимые факторы риска, клинико-функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью в стадии обострения.
2. Изучить морфо-гистологические особенности состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, степень колонизации Нр.
3. Разработать показания и противопоказания к лечению, комплекс методов восстановления трудоспособности больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники.
4. На основании полученных результатов разработать дифференцированный подход к профилактике обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, восстановительному лечению, реабилитации с использованием специализированной «гастро-школы» для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения в условиях дневного стационара поликлиники.

**Научная новизна.** Впервые разработаны клинико-функциональные показания к лечению, реабилитации, профилактике обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки лиц трудоспособного возраста в условиях дневного стационара поликлиники.

Внедрение разработанной методики позволило расширить комплекс мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях амбулаторно-поликлинической службы.

Предложенные методы дифференцированного подхода к восстановительному лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, позволили использовать дневной стационар поликлиники, как для ранней диагностики на основе скрининга значимых факторов риска, так и для профилактики обострения данного заболевания.

Впервые разработаны методические подходы к первичной профилактике (диагностика значимых факторов риска), вторичной профилактике (в виде образовательных программ с целью предупреждения обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки).

Организована специализированная «гастро-школа» для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с внедрением программы «Антистресс», направленных на профилактику обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

### **Практическая значимость**

В результате проведенных исследований разработаны показания к лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники. Клинические проявления: болевой, диспептический синдромы легкой, умеренной степени; функциональные характеристики: умеренно выраженные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки; морфологический статус: глубина язвенного дефекта не более 0,5 см; диаметр язвенного дефекта до 1,0 см; слабая и средняя степень обсемененности НР; отсутствие осложнений являются показанием для лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники.

Анализ проведенных исследований позволяет рекомендовать участковым терапевтам, лечащим врачам активно использовать дневной стационар поликлиники с целью восстановления трудоспособности, проведения дифференцированного с индивидуальным объемом мероприятий по первичной, вторичной, третичной профилактике язвенной болезни в условиях дневного стационара поликлиники.

Внедрение разработанной методики позволяет расширить и улучшить оказание специализированной гастроэнтерологической помощи больным данного профиля в условиях поликлиники.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Степень выраженности клинико-функциональных, морфологических проявлений гастродуоденальной системы зависят от локализации патологического процесса, длительности течения заболевания, сочетаний факторов риска и служат основанием для решения вопроса о лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники.
2. Рационально разработанные методические подходы к лечению, реабилитации, профилактике обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц трудоспособного возраста, позволяет

эффективно использовать дневной стационар для специализированной медицинской помощи в условиях поликлиники.

3. Дневной стационар поликлиники целесообразно использовать в ранней диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, для проведения мероприятий по первичной, вторичной, третичной профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

#### **Апробация работы**

Основные положения диссертации доложены на 8-ом международном Славяно-Балтийском научном форуме «Санкт-Петербург-Гастро-2006» (г. Санкт-Петербург, 17-19 мая 2006 года); республиканской научно – практической конференции «Актуальные вопросы современной фитотерапии» (г. Уфа, 18-19 сентября 2006 год); 6-ой конференции гастроэнтерологов Южного Федерального округа (г. Ессентуки, 26-27 апреля 2007 года); республиканских и городских конференциях гастроэнтерологов в 2006, 2007, 2008 г.г.; на заседаниях кафедры поликлинической терапии БГМУ; заседание проблемной комиссии «Внутренние болезни» ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» 27.06.2007 г.

**Внедрение результатов в практику.** Полученные результаты проведенного исследования внедрены в практическую деятельность терапевтических отделений, дневных стационаров поликлиник №15, 43, 1, 50, 46 г. Уфы, учебный процесс БГМУ (кафедра поликлинической терапии).

**Публикации.** По материалам диссертационного исследования опубликовано 10 работ, в т.ч. 3 в изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией.

**Объем и структура диссертации:** диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения и списка использованной литературы, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 11 рисунками. Список использованной литературы включает 244 работы, в том числе иностранные - 82.

#### **Материалы и методы исследования**

Работа основана на результатах комплексного обследования 166 больных трудоспособного возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которым при обострении было проведено лечение в дневном стационаре поликлиники №15 г. Уфы в период с 2002 – 2005 годы. Контрольную группу составили больные язвенной болезнью

желудка и двенадцатиперстной кишки, которым в период обострения проводилось амбулаторное лечение, без госпитализации в дневной стационар поликлиники.

Программа исследования состояла из 3 этапов.

Первый этап - скрининговое исследование 493 больных, из которых были отобраны 166 лиц основной группы и 30 -контрольной группы в возрасте 20-55 лет. В основную группу вошли 62 больных с язвенным поражением желудка и 104 больных с язвенным поражением двенадцатиперстной кишки, контрольная группа-15 больных с ЯБЖ и 15 с ЯБДПК. С целью выявления основных факторов риска, углубленного изучения анамнеза и особенностей клинической симптоматики, нами была использована специально скрининг-анкета, включающая в себя следующие разделы: паспортная часть, скрининг факторов риска, клиническое обследование, а также раздел специализированных исследований. Особое внимание уделяли подробному исследованию значимых факторов риска, которые были разделены в соответствии с классификацией на инфекционный, профессиональный, социальный, наследственный, травматический, эпидемиологический, аллергический.

На втором этапе было проведено общеклиническое, специальное лабораторно- инструментальное обследование исследуемых лиц с регистрацией полученных данных в соответствующих разделах карты.

Третий этап- проведение анализа полученных результатов с использованием методов статистики. На основании полученных результатов разработаны методические подходы к проведению профилактических и лечебных мероприятий среди лиц трудоспособного возраста. Дизайн исследования представлен на рис.1.

Согласно поставленным целям и задачам исследований нами проведен тщательный анализ значимых факторов риска, способствующих формированию изучаемой патологии. С целью выделения ведущих факторов, при проведении исследований обращалось внимание на возраст, так как сочетание факторов у лиц 20 летнего возраста и 30-40 летнего и тем более поздних возрастов значительно отличались. Особое внимание уделялось выяснению индивидуальных психологических особенностей, отношении каждого исследуемого к собственному здоровью, уровню воспитания, гигиенической грамотности, эмоциональной сфере, отношению к болезни, к наблюдению, психологического микроклимата в семье и производственном коллективе, которые фиксировались в анкетах.

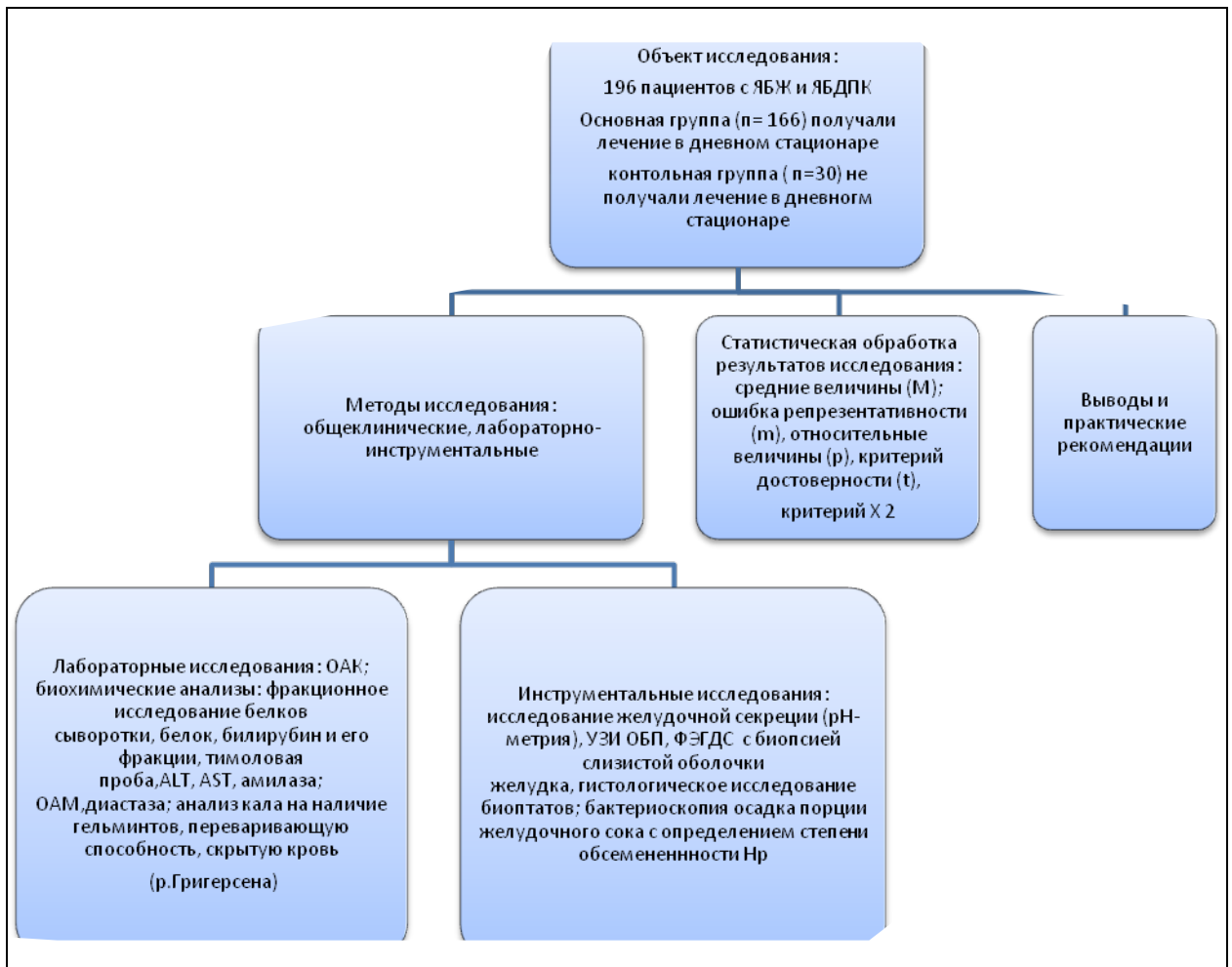


Рис.1 Дизайн исследования

Скрининг исследование проводили методом интервью, уделяли внимание особенностям профессионального фактора, посменной работе, удовлетворенность работой, а также стрессовым ситуациям в процессе трудовой деятельности.

Генетический анализ изучался подробным расспросом о наличии заболеваний желудка, язвенной болезни у близких родственников. Наследственность рассматривалась как отягощенная по ЯБ при наличии таковой хотя бы у одного из родителей. Учитывался конституционный фактор.

Аллергологические факторы выявлялись путем опроса специального анамнеза, с особым вниманием к пищевым и медикаментозным аллергенам. При необходимости прибегали к консультациям специалиста.

При изучении социального фактора, детально проанализированы нарушение питания, вредные привычки.

Инфекционный фактор изучен бактериоскопическим методом.

Изучена распространенность сопутствующих заболеваний органов пищеварения среди обследованных лиц.



Проанализированы перенесенные заболевания среди исследуемого контингента (перенесенные черепно-мозговые травмы, пищевые отравления).

Подробное индивидуальное изучение значимых факторов риска, последующая группировка с динамическим наблюдением, позволили решить главную задачу по диспансеризации, реабилитации, выработке индивидуального (рационального) плана ведения здорового человека с факторами риска и больного.

При обследовании больных, помимо анамнестических и физикальных данных, использованы современные лабораторно-инструментальные методы исследования. У всех обследуемых проводилось ультразвуковое сканирование печени, желчного пузыря и поджелудочной железы с помощью ультразвукового сканера фирмы «Медисон» в режиме реального времени.

Эндоскопическое исследование заключалось в проведении всем больным фиброэзофагогастродуоденоскопии. ФЭГДС проводилось под местным обезболиванием по общепринятой методике гибким волоконным фиброэндоскопом «OLYMPUS» (Япония). Исследовались локализация, размеры, количество, тип (характер) язв, выраженность воспалительных изменений, состояние слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Градация размеров язвенного дефекта проводилась по классификации А.Л. Гребенева и А.А. Шептулина (1995). Малыми считали язвы до 0,5 см, небольшими или средними – от 0,6 до 1,9 см, большими – от 2,0 до 3,0 см, гигантскими – более 3,0 см.

Во время эндоскопии осуществлялась биопсия желудка (биоптат с антрального отдела) и двенадцатиперстной кишки (биоптат с луковицы). Нами была использована бактериоскопия осадка порции желудочного сока, полученного натощак. Порцию желудочного сока центрифугировали при 3-4 тыс. оборотов в минуту, в течение 30-40 минут, из осадка готовили препарат путем распределения 0,01 мм на площади диаметром, высушивали и окрашивали по Романовскому-Гимзе с последующей бактериоскопией и подсчетом НР. Степень обсемененности хеликобактериями оценивалось по методу Л.И. Аруина (1998) в условных единицах: «0» - отсутствие бактерий, «+» - до 20 бактерий в поле зрения, «++» - до 60 бактерий в поле зрения, «+++» - более 60 бактерий. Культуральное исследование с посевом на питательную среду позволило нам не только выявить рост микроорганизмов, но и определить тяжесть колонизации слизистой оболочки: слабая степень – при исследовании биоптата обнаружено 50 колоний НР; умеренная – до 100 колоний НР; выраженная – свыше 100 колоний.

Исследование секреторной функции желудка проводилось с помощью внутрижелудочной рН – метрии с применением двухэлектродного зонда на

аппарате производства НПП «Исток Система» (г. Фрязино) «Гастроскан-5». Состояние внутрижелудочной среды в зависимости от уровня pH оценивалось как: выраженная гиперацидность (при pH 0,9-1,2); гиперацидность (при pH 1,3 – 1,5); нормаацидность (при pH 1,6-2,2); умеренная гипоацидность (при pH 2,5-3,5); выраженная гипоацидность (при pH 3,6-6,0); анацидность (при pH более 6,5) (И.В. Маев и соавт., 2003).

Полученные цифровые данные были подвергнуты математическому анализу и представлены в виде графиков и таблиц. Математический анализ включал традиционные методики: вычисление относительных (р) и средних арифметических величин (М) и ошибки репрезентативности средних арифметических ( $\pm m$ ), оценка достоверности различий показателей и средних по критерию Стьюдента – Фишера (t), выявление связей между признаками с определением критерия согласия ( $\chi^2$ ). Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica- 6,0» (Star Soft).

### **Результаты исследования**

Для решения поставленных задач было обследовано 196 больных в возрасте 20-55 лет. Большая распространенность ЯБЖ и ЯБДПК у лиц трудоспособного возраста, определило изучение всех условий, при котором развиваются язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Для выявления значимых факторов риска мы использовали адаптированную карту - опросник, составленную на основании квалификации факторов риска. Комплексная оценка влияния профессионального фактора на формирование ЯБЖ и ЯБДПК, позволила выявить определенные тенденции (таб.1).

Анализ факторов риска показал: несмотря на строгое индивидуальное сочетание факторов риска, можно выделить ведущие – это *профессиональные* (46,9% больных работали в системе «человек-техника», с характерной неравномерностью производственного процесса, систематическими физическими и нервно-психическими перегрузками, нарушением режима питания, отсутствием рационального отдыха), *социальные* (проанализирована

связь изучаемой патологии с длительностью курения и количеством выкуриваемых сигарет, среди лиц с ЯБЖ и ЯБДПК и группой контроля, курящих  $-59,3\% \pm 6,2\%$ ,  $62,3 \pm 4,7\%$  и  $39,1 \pm 8,9\%$  ( $p < 0,001$ ); на умеренное употребление алкоголя указывали  $47,0 \pm 4,0\%$  обследованных больных; анализ фактора питания выявил нерегулярное ( $72,6 \pm 4,3\%$ ,  $p < 0,001$ ) и однообразное питание ( $82,1 \pm 3,7\%$ ,  $p < 0,01$ ) в группе больных с ЯБДПК чаще по сравнению с группой больных ЯБЖ ( $57,6 \pm 6,8\%$ ,  $p < 0,001$  и  $62,2 \pm 6,7\%$ ,  $p < 0,01$ )

соответственно, что оказалось достоверно в сравнении с показателями контрольной группы (46,6±3,3% и 36,6±6,2%), при ЯБЖ 64,1±6,0%( $p<0,05$ ) выявлена кратность питания 3 раза и менее в день, что по сравнению с контролем 39,1±8,9% явилось достоверным); *инфекционные* (среди обследованных больных носители  $Hp$  78,6% и у 21,4% лиц отмечен отрицательный результат ( $p<0,001$ ); *наследственные* (наследственная отягощенность по ЯБДПК достоверно чаще встречалась в группе больных с ЯБДПК 29,2±4,4% ( $p <0,05$ ), при ЯБЖ в 35,6±6,0% и ЯБДПК 22,7±4,1% случаях выявлена наследственная отягощенность по патологии гепатобилиарной системы) и дополнительные факторы – аллергические, травматические, аллергические.

Таблица 1 - Распределение больных по профессиональному фактору.

| Профессиональные факторы           | Число случаев (n=166) | %     |
|------------------------------------|-----------------------|-------|
| 1. Профессиональная система:       |                       |       |
| -«человек-человек»                 | 53                    | 31,9  |
| - «человек-техника»                | 78                    | 46,9* |
| - «человек - знаковая система»     | 35                    | 21,0  |
| 2. Режим труда:                    |                       |       |
| - сменный                          | 62                    | 37,3  |
| - постоянный                       | 104                   | 62,6* |
| 3.Профессиональная принадлежность: |                       |       |
| -руководители                      | 51                    | 30,7  |
| -рабочие                           | 95                    | 57,2* |
| -студенты                          | 20                    | 12,0  |

Примечание: достоверность различий при \*-  $p<0,05$ , \*\*-  $p<0,01$ , \*\*\*-  $p<0,001$ .

Изучение морфо-функциональных особенностей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки предопределило проведение целого комплекса специальных инструментальных методов исследований. Соотношение язв желудка у женщин и мужчин в выборке составило 1:1,9. В обследованной группе больных ЯБДПК встречались в 2,1 раза достоверно чаще, чем у мужчин (63,4±4,4% и 36,5±6,5% соответственно,  $p<0,001$ ). Проведен анализ возраста начала заболевания. Было установлено, что ЯБЖ

чаще, чем ЯБДПК встречалось в возрастной категории 46-55 лет –  $53,8 \pm 6,8\%$  и  $34,9 \pm 4,7\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ). ЯБЖ и ЯБДПК одинаково часто наблюдалось в возрасте 31-45 лет –  $42,3 \pm 6,7\%$  и  $46,9 \pm 5,0\%$  соответственно. Градация размеров язвенного дефекта у пациентов была следующей, язвы размером не превышающие при эндоскопическом исследовании 1-го см, обнаружены в  $78,5\%$  случаев ( $p < 0,001$ ). Средний размер язвы желудка составил  $0,73 \pm 0,9$  см, язвенный дефект в двенадцатиперстной кишке равнялся  $0,66 \pm 0,03$  см. Таким образом, у обследованных больных выявлялся малый и средний размеры язвенного дефекта. Глубина язвы в  $95,8\%$  случаев не превышала 0,5 см. При изучении биопсийных материалов, полученных со дна и краев язвы, гистологическая картина указывала на активность воспалительного процесса в слизистой оболочке антрального отдела желудка: выраженная нейтрофильная инфильтрация в  $86,2\%$  случаях, лимфоцитарная инфильтрация в  $78,6\%$ , сосудистые изменения проявлялись явлением периваскулярного отека. Биопсийный материал язвы двенадцатиперстной кишки показал: выраженная лимфоцитарная инфильтрация –  $82,7\%$  случаев. Изменения сосудов в виде картины артериита с повреждением всех слоев стенки сосуда, сужением его просвета.

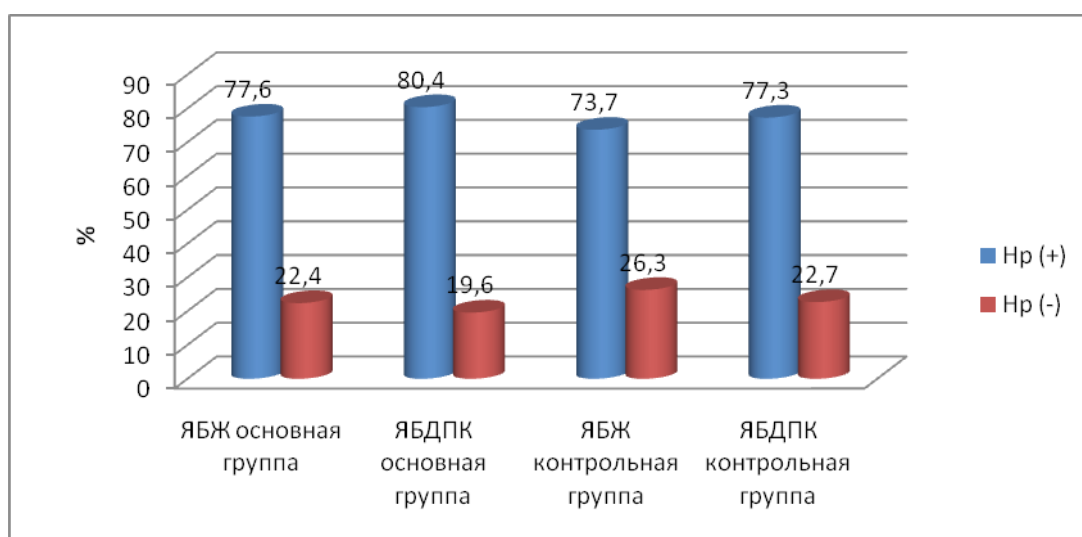


Рис.2 Инфицированность H.p. при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у обследуемого контингента (%).

Среди обследованных больных носители H.p.  $78,6\%$  и у  $21,4\%$  лиц отмечен отрицательный результат ( $p < 0,001$ ). H.p. выявлен в основной группе при ЯБЖ у  $77,6 \pm 5,4\%$ , при ЯБДПК у  $80,4 \pm 4,0\%$  больных. H.p. в контрольной группе обнаружен при ЯБЖ у  $73,7 \pm 3,1\%$ , при ЯБДПК у  $77,3 \pm 2,9\%$  больных

(рис.2). Культуральное исследование с посевом на питательную среду позволило выявить не только рост микроорганизмов, но и определить степень колонизации слизистой оболочки. В основной группе у 41,3% больных выявлена средняя, у 27,1%- слабая, у 10,6%- выраженная степень колонизации Нр. В контрольной группе у 46,5% больных выявлена средняя, у 23,5%-слабая степень, у 5,5%-выраженная степень колонизации Нр (рис.3).

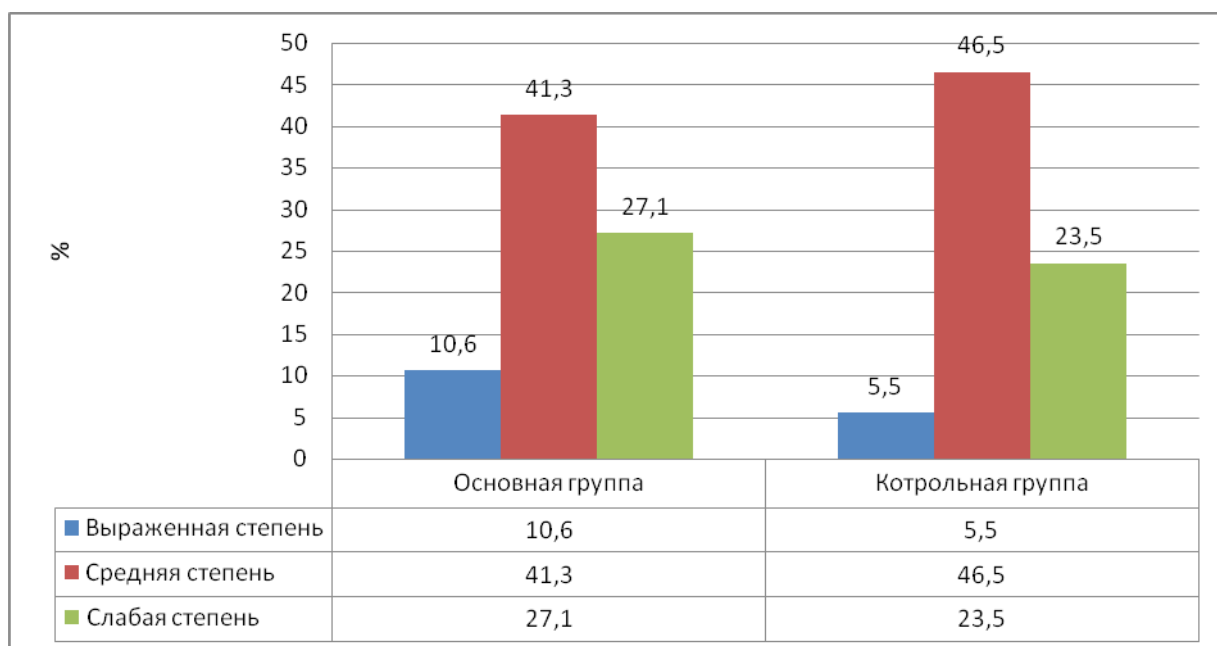


Рис. 4 Степень колонизации Нр у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (%).

Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки представляет собой переплетение субъективных симптомов, вызванных самим заболеванием и проявлениями эмоциональных расстройств. Нами использован тест-опросник, в котором содержались вопросы об основных симптомах заболевания, выраженности болевого синдрома с оценкой по визуально-аналоговой шкале (4 балла - очень сильная боль, 3 балла - сильная боль, 2 балла - умеренная боль, 1 балл - слабая боль, 0 баллов- отсутствие боли). Интенсивность болевого синдрома 61,5% и 48,9% больных 1 и 2 групп оценили как умеренную, 17,3% и 25,6% больных как слабую. Для больных исследуемых групп сильные боли явились не характерными, но среди лиц 1 группы (15,3%) по сравнению со 2 группой (11,2%) они наблюдались чаще. Основные клинические проявления у обследуемых, наблюдали в виде 3 основных синдромов: болевой, диспептический, астеновегетативный (рис.4).

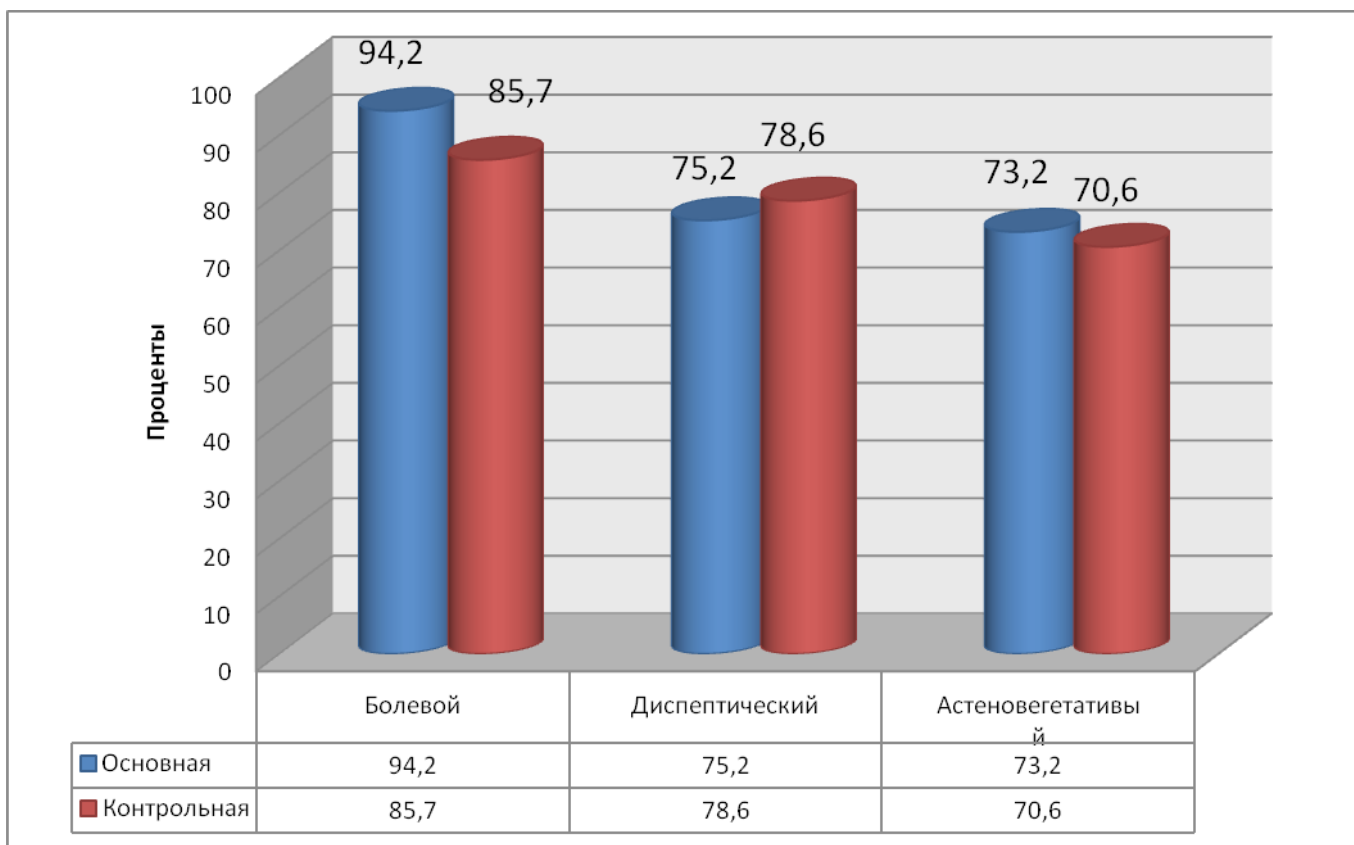


Рис.4 Частота встречаемости основных синдромов при ЯБЖ и ЯБДПК в основной и контрольной группах.

Симптомы желудочной и кишечной диспепсии выявлялись практически у всех обследованных. Чаше встречались такие симптомы, как изжога – 61,5% и 57,1% больных 1 и 2 групп соответственно, при этом из них 43,2% и 22,2% пациентов появление изжоги связывали с нарушением в диете; на тошноту жаловались 20,6% и 22,6% обследуемых 1 и 2 групп соответственно, на рвоту 15,9% и 11,9% больных, сухость во рту беспокоила 9,6% и 11,2% больных горький вкус во рту по утрам и после еды – 34,6% и 9,1% больных 1 и 2 групп соответственно. Целенаправленный и детальный расспрос позволил нам выявить у пациентов признаки астенизации. Астеновегетативный синдром проявлялся в виде повышенной утомляемости у 21,8% и 26,4% больных, слабости и вялости у 39,9% и 31,4% больных 1 и 2 групп, раздражительность наблюдалась у 43,3% и 42,8% обследуемых 1 и 2 групп соответственно. Увеличение частоты проявления астеновегетативного синдрома было четко связано с увеличением длительности заболевания.

Выявление данных признаков позволили оптимизировать процесс лечения.

Эрадикационная терапия основывалась на рекомендациях Маастрихтского консенсуса-2. Наряду с классической трехкомпонентной терапией первой линии (омепразол 20 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол

500мг 2 раза в день в течение 7 дней), назначали терапию второй линии – квадротерапию (омепразол 20мг 2 раза в день + висмута субцитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500мг 3 раза в день + тетрациклин 500мг 4 раза в день в течение 10 дней).

Повторное эндоскопическое исследование и контроль эрадикации (морфологическим методом) выполняли через 4 недели после завершения антихеликобактерной терапии. Через год после лечения комплекс исследований (ФЭГДС, морфологическое исследование гастробиоптатов) проводили еще раз. Эффективность применения эрадикационной исследовали в 2 группах. При обследовании 196 больных, эрадикация констатирована в 1-й и 2-й группах в 89,3% и 64,2% случаев соответственно ( $p < 0,01$ ). Эпитализация язвы отмечена в 96,8% и 83,2% случаев. Через год после успешной эрадикации в 1 группе наблюдались статистически значимое снижение активности воспалительного процесса в слизистой оболочке антрального отдела желудка, т. е. уменьшение полиморфно-ядерной (на 42,6%), мононуклеарной (на 39,3%) инфильтрации и количества лимфоцитарных фолликулов (в 16,8 раза). Атрофия слизистой оболочки уменьшилась на 49,8%. В биоптатах из антрального отдела и тела желудка, полученных от больных 2-ой группы, позитивных морфологических изменений не выявлено. Сохранялись признаки воспаления и атрофии слизистой оболочки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что: эрадикация *Нр* снижает воспалительные изменения: через 4 недели после успешной эрадикации уменьшается нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка, а через 1 год – мононуклеарная инфильтрация.

Наиболее ярким положительным эффектом эрадикации явилось снижение частоты рецидивов гастроуденальных язв. Наблюдение в течение 2-х лет за 1-ой группой. Показало, что обострение заболевания наступило в среднем у  $29,5 \pm 3,5\%$  больных и во 2-ой группе  $48,6 \pm 9,1\%$  ( $p < 0,05$ ).

На стационарном этапе проведена сравнительная оценка эффективности лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки через 14 дней после начала лечения (таб.2). Под воздействием проводимого лечения у больных основной группы быстрее улучшалось общее самочувствие. Купирование болевого синдрома в основной группе у  $86,1 \pm 2,6\%$  ( $p < 0,001$ ) выявлено чаще, что по сравнению с группой контроля у  $57,1 \pm 9,0\%$  явилось достоверным. Купирование и уменьшение диспептических проявлений в сравниваемых группах :  $88,9 \pm 5,6\%$  и  $68,2 \pm 8,4\%$  ( $p < 0,05$ ) соответственно явилось достоверным. При опросе

больных на улучшение настроения, нормализацию сна указывали 83,7±2,8% обследованных лиц основной группы и 56,6±8,9% больных контрольной группы ( $p < 0,01$ ).

Таблица 2 - Сравнительная эффективность лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки через 14 дней после начала лечения ( $M \pm m$ ).

| Показатель                             | Основная группа,<br>n=166, $M \pm m$ | Контрольная группа,<br>n=30, $M \pm m$ |
|--|--------------------------------------|--|
| Купирование болевого синдрома          | 86,1±2,6***                          | 57,2±9,0                               |
| Купирование диспептического синдрома   | 88,9±5,6*                            | 68,2±8,4                               |
| Улучшение настроения, нормализация сна | 83,7±2,8**                           | 56,6±8,9                               |

Примечание: достоверность различий с контрольной группой при \*-  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Проведена сравнительная характеристика клинико-функциональной картины у двух групп больных через 1 месяц после начала лечения (таб.3).

Купирование болевого синдрома в основной группе у 98,1±1,0% , по сравнению с контрольной группой 73,3±8,0% явилось достоверным ( $p < 0,001$ ). В основной группе больных в большем проценте случаев наблюдалось купирование диспептического синдрома 91,5±2,1% против 86,6±6,2%. По данным ФЭГДС у больных основной группы чаще регистрировалась эпителизация язвенного дефекта (96,3±1,4%) и отсутствие дуоденогастрального рефлюкса. При опросе на улучшение настроения и нормализацию сна указывали 91,7±2,1% больных основной группы против 63,3±8,7% группы контроля ( $p < 0,001$ ). Анализ пребывания пациентов на листке нетрудоспособности показал, сокращение сроков лечения больных в условиях дневного стационара по сравнению с амбулаторно-поликлиническим лечением (16,1±2,8 и 19,6±7,2 дня).



Таблица 3 - Клинико-эндоскопическая характеристика больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки через 1 месяц после начала лечения ( $M \pm m$ ).

| Показатель  | Основная группа<br>n=166, $M \pm m$ |                   | Контрольная группа<br>n=30, $M \pm m$ |                 |
|---|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-----------------|
|   | абс.                                | %                 | абс.                                  | %               |
| Купирование болевого синдрома                     | 163                                 | 98,1 $\pm$ 1,0*** | 22                                    | 73,3 $\pm$ 8,0  |
| Купирование диспептического синдрома              | 151                                 | 91,5 $\pm$ 2,1    | 26                                    | 86,6 $\pm$ 6,2  |
| Исчезновение локальной пальпаторной болезненности | 138                                 | 83,1 $\pm$ 2,9    | 21                                    | 90,0 $\pm$ 5,4  |
| Эпитализация язвенного дефекта при ФГДС           | 160                                 | 96,3 $\pm$ 1,4    | 27                                    | 90,0 $\pm$ 5,4  |
| Наличие дуоденогастрального рефлюкса при ФГДС     | 11                                  | 6,6               | 6                                     | 21,0 $\pm$ 7,4* |
| Улучшение настроения, нормализация сна.           | 153                                 | 91,7 $\pm$ 2,1*** | 19                                    | 63,3 $\pm$ 8,7  |
| Пребывание на листке нетрудоспособности           | 16,1 $\pm$ 2,8                      |                   | 19,6 $\pm$ 7,2                        |                 |

Примечание: достоверность различий с контрольной группой при  
\*-  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Статистический анализ эффективности комплексной терапии в дневном стационаре поликлиники проведен с применением непараметрического анализа (хи-квадрат). Критерий соответствия равен 8,7, уровень вероятности подтверждения «нулевой гипотезы» равен 1%, что дало нам право опровергнуть «нулевую гипотезу» и признать существенными различия при анализе эффективности лечения в дневном стационаре поликлиники. Следовательно, на основании проведенного исследования можно утверждать, что организация дневного стационара в поликлинике позволяет расширить и улучшить оказание специализированной гастроэнтерологической помощи больным данного профиля в условиях поликлиники.

В дневном стационаре организована специализированная «гастро-школа» для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с внедрением программы «Антистресс», направленных для

профилактики обострений язвенной болезни. В основу программы «Антистресс» была положена стратегия физиопрофилактики, доказывающая, что эффективность восстановительных мероприятий существенно повышается при сочетанном воздействии на организм лечебных физических факторов, ЛФК, массажа, методов традиционной терапии. При многофакторном подходе к реабилитации (лечение, направленное на подавление хеликобактерной инфекции и факторов агрессии, заживление язвенного дефекта, улучшение общего самочувствия, восстановление трудоспособности) у 48% больных наступила продолжительная ремиссия. Создание дневного стационара при поликлинике следует рассматривать как перспективную организационную форму оказания медицинской помощи населению, которая позволила в амбулаторных условиях проводить обследование, комплексное лечение и реабилитационные мероприятия. Только комплексный подход к реабилитации ведет к снижению заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, предотвращая рецидивы и хирургическое лечение.

## **Выводы**

1. Скрининг-анализ позволил установить значимые факторы риска ЯБЖ и ЯБДПК в период обострения у лиц трудоспособного возраста, пролеченных в условиях дневного стационара поликлиники: инфекционный, социальный, профессиональный, наследственный.
2. Исследование секреторной функции желудка у больных ЯБЖ и ЯБДПК основной группы выявило, выраженную гиперацидность (рН 0,9-1,2) соответственно у  $11,2 \pm 3,6\%$  и  $16,1 \pm 3,3\%$  ( $p < 0,05$ ) случаев. Гиперацидность (рН 1,3-1,5) при язвенной болезни желудка обнаружена у  $41,9 \pm 5,7\%$ , при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки –  $48,6 \pm 4,5\%$ . Нормацидность (рН 1,6-2,2) установлена у  $46,1 \pm 5,7\%$  и  $41,7 \pm 4,4\%$  ( $p < 0,05$ ) соответственно, однотипные изменения выявлены у больных контрольной группы.
3. Установлены особенности морфо-гистологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: средний размер язвы желудка составил  $0,73 \pm 0,9$  см, размер язвы двенадцатиперстной кишки равнялся  $0,66 \pm 0,03$  см. Глубина язвенного дефекта в 95,8% случаев не превышала 0,5 см. Гастроскопически характерна выраженная нейтрофильная инфильтрация (86,2%) в ямочном эпителии, лимфоцитарная инфильтрация (87,6%) собственной пластинки. Сосудистые изменения сопровождались периваскулярным отеком. При язве луковицы двенадцатиперстной

кишки гистологические изменения характеризовались лимфоцитарной инфильтрацией у 82,7% больных с выраженным разрастанием соединительной ткани в подслизистом слое. Патологические изменения сосудов проявлялись картиной артериита с повреждением всех слоев стенки сосуда, сужением его просвета. Нр выявлен в основной группе при ЯБЖ у 77,6±5,4%, при ЯБДПК- 80,4±4,0% больных. Нр в контрольной группе выявлен при ЯБЖ у 73,7±3,1%, при ЯБДПК у 77,3±2,9% больных.

4. Выявленные клиничко-функциональные, морфо-гистологические особенности позволили разработать показания к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники:

- по клиническим проявлениям (болевого, диспептического синдромы легкой и умеренной степени);
- по функциональным характеристикам (умеренно выраженные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки);
- по морфологическому статусу: глубина язвенного дефекта не более 0,5см; диаметр язвенного дефекта до 1,0см;
- слабая и средняя степень обсемененности Нр;
- без осложнений.

Противопоказанием для лечения в условиях дневного стационара поликлиники являются: выраженность болевого, диспептического синдромов, значительные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, глубина язвы более 0,5см, диаметр язвы более 1,0см, высокая степень обсемененности Нр, а также наличие осложнений.

5. На основании исследований разработана специальная программа и внедрена «гастро-школа» для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с комплексом «Антистресс», направленных на профилактику обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники.

6. Установлено, что дневной стационар поликлиники является рациональной системой оказания специализированной гастроэнтерологической помощи больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которая позволяет проводить лабораторно-диагностические и инструментальные исследования без госпитализации в круглосуточный стационар, что позволяет сократить

сроки временной нетрудоспособности, снизить частоту обострения язвенной болезни.

### **Практические рекомендации**

1. Использование скрининг-анкеты по выявлению значимых факторов риска, способствующих обострению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, позволит лечащему врачу поликлиники провести дифференцированно мероприятия по раннему выявлению больных, а также проведению диспансеризации на индивидуальном уровне.
2. Показанием для лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники являются: клинические проявления (болевого, диспептического синдромы легкой и умеренной степени); функциональные характеристики (умеренно выраженные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки); морфологический статус: глубина язвенного дефекта не более 0,5см; диаметр язвенного дефекта до 1,0см; слабая и средняя степень обсемененности Нр; отсутствие осложнений.

Противопоказанием для лечения в условиях дневного стационара поликлиники являются: выраженность болевого, диспептического синдромов, значительные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, глубина язвы более 0,5см, диаметр язвы более 1,0см, высокая степень обсемененности Нр, а также наличие осложнений.

Применение разработанных показаний к лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара, позволит рационально, более широко использовать дневной стационар поликлиники для оказания специализированной гастроэнтерологической помощи, как с целью профилактики, так и восстановительного лечения.

3. Анализ проведенных исследований позволяет рекомендовать врачам-терапевтам амбулаторно-поликлинической службы, более широко использовать дневные стационары поликлиники с целью ранней диагностики, профилактики обострений, осложнений язвенной болезни у лиц трудоспособного возраста.

## **Список опубликованных научных работ по теме диссертации**

1. А.Н. Хабирова, Клинико-функциональное обоснование лечения больных язвенной болезнью в условиях дневного стационара поликлиники /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, Н.Б. Устюжанина// **Медицинская наука и образование Урала - Тюмень.**-2008.-№4.-с.21-23.
2. А.Н. Хабирова, Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у водителей автотранспорта /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина// **Медицинская наука и образование Урала-Тюмень.**-2008.-№5.-с.123-126.
3. А.Н. Хабирова, Синдром желудочной диспепсии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в период временной нетрудоспособности /А.Н. Хабирова, Н.Б. Устюжанина, А.Я. Крюкова// **Пермский медицинский журнал.**-2008.-№3.-с.11-13.
4. А.Н. Хабирова, Организация «гастрошколы» для больных язвенной болезнью и ее эффективность внедрения /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, Н.Б. Устюжанина// Научно-практический журнал Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.-2006.-№1.-с.162.
5. А.Н. Хабирова, Эффективность лечения язвенной болезни в дневном стационаре поликлиники /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, Н.Б. Устюжанина// Научно-практический журнал Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.-2006.-№1.-с.163.
6. А.Н. Хабирова, Синдромы боли и диспепсии у больных язвенной болезнью желудка /А.Н. Хабирова, А.Я.Крюкова, Н.Б. Устюжанина// Научно-практический журнал Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.-2006.-№2.-с.79.
7. А.Н. Хабирова, Некоторые критерии нетрудоспособности у больных множественными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова,Л.В. Штан // Научно-практический журнал Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.-2006.-№2.-с.160.

8. А.Н. Хабирова, Медицинская, социальная и экономическая эффективность организации работы дневного стационара / А.Н. Хабирова, О.А. Курамшина// Актуальные проблемы поликлинической терапии: сборник трудов юбилейной научно-практической конференции кафедры поликлинической терапии.-Уфа.-2006.-с.13-15.
9. А.Н. Хабирова, Фитотерапия в профилактике обострений язвенной болезни в условиях дневного стационара /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, Н.Б. Устюжанина// Актуальные вопросы современной фитотерапии: материалы Республиканской научно-практической конференции.-Уфа.-2006.-с.21-24.
- 10.А.Н. Хабирова, Клинико-функциональное обоснование лечения, профилактики и реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара поликлиники /А.Н. Хабирова, А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина// Проблемы гастроэнтерологии России. Известия Высших учебных заведений Северо-Кавказский регион.-Ростов-на-Дону.-2007.-№1.-с.27-29.

### **Список принятых в диссертации сокращений**

ДГР - дуоденогастральный рефлюкс

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

Нр - *Helicobacter pylori*

НС - нервная система

СО - слизистая оболочка

ФГДС - фиброгастродуоденоскопия

ЯБ - язвенная болезнь

ЯБЖ - язвенная болезнь желудка

ЯБДПК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ЯДПК - язва двенадцатиперстной кишки

ЯЖ - язва желудка

**Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:**

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)