

УДК [616.33-002+616.342-002]-082.8

*О.М. Очердько, Н.М. Кізлова*

*Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова*

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Панельним дизайном обстежено 400 пацієнтів з виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки. Рандомізовано здійснювалось призначення програми реабілітації 220 хворим з першим в житті епізодом госпіталізації й наступним чотирирічним моніторингом. Основною результуючою ознакою була динаміка наступної госпіталізації в денний стаціонар. Зниження ризику наступної госпіталізації на 23 % розцінювалось як ефективність призначеної програми реабілітації. Аналіз даних здійснювався на основі МСМС семплера Гіббса за семипараметричною моделлю пропорційних ризиків Кокса. Відносно низька ефективність реабілітації при виразках обумовлена, на нашу думку, низьким комплаєнсом пацієнтів. Саме тому програму реабілітації доцільно розпочинати ще на стаціонарному етапі. Додаткова кількість днів тривалості періодів між госпіталізаціями до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення програми реабілітації, склала 39.

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, програма реабілітації, денний стаціонар.

У загальній структурі захворювань органів травлення провідне місце займає патологія шлунка і дванадцятипалої кишки. В Україні зареєстровано близько 5 млн чоловік, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. Виразки дванадцятипалої кишки зустрічаються у 4 рази частіше, ніж виразки шлунка. Слід зазначити, що ці хвороби викликають тривалу тимчасову непрацездатність, нерідко призводять до інвалідності, уражають людей у найбільш працездатному віці – від 20 до 50 років, тому ця проблема є не тільки медичною, але й соціальною.

Дані літератури свідчать, що в останні роки широко використовується етапне лікування й реабілітація хворих на виразкову хворобу [1, 2]. Незважаючи на використання сучасних методів противиразкової терапії, питання медичної реабілітації пацієнтів з гастродуоденальними виразками залишаються досить актуальними. Це пов'язано зі збереженням високого відсотка рецидиву захворювання і незадовільних результатів консервативного лікування хворих з вказаною патологією. Рівень медико-соціальної реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою зали-

шається на низькому рівні. Це змушує шукати шляхи покращення результатів лікування даної категорії хворих з виразковою хворобою [2, 3].

Метою даного дослідження було вивчення ефективності призначеної програми реабілітації при виразковій хворобі з першим в житті епізодом госпіталізації за чотирирічним профілем.

**Матеріал і методи.** Використано панельний масив, який включав усі випадки госпіталізації хворих з виразковою хворобою (всього 400 пацієнтів). Програма реабілітації була призначена 220 пацієнтам гастроентерологічного денного стаціонара у м. Вінниці з першим в житті епізодом госпіталізації й наступним чотирирічним моніторингом. Програма реабілітації розроблена з урахуванням психометричного аналізу. Ефективність призначення програми оцінювали за ризиком повторної госпіталізації, а саме клінічним виміром була тривалість періоду до повторної госпіталізації. Аналіз даних здійснювали за семипараметричною моделлю пропорційних ризиків Кокса [4].

Параметри моделей розраховували згідно з даними [5].

© О.М. Очердько, Н.М. Кізлова, 2015

**Результати та їх обговорення.** Всього програма реабілітації включає 10 шкал, а саме медикаментозна лікування, модифікацію дієти, курацію пацієнтів з надмірною масою, нестероїдні протизапальні (НПЗП) гастропатії, шкідливі звички (тютюнопаління та вживання алкоголю), наявність у пацієнтів артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету (ЦД), корекцію симптомів депресії та тривоги. Кожна шкала складається із змісту, мети, наявних рекомендацій, контрольних точок та оцінки результатів за допомогою щоденника, опитувальників. Зміст шкал продиктований комплексним підходом до реабілітації. Динамічний контроль здійснюється на основі контрольних точок, які організовані так, щоб оптимізувати кількість і періодичність звернень до сімейного лікаря. Разом з тим, дана програма дає можливість узагальнено оцінити стан хворого, наскільки ретельно пацієнт виконує і дотримується рекомендацій лікаря, та динаміку захворювання.

Моніторинг пацієнтів включає госпітальний і післягоспітальний етапи. На госпітальному етапі оцінюється стан пацієнта, призначається фармакологічне лікування, визначаються фактори ризику. Лікар проводить верифікацію діагнозу, призначає етіотропне лікування відповідно до протоколів надання допомоги хворим на пептичну виразку, затверджених МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271, положень Маастрихського консенсусу 4 2010 р. [6–8]. Здійснюється контроль прийому хворим фармакологічних засобів (по мірі необхідності посилюється медикаментозна лікування), виконання діагностичних процедур.

Дієтотерапія підбирається на індивідуальній основі з першого дня госпіталізації, направлена на загоєння виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, профілактику загострень і ускладнень на післягоспітальному етапі [6, 7]. Для пацієнтів з надмірною масою тіла, гіпертонічною хворобою (ГХ), цукровим діабетом (ЦД) складається індивідуальний план дієти, поведінки, розробляються моделі виховання харчових звичок, у тому числі зміна способу приготування їжі, поступове зниження енергетичної цінності раціону під контролем маси та оцінки індексу маси тіла. Встановлюються коротко- та довгострокові цілі зниження маси тіла, рекомендовані пацієнту та пов'язані з факторами ризику. На всіх етапах лікування рекомендується поступове збільшення фізичної активності. Хворі з АГ

консультуються кардіологом, проводиться медикаментозна корекція. Пацієнти навчаються оцінювати показники артеріального тиску, частоти серцевих скорочень. При наявності ЦД призначається консультація ендокринолога, здійснюється навчання контролю рівня цукру та його оцінки. Основні форми ЛФК, які застосовуються на стаціонарному етапі фізичної реабілітації – це ранішня гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, прогулянки на свіжому повітрі, лікувальна ходьба [2, 7]. Вказані заходи сприяють швидшому одужанню і поліпшенню психоемоційного стану хворих.

Нестероїдні протизапальні захворювання – гастропатії – основний фактор ризику розвитку виразкової хвороби. Стратегія ведення даної групи пацієнтів включає повне припинення прийому нестероїдних протизапальних лікарських засобів; продовження прийому препаратів, якщо їх відміна неможлива, і одночасне лікування виразок та/або ерозій відповідно до стандартів лікування, проведення профілактичного лікування для попередження виразкоутворення [7]. На госпітальному етапі хворого навчають оцінювати ризик медикаментозної терапії нестероїдних протизапальних захворювань.

Оцінка наявності шкідливих звичок у пацієнта проводиться під час його перебування в стаціонарі і відбувається із використанням опитувальника CAGE (прихована пристрасть до алкоголю), тест Фагерстрема визначає ступінь тютюнової залежності. Даній групі хворих проводиться мотиваційне консультування, надаються рекомендації. Динамічне спостереження за даною когортою хворих відбувається і на післягоспітальному етапі сімейним лікарем.

Велике значення в розвитку виразкової хвороби має нервово-психічний чинник. Для оцінки вираженості симптомів тривоги та депресії використовували шкалу HADS. В залежності від вираженості симптомів відбувається підбір дієтотерапії, фізичної активності, підбір психогенної терапії і медикаментозної, за наявності показів проводиться консультація психотерапевтом. Активне динамічне спостереження за даною когортою хворих проводиться на післягоспітальному етапі лікарем загальної практики сімейної медицини.

Лікар стаціонара також навчає пацієнта вести щоденник самоконтролю. На післягоспітальному етапі спостереження за хворим

здійснює сімейний лікар. Важливим моментом програми реабілітації є самоконтроль, який здійснюється завдяки веденню щоденника пацієнта. Мета ведення щоденника полягає в тому, щоб навчити хворого бути уважним до виконання фармакологічної терапії та контролювати ступінь виконання рекомендацій лікаря (щоденно): на госпітальному етапі – під спостереженням лікаря стаціонара, на післягоспітальному – самоконтроль і динамічне спостереження лікарем загальної практики та сімейної медицини через кожні 14 днів. Щоденно відображається дотримання дієтичних модифікацій індивідуального плану дієти. Щоденник дає змогу оцінити як на госпітальному, так і післягоспітальному етапі дієтичний вміст харчових речовин, розглядати проблеми харчової поведінки. Контроль маси фіксується щотижня, індекс маси тіла фіксується щомісяця. Показники оцінюються сімейним лікарем.

Програмою забезпечується модифікація способу життя, що включає щоденну фізичну активність, відмову від вживання алкоголю та тютюнопаління. Якщо у пацієнта є виражена готовність змінитись, у щоденнику самоконтролю робляться відмітки. Спостереження сімейним лікарем здійснюється щомісяця у разі відмови від паління та кожні два тижні при відмові від алкоголю. Проводиться оцінка очікуваних загроз методом тестування, визначаються оптимальні сценарії для попередження рецидиву навичок.

Оцінка психологічних факторів, що можуть перешкоджати успішному лікуванню та впливати на працездатність, продовжується і на післягоспітальному етапі сімейним лікарем за допомогою шкали HADS. Ведення щоденника передбачає щоденний контроль за основними життєвими показниками пацієнтів, що знаходяться в групі ризику через вірогідність ускладнень. На етапі госпіталізації лікуючий лікар навчає пацієнта з виявленим ЦД, ГХ бути уважним до наступних показників: рівня цукру крові, холестерину, АТ, ЧСС. В післягоспітальному періоді хворий самостійно фіксує показники та вміє їх оцінити. Оцінка і корекція лікування (у разі потреби) здійснюється сімейним лікарем під час візитів.

Одним із важливих тригерних факторів виразки шлунка та дванадцятипалої кишки є безконтрольний прийом нестероїдних протизапальних лікарських засобів. Тому в щоденнику передбачений щоденний контроль

пацієнтом застосування даної групи препаратів. Контроль здійснює лікар, а після виписування із стаціонара сімейний лікар під час візитів пацієнта.

Ефективність лікувального процесу, досягнення клініко-ендоскопічної ремісії є основною метою запропонованої програми [2, 9]. Діагностичні процедури, оцінка клінічних симптомів (відповідно до протоколів надання допомоги хворим гастроентерологічного профілю) на госпітальному етапі проводяться лікарем стаціонара щоденно. В післягоспітальний період контроль фіброгастроденоскопії з біопсією при виразковій хворобі шлунка проводиться через 30 і 60 днів лікарем ендоскопістом, через 10 днів контроль кислотосупресивної терапії з виконанням інтрагастрального рН-моніторингу. Контроль ерадикації *H. pylori* при НР(+) виразках проводиться через 45 днів під час візиту до гастроентеролога. Важливим є розуміння хворого вимог до кожного етапу реабілітації та лікування, уміння оцінити динаміку перебігу основного та супутніх захворювань, вплив тригерних факторів на стан здоров'я, вчасне звертання за медичною допомогою.

Із центилів апостеріорних розподілів оцінок параметра бета впливає достовірний ефект програми реабілітації, так як 0 знаходиться поза межами 95%-вого інтервалу  $[-0,517; -0,002]$  з медіанним значенням  $-0,256$ . Відносний ризик призначення програми реабілітації становить  $\exp(-0,256) = 0,774$ . Тобто ризик наступної госпіталізації внаслідок призначення ПР у середньому зменшується на 23 %.

Із включених у модель індивідуальних характеристик пацієнтів гранично достовірний вплив на тривалість періодів між госпіталізаціями мали лише кількість звернень до гастроентеролога після виписування із стаціонара (медіана ефекту складала 0,010 з 95%-вим інтервалом довіри від  $-0,291$  до  $0,303$ ) та діагноз з медіанним значенням ефекту 0,431 з 95%-вим інтервалом від  $-0,033$  до  $0,865$ , а саме регулярні звернення до спеціаліста обумовлюють більш вчасну і обґрунтовану госпіталізацію пацієнта. Також регулярність контакту є прокси до комплаєнсу, а отже, уваги пацієнта до свого здоров'я і можливостей (наприклад, часу) до його збереження. Найбільш важкий діагноз виразка шлунка порівняно з менш важкими логічно збільшував ризик повторної госпіталізації.

Встановлено, що більша виживаність у експериментальній когорти. Інтегральна різ-

ниця на пацієнта склала 39 днів. Це та додаткова кількість днів до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення програми реабілітації. Тобто ефект програми реабілітації очевидний.

#### **Висновки**

1. Медична реабілітації внаслідок виразкової хвороби повинна проводитись комплексно з урахуванням провідних патогенетичних чинників і з використанням сучасних підходів до надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

2. Низька ефективність реабілітації при виразках обумовлена низьким комплаєнсом пацієнтів. Саме тому програми реабілітації доцільно розпочинати ще на стаціонарному етапі.

#### **Література**

1. *Ткач С.М.* Современные подходы к лечению язвенной болезни / С.М. Ткач, А.П. Николаева // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2008. – № 2 (10). – С. 5–7.
2. *Петров В.П.* Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.П. Петров, В.В. Осипов // Российск. журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2003. – № 5. – С. 14–18.
3. *Березницький Я.С.* До питання спадкоємності між терапевтами та хірургами в лікуванні виразкової хвороби / Я.С. Березницький, Ю.М. Степанов, М.Б. Щербиніна // Хірургія України. – 2004. – № 2 (10). – С. 16–20.
4. *Therneau T.M.* Penalized survival models and frailty / T.M. Therneau, P.M. Grambsch, V.S. Pankratz // J. Computational and Graphical Statistics. – 2003. – Vol. 12. – P. 156–175.
5. *Duchateau L.* The Frailty Model / L. Duchateau, P. Janssen. – New York: Springer, 2008.
6. *Маев И.В.* Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Лечащий врач. – 2003. – № 5. – С. 4–8.
7. *Передерий В.Г.* Как вылечить хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки и предупредить рак желудка. В вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту: Монография / В.Г. Передерий, В.В. Чернявский. – Луганск: ОАО ЛОТ, 2005. – 315 с.
8. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271. Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

*Е.М. Очердько, Н.М. Кизлова*

#### **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБОСНОВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЛЬНИХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Панельним дизайном обстежено 400 пацієнтів з зворотною язвою желудка и двенадцатиперстной кишки. Рандомизовано здійснювалось призначення програми реабілітації 220 больним с першим в житті епізодом госпіталізації и последующим четырехлетним мониторингом. Основними результирующими признаками были динамика следующей госпитализации в дневной стационар. Снижение риска последующей госпитализации на 23 % расценивалось как эффективность назначенной программы реабилитации. Анализ данных осуществлялся на основе МСМС-сэмплера Гиббса по семипараметрической модели пропорциональных рисков Кокса. Относительно низкая эффективность реабилитации при язвах обусловлена, по нашему мнению, низким комплаєнсом пацієнтів. Именно поэтому программу реабилитации целесообразно начинать еще на стационарном этапе. Дополнительное количество дней продолжительности периода между госпитализациями до следующей госпитализации, которую обеспечивает назначение программы реабилитации, 39.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, программа реабилитации, дневной стационар.

*O.M. Ocheredko, N.M. Kizlova*

**MEDICO-SOCIAL SUBSTANTIATION TO REHABILITATION PROGRAM OF PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS**

We examined 400 patients with ulcer or erosion of the stomach and duodenum by the panel design. Assignment was carried out randomly. 220 patients altogether constituted experimental cohort with subsequent four-year monitoring. The response variable was expressed as terms to recurrent hospitalization in day care department. Observed 23% reduction in the risk of recurrent hospitalization was regarded as efficiency of rehabilitation program. Data analysis exploited Gibbs sampler solution of semiparametric Cox proportional hazards model. Parameters estimation proceeded by WinBUGS. Relatively low efficiency of rehabilitation in ulcer patients was due to lower compliance of these patients. That is why it is advisable to start program administration early in hospital staying. The study confirms the significant reduction in the risk of hospitalization due to rehabilitation administration by 23%. This renders additional 39 days until recurrent hospitalization.

**Key words:** *gastric and duodenal ulcer, rehabilitation program, gastroenterological day care department.*

*Поступила 03.06.15*