

## ПЕРВИННА, ВТОРИННА, ТРЕТИННА ПРОФІЛАКТИКА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

<sup>1</sup>Ткаленко О.М., <sup>2</sup>Латишенко С.В., <sup>3</sup>Сугиря Б.М.

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія

<sup>2</sup>Головний військово-медичний клінічний центр „ГВКГ”

<sup>3</sup>Військова частина А 1880

**Резюме.** Розроблені методичні підходи до первинної, вторинної, третинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у військовослужбовців в умовах денного стаціонару клініки амбулаторної допомоги. При багатофакторному підході до реабілітації у 81,6% хворих з виразковою хворобою наступила тривала ремісія, що дозволяє рекомендувати впровадження розроблених нами заходів в роботу лікувально-профілактичних закладів Збройних Сил України.

**Ключові слова:** військовослужбовці, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, первинна, вторинна, третинна профілактика.

**Вступ.** В розвинених країнах в національних програмах органів охорони здоров'я величезна увага приділяється освіті хворих. Ці освітні програми покликані створити тісні партнерські відносини між пацієнтом і лікарем і в питанні первинної, вторинної і третинної профілактики виразкової хвороби (ВХ). Це дуже важливий момент, оскільки виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) – тривале хронічне захворювання і лише грамотний, навчений пацієнт спільно з лікарем можуть разом подолати хворобу та значно підвищити якість життя хворого [1, 6, 7].

**Мета:** розробити підхід до профілактики загострень хронічного антрального гастриту та ВХДПК у військовослужбовців з використанням освітніх програм.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідженням було охоплено 60 військовослужбовців (військова частина А0178 (м. Київ), А1880, А1789, А1975 (Київська обл., м. Васильків), з якими в медичному пункті частини проводилося індивідуальне профілактичне консультування в організованій „школі-здоров'я”. Всі військовослужбовці, в анамнезі, проходили амбулаторне чи стаціонарне лікування з приводу загострення гастриту або гастродуоденіту. Вік військовослужбовців становив від 20 до 48 років (середній вік склав  $32,7 \pm 3,2$  р.) (І група). Особливості перебігу ВХДПК визначались шляхом проведення комплексного клініко-інструментального обстеження 98 військовослужбовців, які проходили лікування в денному стаціонарі (ДС) клініки амбулаторної допомоги (КАД) Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ” у 2008–2010 рр. з приводу загострення ВХДПК (ІІ група). В досліджувану групу ввійшли особи віком від 21 до 45 років, середній вік –  $30,5 \pm 2,9$  р.

Для стандартизації даних, щодо діагностики та клінічних проявів ВХДПК була розроблена алгоритмізована, спеціальна тематична карта: „Карта обстеження пацієнта із кислотозалежним захворюванням”.

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel 2010. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами розроблена освітня програма по первинній профілактиці ВХДПК серед військовослужбовців із наявністю хронічного антрального гастриту та гастродуоденіту. Первинна профілактика ВХДПК – це комплекс організаційних, лікувально-профілактичних, гігієнічних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення захворювання [2, 3]. Завдання освітньої програми:

інформування пацієнта про його захворювання та його фактори ризику (ФР);

формування у пацієнтів прагнення до лікування та мотивації оздоровлення;  
формування у пацієнтів умінь і навиків по самоконтролю за станом здоров'я;

допомога в усвідомленні пацієнтом необхідності зниження несприятливого впливу на здоров'я поведінкових ФР (харчування, стрес, шкідливі звички);

підготовка пацієнтів до самостійного аналізу причин і чинників, що впливають на здоров'я, навчання складання плану індивідуального оздоровлення.

Військовослужбовці, що навчалися в „школі-здоров'я” вели щоденник пацієнта. Він був невід'ємною частиною процесу навчання і містив необхідний довідковий матеріал. Залежно від питань пацієнтів, будувалася тематика занять. На першому занятті проводилися організаційні заходи: анкетування (де пацієнт вказував всі ФР, які можуть сприяти розвитку ВХ), пояснювалися правила ведення щоденника-самоконтролю (наявність або відсутність скарг, характер харчування).

Базова програма для осіб I групи складалася з 6 занять. Заняття проводилися по наступному плану:

1. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення, роль шлунку і ДПК в процесах травлення їжі (виключаючи спеціальну медичну термінологію).

2. ФР і їх вплив на формування і рецидивування ВХДПК.

3. Роль харчування. Режим харчування як основа профілактики ВХ.

4. Стрес і його вплив на функцію травлення.

5. Основи немедикаментозних методів в профілактиці ВХДПК.

6. Аналіз анкет, щоденників самоконтролю.

На завершальне заняття пацієнти приходили з попереднім аналізом своєї анкети слухача. Кожен пацієнт розповідав свої уявлення про ВХДПК, залежність клінічних проявів від особливостей харчування та стресових ситуацій. В кінці освітньої програми, лікар проводив з кожним пацієнтом раціональну бесіду, вказуючи на значущі ФР і принципи їх корекції. Метою раціональних бесід була мотивація до усунення шкідливих звичок і налаштування пацієнта до введення здорового способу життя. Поради щодо здорового способу життя не містили важко здійснювані рекомендації, які вимагали значних зусиль і додаткових

фінансових затрат. Свої поради ми супроводжували видачею письмових рекомендацій у вигляді пам'яток. По закінченню 2-х років спостереження, у даної групи пацієнтів, не виявлено загострення чи рецидиву хронічного антрального гастриту та гастродуоденіту. Цю групу пацієнтів, ми продовжуємо спостерігати.

Вторинна профілактика – комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних заходів, направлених на раннє виявлення, попередження загострень і ускладнень ВХДПК. До заходів вторинної профілактики належать боротьба з професійними ФР, раціональне працевлаштування з визначенням успішності соціально-трудової адаптації, попередження зниження працездатності, зокрема інвалідизації і передчасної смертності та покращення якості життя [1, 2, 4]. Рішення питання повернення пацієнта до виконання обов'язків військової служби відповідно до стану його здоров'я, і працездатності – головне питання вторинної профілактики. В умовах ДС, ми відкрили спеціалізовану „гастро-школу” для навчання хворих з ВХДПК методам профілактики і лікування ВХ в стадіях загострення і ремісії, проведення профілактичних, діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів із застосуванням сучасних медичних технологій. Завдання „гастро-школи”:

- інформування хворих про ВХ, ФР її розвитку, принципи лікування;
- навчання методам зниження несприятливого впливу на здоров'я ФР;
- ознайомлення хворих з немедикаментозними методами лікування ВХДПК;
- зниження рівня захворюваності, госпіталізації та інвалідизації хворих з ВХДПК;

проведення санітарно-освітньої роботи серед хворих з метою психологічної орієнтації на здоровий спосіб життя, відмову від куріння і інших шкідливих звичок.

Єдиним протипоказанням до навчання в спеціалізованій „гастро-школі” для хворих з ВХ, було особисте небажання хворого.

Курс навчання в „гастро-школі”, складався з 8 комплексних занять:

1. Анатомо-фізіологічні особливості ШКТ. Що таке ВХДПК?
2. Клінічні прояви ВХДПК.
3. Які обстеження і навіщо призначає Вам лікар, при ВХДПК.
4. Спосіб життя хворого при ВХДПК. Основи дієтотерапії хворого ВХДПК.
5. Допоможи собі сам (основи психодіагностики, психорелаксації, аутотренінга).
6. Медикаментозна терапія ВХ.
7. Основи фіто-, фізіотерапії, ЛФК, масажу в лікуванні і профілактиці рецидивів і ускладнень ВХ.
8. Навіщо хворому потрібна щорічна диспансеризація?

В умовах ДС, ми проводили цільове санітарно-гігієнічне навчання пацієнтів знанням і навикам, пов'язаним з доглядом за порожниною рота, доглядом за шкірними покривами, загартуванням. Після розгляду загальних питань клінічної картини і перебігу ВХДПК, обговорювалися основи медикаментозного лікування і виконання лікарських призначень. При плануванні занять ми враховували той факт, що у слухачів „гастро-школи” при обстеженні виявлялися іпохондричні і

депресивні розлади, які виражалися в підвищеному неспокої з приводу свого здоров'я, численні скарги на порушення функціонування різних систем організму.

Третинна профілактика (медична реабілітація, відновне лікування) спирається на принципи комплексності, індивідуалізації, своєчасності, доступності, спадкоємності, адекватності, етапності і інформативності. Завданням реабілітації є вироблення методів, які сприяють відновленню і компенсації порушених функцій у пацієнтів з метою запобігання ускладнень і стійкої інвалідизації [2, 5].

У даній роботі представлений досвід медичної реабілітації військовослужбовців з ВХДПК в умовах ДС КАД та медичного пункту військової частини. Уміння передбачати розвиток ВХДПК і несприятливі варіанти її перебігу, давало нам конкретний інструмент для проведення заходів та вибору індивідуальних засобів блокування розвитку даної патології. Вивчення сезонності загострень ВХДПК у 120 хворих показало, що найчастіше вони реєструвалися в осінній період. На осінь доводилося 45%, на зиму – 11%, на весну – 38% і на літо – 6%. Перший незначний підйом реєструвався в лютому-березні. З квітня спостерігалось зниження захворюваності, що продовжувалося в травні, червні та липні. Збільшення числа загострень розпочиналося з серпня з подальшим утриманням на високих цифрах у вересні, жовтні, листопаді. З цього випливає, що найменша стійкість організму у хворих з ВХДПК була відмічена на стику літа і осені (серпень-вересень), а також взимку і весною (лютий-березень). Слід зазначити, що перехід до більш несприятливих умов (від тепла до холоду, від довгих днів до коротких) вимагає від організму більшого напруження адаптаційних механізмів. Вивчивши у хворих ритм загострень, ми проводили протирецидивне лікування. Важливими компонентами профілактичного лікування були:

- дотримання лікувальної дієти (в період загострення) і режиму харчування ;
- повна відмова від куріння і вживання алкогольних напоїв;
- подовження часу сну до 8-9 годин;
- звільнення від позмінної роботи, особливо в нічний час, тривалих відряджень;
- медикаментозне лікування;
- фізіотерапія;
- санація порожнини рота;
- психотерапевтичні дії.

Виходячи з складного патогенезу ВХДПК, ми враховували, що дієтичне харчування і дотримання режиму харчування – важливий компонент терапії. Під режимом харчування розуміли кратність прийому їжі протягом доби і кількісний розподіл їжі по окремих прийомах. Режим харчування залежав від умов трудової діяльності і звичок хворих, оптимальним було 4-х разове харчування: сніданок 15-20% від загальної калорійності добового раціону, другий сніданок – 20%, обід – 35%-40%, вечеря – 25%. Максимальна перерва між прийомами їжі у хворих склала 3,5-4 год. Проміжок часу між вечерею і сном склав 2 години. Пацієнти, що навчалися в „гастро-школі”, вели щоденники самоконтролю, із вказівкою часу

їди, характеру, наявності або відсутності неприємних відчуттів, що виникають після їжі.

Реабілітація хворих після лікування в ДС КАД продовжувалася в умовах медичного пункту військової частини. Мета цього етапу реабілітації полягала в закріпленні досягнутих результатів, переконанні хворого виконувати рекомендації щодо режиму праці й побуту, правильному харчуванню, відмові від алкоголю і куріння. Хворі перебували на диспансерному спостереженні, суть якого зводиться до своєчасного обстеження і початку лікування загострення при появі перших скарг. Нами рекомендовано терапію „за вимогою” – при появі перших симптомів, характерних для загострення ВХ хворий приймає антисекреторний препарат (блокатор протонної помпи) в повній добовій дозі, протягом 2-3 днів, а потім в половинній дозі протягом 2-х тижнів. Якщо після проведеної терапії симптоми загострення зникали, терапію припиняли, якщо симптоми не купувалися, проводили ФЕГДС.

Для вивчення ефективності запропонованих заходів, проведений активний диспансерний моніторинг за 98 хворими, які були залучені в освітній процес.

Оцінка ефективності курсів реабілітаційної терапії через 1 місяць виражалася в поліпшенні загального самопочуття у 72,6%±6,1% хворих в порівнянні з початковими значеннями 36,5%±8,7% ( $p<0,05$ ), у зменшенні больового синдрому у 76,5%±5,8% відповідно в порівнянні з початковими значеннями 36,6%±8,8% ( $p<0,05$ ), зменшення диспепсичних проявів хворих у 72,5%±6,2% в порівнянні з початковими 48,6%±9,1% ( $p<0,05$ ), поліпшення настрою і нормалізації сну у 68,2%±6,5% хворих (38,2%±8,8% відповідно) ( $p<0,05$ ). Результат повного загоєння виразкового дефекту, у 100% хворих, отримано через 30 днів лікування.

Проводилася віддалена (через 24 місяці) оцінка ефективності проведених реабілітаційних заходів, по показникам тимчасової непрацездатності, рівню госпіталізації хворих в цілодобовий стаціонар, наявності рецидивів ВХ (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Результати запровадження освітніх програм для військовослужбовців з ВХДПК (n=98), %**

Показники	До запровадження (n=98)	Після запровадження (n=98)
Кількість випадків загострень	72	19*
Ускладнення протягом року	–	–
Кількість звернень за медичною допомогою з приводу ВХДПК	72	23*
Кількість госпіталізацій	60	8*
Кількість днів непрацездатності за рік в зв'язку із загостреннями ВХДПК	1862	379*
Використовували рекомендації, які отримали під час або після лікування в ДС	45	75*
Використовували терапію „за вимогою”	23	64*

Примітка: \* – вірогідність різниці достовірна при  $p<0,05$ .

Найбільш позитивним ефектом запропонованих підходів було зниження частоти рецидивів ВХДПК. Спостереження протягом 2-х років за II групою показало, що загострення захворювання наступило у 19,4% хворих ( $p < 0,05$ ). Зменшення кількості загострень обумовило позитивний вплив і на інші проаналізовані нами показники: число випадків тимчасової непрацездатності скоротилося в шість разів, тільки 16% пацієнтів ( $p < 0,05$ ) були звільнені від виконання функціональних обов'язків з приводу загострення ВХДПК, терміном в середньому на  $12 \pm 1,8$  днів (табл. 1).

Як свідчать дані проведеного дослідження достовірно знизилась частота госпіталізації в стаціонар (100% проти 8,1%, при  $p < 0,001$ ). Стаціонарне лікування протягом моніторингу з приводу загострення проходили лише 8 хворих (при цьому ніхто з них не користувався отриманими від нас рекомендаціями (табл. 1).

Ми проаналізували число днів тимчасової непрацездатності військовослужбовців за рік до запровадження комплексу медико-організаційних заходів та за рік спостереження. Число днів тимчасової непрацездатності в цілому по групі скоротилось з 1862 днів до 379 (100% проти 20,35%, при  $p < 0,001$ ) (табл. 1).

Важливою умовою закріплення досягнутих результатів лікування є дотримання рекомендацій, вказаних у виписному епікризі. Які передбачають продовження антисекреторної терапії протягом двох тижнів, дотримання рекомендацій по режиму праці і відпочинку, правильному харчуванні, відмові від алкоголю та паління. Нами було з'ясовано, що до запровадження освітніх програм, після виписки із стаціонару, лише 45,73% військовослужбовців дотримувались рекомендацій вказаних у виписному епікризі. Після впровадження заходів з підвищення поінформованості військовослужбовців виявлено, що достовірно ( $p < 0,05$ ) зросла частка хворих (76,5%), що користувались рекомендаціями, отриманих під час і після лікування в ДС.

До початку моніторингу, в анамнезі, при загостренні, самостійно приймали антисекреторні, спазмолітичні та в'язучі препарати 38,33% військовослужбовці. Тоді як після детальної поінформованості пацієнтів, про можливість ефективно попередити загострення, 63,3% військовослужбовців ( $p < 0,05$ ) використовували лікування „за вимогою”. При цьому жоден військовослужбовець, який отримував лікування „за вимогою”, не був звільнений від службових обов'язків в зв'язку із загостренням ВХДПК.

#### **Висновки:**

1. Для оптимізації надання медичної допомоги військовослужбовцям з ВХДПК в амбулаторних умовах розроблено та запроваджено методичні підходи до первинної, вторинної, третинної профілактики ВХДПК.

1. При багатофакторному підході до реабілітації у 81,6% пацієнтів з ВХДПК наступила тривала ремісія. У хворих зникли скарги на пригніченість, відчуття внутрішньої напруги, відновився інтерес до звичного кола занять.

2. Рационально розроблені методичні підходи до первинної, вторинної, третинної профілактики ВХДПК у військовослужбовців, ведуть до зниження захворюваності на ВХДПК, запобігаючи рецидивам і хірургічному лікуванню.

## Література:

1. Бібік Т. А. Медико-організаційні заходи щодо підвищення якості медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в амбулаторних умовах (на прикладі Клініки амбулаторної допомоги ГВМКЦ „ГВКГ”) : метод. реком. для лікарів / Т. А. Бібік, О. М. Ткаленко. — К. : РВВ УВМА, 2010. — 60 с.
2. Бібік Т. А. Медико-організаційні заходи щодо оптимізації диспансерного динамічного спостереження за військовослужбовцями з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки / Т. А. Бібік, О. М. Ткаленко // Військова медицина України. — 2009. — Т. 9, № 4. — С. 87—94.
3. Кислотозависимые заболевания / [Передерий В., Ткач С., Кузенко Ю., Скопченко С.]. — К. : „ААБ” и „ВСБ”, 2008. — 425 с.
4. Маев И. В. Современные подходы к лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев // Российские медицинские вести. — 2010. — Т. 15, № 1. — С. 75—78.
5. Осьодло Г. В. Практичні аспекти сучасної гастроентерології / Осьодло Г. В., Козачок М. М., Куц Т. В. — Вінниця : ТОВ „Консоль”, 2010 — 368 с.
6. Фарбер А. В. Стандарты лечебно-диагностической помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. В. Фарбер, Е. Л. Никонов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2009. — № 2. — С. 42—49.
7. Louw J. A. The management of peptic ulcer disease / J. A. Louw, I. N. Marks // Current Opinion in Gastroenterology. — 2009. — Vol. 19, № 2. — P. 553—539.

## ПЕРВИЧНАЯ, ВТОРИЧНАЯ, ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ткаленко О.М., Латишенко С.В., Сугиря Б.М.

**Резюме.** *Разработаны методические подходы к первичной, вторичной, третичной профилактики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у военнослужащих в условиях дневного стационара клиники амбулаторной помощи. При многофакторном подходе к реабилитации у 81,6% больных с язвенной болезнью наступила длительная ремиссия, что позволяет рекомендовать внедрение разработанных нами мер в работу лечебно-профилактических учреждений Вооруженных Сил Украины.*

**Ключевые слова:** *военнослужащие, язвенная болезнь, первичная, вторичная, третичная профилактика.*

## PRIMARY, SECONDARY, TERTIARY PREVENTION ULCERS ON AN OUTPATIENTS BASIS

O. Tkalenko, S. Latishenko, B. Sugiriy

**Summary.** *Methodological approaches to primary, secondary, tertiary prevention of duodenal ulcer in military personnel in day-care clinic outpatient care. In multivariable approach to rehabilitation in 81.6% of patients with peptic ulcer occurred long remission, allowing us to recommend the introduction of measures developed in the work of medical institutions of the Armed Forces of Ukraine.*

**Keywords:** *military, ulcer duodenal ulcer, primary, secondary, tertiary prevention.*