

УДК 616.33-002.44;616-036.8;615.851.3

Я.С. Березницький¹, А.В. Снісар²

ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ

¹Дніпропетровська державна медична академія²Український Державний інститут медико-соціальних проблем інвалідності, Дніпропетровськ

Актуальним питанням залишається визначення причин виникнення негативних інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування виразкової хвороби та її ускладнень та розробка технології медико-соціальної реабілітації оперованих хворих. Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування хворих на ускладнену виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки шляхом визначення причин розвитку незадовільних результатів лікування, які призводять до інвалідизації оперованих, та удосконалення технології їх медико-соціальної реабілітації. Проведено комплексне обстеження та медико-соціальна реабілітація 148 хворих та інвалідів після хірургічного лікування ВХ та її ускладнень. Всі пацієнти були розподілені на три групи. До I групи віднесені 30 (20,3%) хворих після симптоматичних операцій (ушивання виразки, висікання виразки з піло-ропластикою), до II групи – 34 (23%) після органозберігаючих операцій, до III – 84 (56,7%) хворих після резекційних втручань, до яких відносили також економну резекцію шлунку із ваготомією. Встановлено, що провідними причинами виникнення негативних інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби є збереження підвищеної шлункової кислотності, контамінація *Helicobacter pylori*, порушення моторно-евакуаторної функції шлунку та дванадцятипалої кишки і патологічний жовчний рефлюкс, що, залежало від вибору, технічно вірного виконання операції та післяопераційної реабілітації оперованих. Розроблена удосконалена технологія медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів після хірургічного лікування виразкової хвороби та її ускладнень та встановлені патогенетично обґрунтовані методи хірургічної реабілітації цих хворих. Встановлення на підставі даних комплексної клініко-експертної діагностики причин негативних інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби та впровадження удосконаленої технології медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів із визначенням патогенетично обґрунтованих методів їх хірургічного лікування дозволяє покращити результати відновного лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: виразкова хвороба, незадовільні інвалідизуючі наслідки, реабілітація.

Питання лікування виразкової хвороби (ВХ) шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишаються актуальною проблемою хірургії та гастроентерології, яка має не тільки медичне, а й соціальне значення [1, 2]. Поява нових даних щодо етіології, патогенезу, відновного лікування ВХ не призвело до суттєвого зменшення кількості її життєвонебезпечних ускладнень [3].

Результати оцінки віддалених післяопераційних результатів і ефективності різних видів оперативних втручань при ВХ та її ускладненнях залишаються досить суперечливим. Післярезекційні та післяваготомічні синдроми стають головною причиною інвалідизації пацієнтів після хірургічного лікування ВХ [4]. Однак, недостатньо вивчені причини виникнення віддалених інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування ВХ та її ускладнень в залежності від виду виконаної операції.

При лікуванні ускладнень ВХ рекомендується та чи інша тактика післяопераційної ре-

абілітації пацієнтів [5]. Однак запропоновані технології медичної реабілітації потребують вдосконалення з урахуванням різних післярезекційних та післяваготомічних синдромів, виду перенесеної операції, враховуючи сучасні погляди на реабілітацію хворих з ускладненнями ВХ.

Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування хворих на ускладнену виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки шляхом визначення причин розвитку незадовільних результатів лікування, які призводять до інвалідизації оперованих, та удосконалення технології їх медико-соціальної реабілітації.

Матеріали та методи

Проведено комплексне обстеження та медико-соціальна реабілітація 148 хворих та інвалідів у віддаленому періоді після хірургічного лікування ускладнень ВХ – перфорації, кровотечі та пілородуоденального стенозу.

Чоловіків було 125 (84,5%), жінок 23 (15,5%). Серед обстежених 97,3% були працездатного віку.

З приводу рецидиву виразки та її ускладнень на етапах медичної реабілітації до обстеження повторно були оперовані 57 (60%) пацієнтів. Після операцій у 33 (57,8%) хворих виник рецидив пептичної виразки (ПВ).

Обстежені були розподілені на три групи. До I групи віднесені 30 (20,3%) хворих після симптоматичних операцій (ушивання виразки, висікання виразки з пілоропластикою), до II групи – 34 (23%) після органозберігаючих операцій (ОЗО), до III – 84 (56,7%) хворих після резекційних втручань, до яких відносили також економну резекцію шлунку (РШ) із ваготомією.

В II групі дослідження СтВ виконано у 15 (44,1%) хворих, передня СтВ – у 5 (14,7%), СВ – у 4 (11,8%), СПВ – у 10 (29,4%) пацієнтів.

В III групі обстежених РШ за Б-I виконана у 13 (15,4%), за Б-II – у 49 (58,3%), за Ру – у 5 (6%), пілорусзберігаюча резекція – у 2 (2,4%), секторальна РШ – у 1 (1,2%), РШ за Б-I з ваготомією – у 11 (13,1%), РШ за Б-II з ваготомією – у 2 (2,4%), РШ за Ру з СтВ – у 1 (1,2%) пацієнта.

Комплексне обстеження включало, крім загальних клінічних методів, ендоскопічне дослідження шлунку та ДПК, діагностику *Helicobacter pylori* (НР) за допомогою швидкого уреазного тесту та бактеріоскопії мазків-відбитків з гастробіоптатів, рентгенологічне дослідження моторно-евакуаторної функції (МЕФ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ), вивчення стану кислотопродуруючої функції (КПФ) шлунку завдяки добовому гастроpH-моніторингу за методикою В.М. Чорнобрового із аналіз наступних показників: рН мінімальний (рН min); рН максимальний (рН max); медіану масиву замірів рН (Ме-М); середнє арифметичне масиву отриманих значень рН (Х) та відсотків рН у функціональних інтервалах рН (ФІ рН) від 0 до 5 (у напрямку зростання кислотності шлунку) та індивідуальних функціональних максимумів (ІФМ) кислотності [6]. Визначали рівень гастрину-17 крові за допомогою хемолюмінісцентно посиленого іммуно-ферментного аналізу. Нормальний рівень гастрину в крові встановлювався у межах референтних значень 13-115 пкг/мл.

Статистичне опрацювання матеріалів до-

слідження проводили з використанням методів біостатистики, реалізованих у пакеті програм STATISTICA v.6.1. Критичне значення рівня значимості (p) приймалося $\leq 5\%$.

Результати та обговорення

В I групі обстежених в 12 (40%) випадках встановлено рецидив ПВ: у 10 випадках – виразка ДПК, у 2 – ПВ обхідного гастроентероанастомозу (ГЕА). Ерозивне ураження слизової оболонки (СО) шлунку та ДПК виявлено у 5 (16,7%) хворих. У 19 (63,3%) пацієнтів I групи виявлено контамінацію НР. Встановлено прямий зв'язок між наявністю запалення СО шлунку та ДПК та інфікованістю НР ($r=0,53$; $p<0,05$). Достовірного зв'язку між запаленням СО шлунку або виразкою ДПК та рефлюксом жовчі у шлунок не виявлено ($p>0,05$).

Рецидив ПВ в II групі виник у 11 (32,3%) випадків, після перетинання лише переднього блукаючого нерву – в 3 (27,3%) випадках, після СтВ – в 4 (36,3%), після СВ – в 2 (18,2%), після СПВ – в 2 (18,2%) випадках. У 3 (8,82%) хворих діагностовано виразку цибулини ДПК, в 1 (2,94%) – виразку кардіального відділу шлунку, в 3 (8,82%) – ПВ ділянки ПП, в 4 (11,76%) – ПВ ГЕА. Ерозивний гастрит виявлено у 2 (5,88%) хворих, ерозивний бульбіт – в 4 (11,76%) випадках. Діагностика контамінації НР проведено у 25 (73,5%) пацієнтів, в 12 (48%) випадках вона була позитивна, однак зв'язку між запаленням СО шлунку і ДПК та контамінацією НР не виявлено ($p>0,05$). Також не відмічено достовірної залежності запалення СО шлунку від рефлюксу жовчі у шлунок ($p>0,05$).

В III групі дослідження пептична виразка анастомозу (ПВА) діагностована у 20 (23,8%) хворих: після РШ за Б-II – у 14, за Б-I – у 1, за Ру – у 3, після РШ з ваготомією – у 2. Ерозивний ураження кукси шлунку було у 4 випадках. Рецидив виразки частіше виникав після РШ за Б-II, ніж після РШ за Б-I ($p<0,05$). Рецидив ПВА після РШ за Ру склав 60%, що обумовлено при збереженні шлункової кислотності відсутністю нейтралізуючої дії жовчі на зону анастомозу. Патологічний рефлюкс жовчі у кіксу шлунку встановлено у 33 (39,3%) пацієнтів, який в 25 (75,7%) випадках асоціювався із запаленням СО шлунку. Встановлена достовірна пряма залежність запалення СО кукси шлунку та зони анастомозу від рефлюксу жов-

чі у шлунку ($R=0,36$; $p<0,05$). Діагностика інфікованості НР проведена у 67 (80%) хворих. Контамінація НР встановлена у 20 (29,8%) випадках. При ерозивно-виразковому ураженні анастомозу лише у 2 (13,3%) випадках був засів НР легкого ступеню.

При вивченні КПФ шлунку у 22 хворих I групи при ерозивно-виразкових ураженнях СО переважали показники рН на рівні нормацидності та помірної гіперацидності, при ендоскопічних ознаках гастродуоденіту переважна більшість показників рН знаходилась у межах ФІ4 та ФІ5. При відсутності ендоскопічних ознак запалення СО шлунку та ДПК частіше рівень рН був в межах помірної та вираженої гіпоацидності. При ерозивно-виразковому ураженні СО шлунку та ДПК відсоток рН в ІФМ рН1-2 був достовірно більше, ніж при відсутності запалення СО ($p<0,05$). Різниця між іншими показниками КПФ шлунку в залежності від виду патології була недостовірною ($p>0,05$).

Проведено аналіз КПФ шлунку у 24 хворих II групи. У 21 (87,5%) хворих встановлено збереження шлункової кислотності на рівні гіпер- та нормацидності. Показники рН мін, Ме-М, X при рецидиві виразки були достовірно менше, ніж при відсутності ендоскопічних ознак запалення СО ($p<0,05$). В свою чергу, достовірної різниці між цими показниками у хворих з рецидивом виразки, ерозіями СО та запаленням не встановлено ($p>0,05$). При порівнянні показників рН у ФІ у хворих з рецидивом виразки та ерозивним ураженням СО при наявності активної виразки відсоток рН у ФІ5 значно перевищувало це значення при ерозіях СО ($p<0,05$), різниця між рівнем рН у інших ФІ була недостовірною. Тобто, рецидив виразки супроводжувався більш значним підвищенням шлункової кислотності з перевагою рН у межах вираженої гіперацидності. Не встановлено достовірної різниці відсотків рН у ФІ між випадками ерозивного ураження та при запальні СО ($p>0,05$).

В III групі вивчення КПФ кукси шлунку було проведено 44 пацієнтам. У 37 (84,1%) випадках виявлена нормацидність та гіперацидність. При ПВА рівень рН мін був значно менше, ніж у групі з гастритом кукси шлунку (ГКШ), а показник рН max переважав у хворих за ГКШ ($p<0,05$). При цьому значення рН мін, Ме-М та X при ПВА були досто-

вірно менше, ніж при відсутності запалення ($p<0,01$). Достовірної різниці між показниками КПФ при ГКШ та при відсутності запалення СО не виявлено ($p>0,05$). При порівняльній показників КПФ у ФІ рН у групі з ПВА та з ГКШ і анастомозитом встановлена достовірна різниця між кількістю у відсотках показників рН у ФІ5 ($p<0,01$) та ФІ4 ($p<0,05$) (гіперацидність виражена та помірною) й у ФІ1 ($p<0,01$) і ФІ0 ($p<0,05$) (гіпоацидність виражена та помірною). При наявності патологічного жовчного рефлюксу відмічена перевага рівня рН у бік гіпоацидності. Після РШ за Б-2 показники КПФ шлунку (рН min, рН max, Ме-М та X) були достовірно менше, ніж після резекції за Б-1 ($p<0,05$). На протигагу цього після Б-1 більш частіше реєструвалися показники рН у межах ІФМ 4-5 та 6-7 (помірна та виражена гіпоацидність) ($p<0,05$).

Таким чином, збереження шлункової кислотності після симптоматичних операцій з перевагою показників рН у інтервалі 1-2 стає одним з патогенетичних чинників рецидиву ПВ у цієї категорії хворих. Підвищений рівень КПФ шлунку після ОЗО та РШ стає провідною причиною рецидиву ПВ після цих операцій.

При рентгенологічному дослідженні в I групі у 2 (6,7%) хворих виявлено компенсований пілородуоденальний стеноз, у 1 хворого – декомпенсований стеноз обхідного ГЕА. Порушення МЕФ ШКТ після симптоматичних операцій пов'язані з рецидивом виразки та рубцевими післяопераційними змінами у ділянці воротаря та цибулини ДПК, які призводили до пілородуоденального стенозу, порушення евакуації зі шлунку, що ставало причиною негативних віддалених наслідків хірургічного лікування цієї категорії хворих та обмеження їх життєдіяльності.

В II групі дослідження у 10 (29,4%) пацієнтів мали місце ознаки гастростазу I ст. У 1 пацієнтів був субкомпенсований стеноз цибулини ДПК після ПП; СтВ з дуоденопластикою призвела до гастростазу III ступеня у 1 хворого внаслідок пілороспазму. В 1 випадках мав місце гастростаз III ст у зв'язку з високий неефективно функціонуючий ГЕА, який розташовувався на великій кривизні шлунку та не дрениував антральний відділ.

У III групі дослідження у 2 хворих було діагностовано синдром привідної кишки (СПП) легкого ступеню, у 1 – середнього ступеню.

Гастростаз I ст. встановлено у 2 хворих, компенсований стеноз ГЕА – у 2. Дуоденостаз III ступеню після РШ за Б-1 виявлено у 2 пацієнтів. Після РШ характерна перевага прискореної евакуації із кукси шлунку, що стає одним з факторів виникнення у віддаленому періоді післярезекційних синдромів. Однак у деяких хворих відмічалася затримка евакуації зі шлунку, причиною якої був стеноз анастомозу, каскадна деформація шлунку після пілорусзберігаючої резекції, дуоденостаз, що стало причиною виникнення незадовільних післяопераційних результатів.

При поєднанні ваготомії із РШ постваготомний гастростаз I ступеню було встановлено у 2 хворих, гастростаз III ступеню – у 2, в 1 випадку – дуоденостаз III ступеню. У 1 пацієнта причиною затримки евакуації контрасту зі шлунку був рецидив пептичної виразки анастомозу, що супроводжувався звуженням проксимального відділу відвідної кишки за рахунок набряку СО та підтверджено при ендоскопічному дослідженні.

Таким чином, порушення МЕФ шлунку та ДПК стають однією з причин виникнення у віддаленому післяопераційному періоді незадовільних наслідків хірургічного лікування ВХ та її ускладнень. Характер та особливості цих порушень визначаються видом перенесеної операції та залежать від технічного виконання оперативного втручання.

Для діагностики синдрому Золлінгера-Еллісона було визначено рівень гастрину крові у 16 хворих з рецидивом ПВ після радикальних операцій. Підвищення цього гормону встановлено у 4 (25%) хворих. З них у 2 пацієнтів цей показник не перевищував 500 пг/мл. У цих хворих причиною гіпергастріемії був декомпенсований гастростаз у зв'язку з високим неефективно функціонуючим ГЕА та затримкою контрастної суміші в антральному відділі шлунку, що призводило до тривалого подразнення слизової оболонки антруму та обумовлювало гіпергастріемію. У 2 обстежених рівень гастрину значно перевищував вище вказаний поріг, цим хворим встановлено діагноз синдром Золлінгера-Еллісона. При комп'ютерній томографії були виявлені пухлиноподібні утворення у підшлункові залозі та зачеревинному просторі. У інших 12 пацієнтів рівень гастрину знаходився у межах референтних значінь.

Таким чином, серед причин, які призводять до виникнення незадовільних інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування ВХ та її ускладнень з урахуванням виду перенесеної операції можливо виділити збереження підвищеної шлункової кислотності, контамінація НР, порушення МЕФ шлунку та ДПК і патологічний жовчний рефлюкс. Виникненні незадовільних наслідків хірургічного лікування ускладнених форм ВХ залежить від вибору, технічно вірного виконання операції та післяопераційної реабілітації.

На підставі отриманих даних комплексної клініко-експертної діагностики досліджуваної групи хворих та інвалідів розроблена удосконалена технологія медико-соціальної реабілітації пацієнтів після хірургічного лікування ВХ та її ускладнень. Запропонована технологія є уніфікованим алгоритмом щодо розробки індивідуальної програми реабілітації для кожного пацієнта з урахування виявленої патології. У подальшому при проведенні комплексної реабілітації та динамічного спостереження за пацієнтами до первинної індивідуальної програми медичної реабілітації вносили необхідні зміни та доповнення.

Всім хворим та інвалідам після проведення комплексної клініко-експертної діагностики та встановлення клініко-експертного діагнозу проведено відновне консервативне лікування та хірургічну реабілітацію згідно запропонованої технології. Обсяг відновного лікування залежав від виду та об'єму раніше перенесеної операції та характеру виявленої патології. Головними напрямками медикаментозної терапії були: ерадикація НР, кислотознижуюча терапія, покращення МЕФ ШКТ, гастроцитопротекція та корекція ентеральної недостатності.

Серед обстежених хворих та інвалідів повторно були прооперовано 28 (27%) пацієнтів. Після симптоматичних операцій прооперовано 3 (10,71%) пацієнтів, після ОЗО – 8 (28,57%), після РШ – 17 (60,72%) хворих. Обсяг хірургічної реабілітації планували, враховуючи раніше перенесені втручання, характер патології та причини її виникнення. Характеристика оперативних втручань, які були використані при хірургічній реабілітації досліджуваної групи хворих та інвалідів наведено у таблиці 1.

Характер виконаних оперативних втручань

наведено у таблиці 2. У випадку ПВ обхідного ГЕА в 1 випадку виконано СтВ, реконструкцію ГЕА та ентероентеростомію, в 1 – РШ за Б-І та СтВ. При ПВ після ізольованої пілоропластики у 1 хворого виконано РШ за Б-І із СтВ.

При рецидиві ПВ після ОЗО, як правило, виконували резекційні втручання. Однак при рецидиві виразки та стенозі виходу зі шлунку після СПВ з ПП можливо використання СтВ,

що було виконано у 1 випадку з добрим віддаленим результатом, при цьому ваготомію доповнили ГЕС. При рецидиві виразки після СтВ перевагу надавали РШ, як найбільш ефективній операції. В 1 випадку виконання СтВ з реконструкцією ГЕА при ПВА після передньої СтВ не дозволило адекватно зменшити рівень шлункової кислотності, що призвело до рецидиву ПВ ГЕА.

У подальшому при використанні резек-

Таблиця 1.

Показання до хірургічної реабілітації у досліджуваній групі хворих

Показання до операції	Кількість хворих	%
ПВА після резекції шлунку	13	46,43
ПВ ділянки пілоропластики	4	14,3
ПВ обхідного ГЕА	5	17,85
СПП після резекції шлунку за Б-І	3	10,71
Стеноз ГЕА	1	3,57
Декомпенсований стеноз після дуоденопластики	1	3,57
Демпінг-синдром III ст.	1	3,57
Всього	28	100

Таблиця 2.

Характеристика повторних оперативних втручань у досліджуваній групі хворих та інвалідів

Вид операції	Кількість хворих	%
Ств, пластика ГЕА, ентероентеростомія	1	3,57
Ізольована СтВ	9	32,16
СтВ, ГЕА	2	7,14
РШ за Б-І, СтВ	4	14,29
РШ за Гофмейстером-Финстерером	1	3,57
РШ за Б-І	3	10,71
Реконструкція Б-І у Б-І	1	3,57
СтВ, регастроуденостомія	1	3,57
РШ за Ру із СтВ	1	3,57
Пілоропластика за Фінеєм	1	3,57
Ентероентеростомія	3	10,71
Реконструкція ГЕА	1	3,57
Всього	28	100

ційних операцій перевагу надавали РШ за Б-І, яка була виконана у 3 хворих з рецидивом ПВ після ОЗО, в 1 випадку РШ доповнили СтВ, в 1 випадку – РШ за Гофмейстером-Фінстерером.

У 1 пацієнта із стенозом цибулини ДПК на тлі гіпоацидності після СПВ та дуоденопластики виконано ізольовану ПП за Фінеєм з добрим віддаленим результатом.

При ПВА після РШ причиною рецидиву виразки було збереження КПФ кукси шлунку на високому рівні. При підтвердженні впливу вагусної іннервації на шлункову кислотність перевагу надавали ізольованій СтВ, що було виконано у 10 хворих. В 1 випадку після РШ за Б-І СтВ доповнили ентероентеростомією, у 1 хворого – крурорафією. В 1 випадку при поєднанні ПВА зі стенозом ГДА виконана СтВ та регастродуоденостомія. При ПВА після РШ за Б-І можливо виконання реконструктивної операції – резекції шлунку за Б-І, що було використано у 2 хворих. У 1 з них операцію доповнили СтВ, у 1 пацієнта з негативним атропіновим тестом це втручання було операцією вибору. Ефективним оперативним втручанням при ПВ після РШ за Б-І є також реконструктивна РШ за Ру, яку обов'язково необхідно доповнювати СтВ, що мало місце в 1 випадку.

При СПП після РШ за Б-І перевагу надавали ізольованій ентероентеростомії – у 3 (10,71%) хворих. Це надавало змогу ефективно дренивати привідну кишку та зменшувати явища стази у ній. При ізольованому стенозі анастомозу після РШ за Б-І на тлі зниженої шлункової кислотності у 1 (3,57%) випадку виконана реконструкція ГЕА. У 1 пацієнта з демпінг-синдромом Шст. після СВ та ПП виконана реконструктивна РШ за Б-І.

Таким чином, як свідчать отримані результати дослідження, при рецидиві пептичної виразки після симптоматичних операцій можливо використання як ОЗО, так і резекції шлунку. Якщо після симптоматичних операцій у якості дренивання шлунку накладали ГЕА, то при рецидиві захворювання можливо виконання лише ізольованої ваготомії при позитивному атропіновому тесті та ефективно функціонуючому ГЕА. При рецидиві виразки після ОЗО операцією вибору є РШ за Б-І. Спроби виконання реваготомії після ОЗО не завжди дають позитивний ефект. Можливо використання СтВ після СПВ у випадку під-

твердження неповної ваготомії та позитивному атропіновому тесті. Найявністю ПВА після РШ є показанням до виконання ізольованої СтВ при позитивному атропіновому тесті. У випадку негативного атропінового тесту показана резекція шлунку.

Динамічне спостереження після проведення медичної реабілітації здійснено у 116 (78,4%) хворих, консервативне лікування проведено 88 (75,8%) пацієнтам. Термін спостереження був від одного до 5 років (в середньому 3 роки). Рецидив ПВ після хірургічної реабілітації діагностовано у 2 (9,1%) хворих. Серед 28 оперованих до виконання хірургічної реабілітації інвалідами II групи було визнано 5 (17,8%) хворих, III групи – 10 (35,5%) пацієнтів. Після виконання оперативних втручань II група інвалідності була продовжена 1 пацієнту, III група – 6 хворим, зменшення II групи на III мало місце у 4 хворих, повністю були реабілітовані 4 особи, з них було знято групу інвалідності. Серед 74 (84,1%) інвалідів, яким проведено медикаментозне лікування III група інвалідності продовжена у 29 (39,2%) хворих, зменшення групи інвалідності з II до III мала місце у 2 (2,7%) хворих, II група інвалідності була збережена 2 (2,7%) пацієнтам. У 41 (55,4%) хворих, яким встановлювали III групу інвалідності, після комплексної медичної реабілітації при черговому огляді група інвалідності не встановлена.

Висновки

1. Причинами негативних інвалідизуючих наслідків хірургічного лікування виразкової хвороби та її ускладнень в залежності від виду виконаної операції є збереження підвищеної шлункової кислотності, контамінація *H.pylori*, порушення моторно-евакуаторної функції шлунку та дванадцятипалої кишки і патологічний жовчний рефлюкс.

2. Проведення комплексної клініко-експертної діагностики дозволяє здійснити вибір патогенетично обґрунтованих методів хірургічної реабілітації хворих та інвалідів після оперативного лікування виразкової хвороби та її ускладнень.

3. Розроблена удосконалена технологія медичко-соціальної реабілітації хворих та інвалідів після хірургічного лікування виразкової хвороби та її ускладнень дозволяє покращити результати відновного лікування значеного контингенту хворих.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ

Я.С. Березницький, А.В. Снисарь

Актуальным остается определение причин возникновения неудовлетворительных инвалидизирующих последствий хирургического лечения язвенной болезни и её осложнений и разработка технологии медико-социальной реабилитации оперированных пациентов. Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки путём определения причин развития неудовлетворительных результатов лечения, которые приводят к инвалидизации оперированных, и усовершенствовать технологию их медико-социальной реабилитации. Проведено комплексное обследование и медико-социальная реабилитация 148 больным и инвалидам после хирургического лечения осложнённой язвенной болезни. Все пациенты разделены на три группы. В I группу отнесены 30 (20,3%) больных после симптоматических операций (ушивание язвы, иссечение язвы с пилоропластикой), во II группу – 34 (23%) после органосохраняющих операций, в III – 84 (56,7%) больных после резекционных вмешательств, к которым относили также экономную резекцию желудка с ваготомией. Ведущими причинами возникновения неудовлетворительных инвалидизирующих последствий хирургического лечения осложнений язвенной болезни является сохранение повышенной желудочной кислотности, контаминация *Helicobacter pylori*, нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки и патологический желчный рефлюкс, которые зависят от выбора и технического правильного выполнения операции и послеоперационной реабилитации. Разработана усовершенствованная технология медико-социальной реабилитации больных и инвалидов после хирургического лечения язвенной болезни и её осложнений и определены патогенетически обоснованные методы хирургической реабилитации этих больных. Определение на основании данных комплексной клиничко-экспертной диагностики причин возникновения неудовлетворительных инвалидизирующих последствий хирургического лечения осложнений язвенной болезни и внедрение усовершенствованной технологии медико-социальной реабилитации с выделением патогенетически обоснованных методов хирургического лечения позволяет улучшить результаты восстановительного лечения этой категории пациентов

Ключевые слова: язвенная болезнь, неудовлетворительные инвалидизирующие последствия, реабилитация.

THE CAUSES OF DEVELOPING OF UNSATISFACTORY OUTCOMES AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF A PEPTIC ULCER AND ITS COMPLICATIONS

J.S. Berezniysky, A.V. Snisar

To remain actual definition of the causes of origination negative outcomes of surgical treatment of a peptic ulcer and its complications and development technol-

ogies of medical and social rehabilitation of operated patients. The aim – to enrich outcomes of surgical treatment sick of the complicated peptic ulcer of a stomach and a duodenum by definition of the causes of developing of negative outcomes of treatment which one to result an invalidism operated patients and to develop technology of their medical and social rehabilitation. Complex examination and medical and social rehabilitation of 148 patients after surgical treatment of the complicated peptic ulcer is conducted. In I bunch are attributed 30 (20,3%) patients after symptomatic operations (a ulcer sewing up, a cut of a ulcer with a pyloroplasty), in II bunch – 34 (23%) after organ-saving operations, in III – 84 (56,7%) after resection operations. The leading causes of origination negative outcomes of surgical treatment of peptic ulcer complications is saving heightened stomachal acidity, infection of *Helicobacter pylori*, violations of motor and evacuation function of a stomach and duodenum and pathological bile reflux which one depend on a select and technically correct execution of process and postoperative rehabilitation. The improved technique of medical and social rehabilitation of patients after surgical treatment of a peptic ulcer and its complications was developed also are determined pathogenetically reasonable methods surgical rehabilitation these patients. Definition ground data of complex diagnosis of the causes of origination negative outcomes of surgical treatment of complications of a peptic ulcer and implantation of an improved technique of medical and social rehabilitation with selection pathogenetically reasonable methods of surgical treatment allows to enrich outcomes treatments of this class of patients

Key words: a peptic ulcer disease, negative outcomes, rehabilitation.

ЛІТЕРАТУРА

- Шапринський В.О. Виразкова хвороба, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею – невіршені питання сьогодення (огляд літератури) / В.О. Шапринський, О.А. Камінський, І.В. Палик, Насер Заї Наджіб Хамід // Харківська хірургічна школа – 2008. – № 2 (29). – С. 65-71.
- Рыбачков В.В. Влияние хирургического лечения на факторы риска при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, М.И. Сим, А.А. Гвоздев // Материалы третьего международного хирургического конгресса “Научные исследования в реализации программы “Здоровье населения России”. – Москва. – 2008. – С. 22-23.
- Колосович І.В. Результати хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунку / І.В. Колосович // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 154-156.
- Афанасьев С.В. Питання моніторингу інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту / С.В. Афанасьев // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 21-24.
- Леськів Б.Б. Шляхи покращення медичної, професійної та соціальної реабілітації хворих, оперованих з приводу ускладненої гастродуоденальної виразки / Б.Б. Леськів, П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько // Лік. справа. – 2002. – № 7. – С. 57-59.
- Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практичне керівництво / Під ред. В.М. Чорнобрового. – Вінниця: Логос, 1999. – 80 с.

Стаття надійшла 09.02.2011