

Г.Г. Семенкова, И.В. Грднева
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИИ

Каф. факультетской терапии ВГМА им. Н.Н. Бурденко

При исследовании больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения у них были выявлены психосоматические расстройства. Предложенная лечебная программа психокоррекции с применением методов психорелаксации и грандаксина, способствовала быстрому купированию клинических симптомов и рубцеванию язвенных дефектов, оказывая положительный эффект на психологическое состояние больных и нормализуя их качество жизни.

Актуальность. Проблема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в настоящее время сохраняет свою актуальность, так как многие принципиальные вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания остаются спорными и нерешенными. Это в немалой степени связано с многообразием механизмов развития заболевания и недостаточной эффективностью используемых лекарственных средств [1, 5, 9].

В настоящее время язвенная болезнь представляет собой полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание, в развитии которого важное место занимают психофункциональные механизмы [3, 4, 8]. Исходя из выше сказанного, оптимизация лечения с учетом психосоматических расстройств у больных язвенной болезнью приобретает важное значение. В связи с этим была разработана программа психокоррекции, включающая применение грандаксина, направленная на снижение тревоги и эмоциональной напряженности [2, 4].

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности лечения и качества жизни (КЖ) больных язвенной болезнью желудка и ДПК с применением психофармакокоррекции и изучение отдаленных результатов комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением в ОТБ-1 УФСИН находилось 44 больных (мужчин) язвенной болезнью желудка и ДПК, проходивших лечение в терапевтическом отделении с января 2003 по май 2004 года в возрасте от 18 до 45 лет. В группу контроля вошли 40 больных, находившихся на лечении в МУЗ ГКБ (СМП) №1 по поводу обострения язвенной болезни ДПК и желудка с января 2003 по март 2004 года.

При поступлении в стационар всем пациентам проводилось клиническое исследование: сбор анамнеза, субъективная оценка состояния с помощью анкетирования, клинико-биохимические и эндоскопические исследования с биопсией. Исследуемые больные были рандомизированы по возрасту, продолжительности течения, тяжести заболевания, локализации и размерам язвенного дефекта. Для изучения отдаленных результатов лечения осмотр и эндоскопическое исследование проводились при обострении заболевания в течение года от начала исследования.

Эффективность лечения оценивали по динамике основных клинических симптомов по 10 – бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Психофункциональное состояние больных исследовали с применением методики СМИЛ для определения психологических особенностей [7] и шкалы самооценки и уровня тревоги Ч.Спилберга – Ю.Ханина. Для изучения коррекции психофункциональных изменений в исследование были включены пациенты с высоким уровнем тревоги (более 70 баллов).

Оценка качества жизни (КЖ) проводилась по опроснику для психосоматических больных, предложенная П.И. Сидоровым и соавторами (2004).

Пациентам основной и контрольной групп была назначена базисная эрадикационная терапия: омепразол - 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раз в день,

метронидазол по 500 мг 2 раза в день. Занятия проходили 5 раз в неделю, (общий курс составил 15 занятий) в группах по 3-5 больных. Первый этап включал проведение экспериментально-психологического обследования и выяснение причин возникновения психологических изменений. С 3-го дня проводили суггестивные беседы и занятия с применением методов пассивной психорелаксации (просмотр фильмов, слушание музыки). В конце лечения больных обучали методикам дыхательной гимнастики и самомассажа передней брюшной стенки. Кроме групповых занятий с врачом, больным рекомендовали самостоятельно проводить ежедневную дыхательную гимнастику и массаж по 15-20 минут. С 8-го дня от начала лечения пациентам основной группы был добавлен грандаксин по 100 мг 2 раза в сутки.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы STADIA.6.0 с использованием критериев Манна - Уитни, Вилкоксона и χ^2 . За уровень достоверности принимали значения $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов обеих групп наряду с жалобами со стороны пищеварительной системы (боли, изжога, тошнота, рвота и отрыжка) имели место многочисленные астеноневротические расстройства: головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность, колющие боли в области сердца.

При многостороннем исследовании личности у больных основной группы, в сравнении с группой контроля, отмечены статистически значимые подъемы на шкалах невротической триады (1, 2, 3) и тревожности (7). Достоверные различия определялись по шкалам агрессии, регидности, аутизации (4, 6, 8). Наряду с этим были выявлены низкие показатели по шкалам коррекции и оптимистичности (К, 9), свидетельствующие о трудностях адаптации и повышенной эмоциональной напряженности у больных основной группы. В обеих группах отмечены низкие уровни качества жизни: $39,5 \pm 4,5$ баллов - в основной и $43,6 \pm 5,6$ - в контрольной.

Как показали результаты лечения, после проведения антихеликобактерной и психокорректирующей терапии в группе сравнения регрессия клинических проявлений заболевания была достоверно более выраженной. Так, у большинства (76,5%) больных контрольной группы купирование болевых ощущений наступило к концу седьмых суток, и средний балл в этой группе составил $2,8 \pm 1,3$ балла, а у больных основной группы в эти сроки он был выше - $4,2 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). Значимых различий при оценке диспептических жалоб в сравниваемых группах не выявлено. Уменьшение астенических расстройств в группе сравнения наблюдалось на седьмые сутки у 55% больных, так, что средний балл в этой группе составил $4,2 \pm 1,5$ балла, что достоверно ниже среднего балла основной группы - $7,3 \pm 0,8$ балла ($p < 0,05$).

При исследовании психологического статуса и оценка КЖ показали, что у пациентов основной группы достоверных изменений не было выявлено, в то время у больных контрольной группы определялось значительное улучшение психофункциональных показателей. Лечение в группе сравнения по данной методике было продолжено, а больным основной группы с 8-го дня лечения был назначен грандаксин.

Таблица 1.

Сравнительная оценка показателей психологического статуса больных язвенной болезнью в исследуемых группах через год. (M \pm m, T-баллы).

Название шкал	Основная группа, n = 44			Контрольная группа, n = 40		
	1-й день	21-й день	Через год	1-й день	21-й день	Через год
L	56,4±4,8	68,3±2,2	54,3±4,3	43,3±4,6	44,7±3,5	48,6±4,2
F	80,3±3,3	72,6±3,4*	72,2±5,2	45,2±2,3	51,9±4,2	55,4±2,3
К	42,5±2,8	64,7±4,3	47,4±3,7	63,2±2,6	52,6±3,8	65,7±2,7
1	76,6±2,3	62,9±2,5*	68,7±3,5	53,3±3,3	46,5±4,6*	41,4±2,5**
2	78,4±3,6	65,8±3,2*	76,2±2,5	61,1±4,3	48,3±2,4*	44,6±3,3**
3	88,7±4,8	70,2±3,5*	72,8±3,4	46,2±2,3	42,4±3,5	44,3±2,7
4	86,7±3,4	78,4±3,2	77,3±2,7	42,6±2,8	44,3±2,9	45,7±1,7
5	76,3±3,2	73,4±3,6	68,5±2,2	45,2±4,5	48,4±1,9	46,5±2,3
6	79,9±2,3	62,7±2,6*	72,3±3,1	48,5±3,4	53,3±2,6	51,3±2,8
7	78,8±3,5	63,4±3,3	77,5±2,2	61,2±4,6	42,7±3,6*	43,2±3,4**
8	83,2±2,8	66,5±4,5*	74,9±2,4	63,4±3,8	45,3±2,9*	42,5±3,2**
9	41,1±3,2	58,8±4,3*	45,3±2,5	44,3±2,4	56,9±3,5*	68,3±2,4**

* - достоверные различия значений шкал СМИЛ, на 21-й день лечения $p < 0,05$.

** - достоверные различия значений шкал СМИЛ, через год лечения $p < 0,05$.

К концу третьей недели проведения психокорректирующей терапии в сочетании с грандаксином у больных основной группы значительно уменьшилась выраженность ипохондрических, тревожно-депрессивных и истероидных расстройств, что подтверждается достоверным снижением значений по шкалам невротической триады и сглаживанием пиков по шкалам психотической тетрады (4-й, 6-й, 8-й шкалах) (таблица 1). Наблюдалось статистически значимое снижение у больных этой группы уровня личностной тревожности с 53,7 ± 3,8 до 34,3 ± 2,6 баллов ($p < 0,05$), реактивной тревожности с 58,3 ± 2,3 до 22,4 ± 2,2 ($p < 0,05$). Среднее значение общего балла КЖ к концу лечения в основной группе достигло удовлетворительного значения - 86,8 ± 5,2 балла, а в группе сравнения - высокого уровня 97,5 ± 8,6.

По данным наших исследований установлено, что в основной группе рубцевание язвенного дефекта наблюдалось в те же сроки, что и у больных контрольной группы: в среднем на 24,6 ± 1,9 и 24,2 ± 1,5 день лечения, соответственно (рисунок 1.).

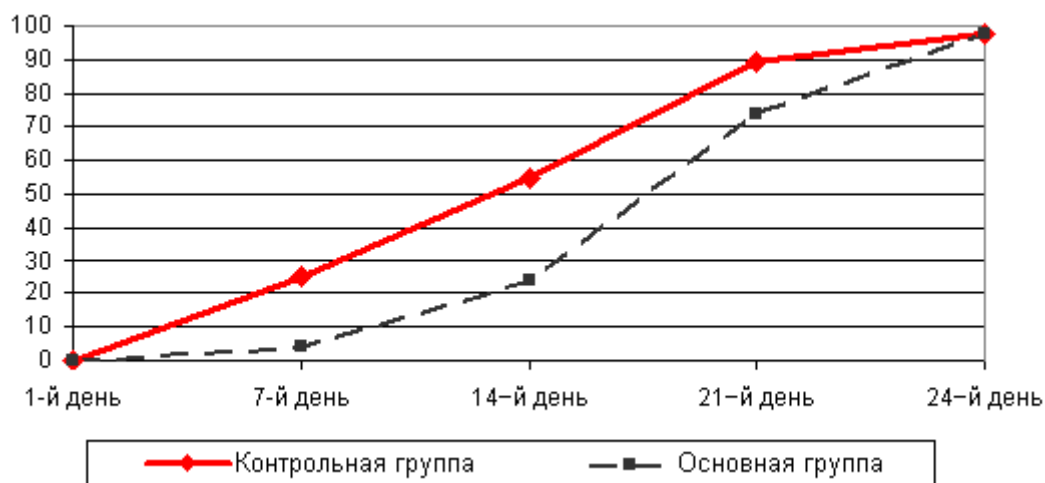


Рис. 1. Динамика рубцевания язвенных дефектов на фоне лечения (%).

Третий этап исследования предусматривал изучения отдаленных результатов после проведенной психофармакокоррекции в сравниваемых группах. Через год, как показали результаты исследования, у больных контрольной группы отмечалось достоверное

снижение количества рецидивов ЯБ с 3,2 ± 1,1 до 1,5 ± 0,4 в год, числа осложнений с 2,6 ± 0,7 до 0,5 ± 0,04, и госпитализаций с 1,7 ± 0,6 до 0,2 ± 0,01. У больных основной группы статистически значимых изменений не наступило (таблица 2).

Таблица 2.

Динамика отдаленных клинических результатов в исследуемых группах при применении психокоррекции (через год).

	Основная группа, n = 44		Контрольная группа, n = 40	
	До лечения	Через год	До лечения	Через год
Число рецидивов в год	3,5±1,2	2,1±0,5	3,2±1,1	1,5±0,4*
Число осложнений в год	2,8±0,8	1,6±0,2	2,6±0,7	0,5±0,04*
Число госпитализаций	2,5±1,5	2,0±0,1	1,7±0,6	0,2±0,01*

* - достоверные различия в сравниваемых группах через год, p<0,05.

Анализ психологического статуса через год после лечения в стационаре показал, что у больных контрольной группы определялось достоверное снижение по шкалам ипохондрии, депрессии, регидности и гипомании, а у больных основной группы статистически значимых изменений не выявлено ни по одной шкале. У больных этой группы также оставались трудности в адаптации, повышенная эмоциональная лабильность и признаки аутоагрессии. Отмечено отсутствие выраженных изменений при определении личностной и реактивной тревожности в основной группе, в то время у больных группы сравнения определялась явная положительная динамика.

При оценке КЖ у пациентов контрольной группы общий балл оставался на высоком уровне – 98,4± 5,8 балла, а в основной группе снизился до прежнего уровня – 44,7±4,3.

Отсутствие положительных изменений у больных основной группы, по-видимому, связано с небрежным отношением к своему здоровью и не выполнением назначенных рекомендаций.

Выводы. Предложенная лечебная программа с применением методов психорелаксации и грандаксина у больных язвенной болезнью желудка и ДПК способствует раннему рубцеванию язвенного дефекта, улучшению качества жизни и снижению рецидивов и осложнений.

Литература

1. Василенко В.Х. Чего мы не знаем о язвенной болезни. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.- М.: Медицина, 1970 - С. 3-17.
2. Вахрушев Я.М., Белова Е.В., Ефремова Л.И. Опыт применения грандаксина в лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. - № 4. С. 21 – 24 .
3. Губачев Ю.М., Жужанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. - Алма-АТА.: Казахстан, 1990. – 216 с.
4. Маев И.В., Бардейштейн Л.М., Антоненко О.М., Каплан Р.Г. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта. // Клиническая медицина. – 2002. - № 11. – С.8 – 13.
5. Рысс Е.С., Звартау Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни. СПб., М.: " Невский диалект" – "Издательство БИНОМ". 1998. – 253 с.
6. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств. Формулярная система. – М: Москва, 2003. – 708 с.

7. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Издательство «Речь», 2003. – 624 с.
8. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В., Трегубов Л.З. Состояние психической сферы больных язвенной болезнью // Клиническая медицина. - 2004 - № 3. - С.37-42.
9. Шептулин А.А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни. // Клиническая медицина. – 2004. - №1. – С. 57 – 60.