

Раисова Н.Р.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ С ФОБИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПОВЕДЕНИЯ

Лечение больных с ХКХ и ХДЯ с фобической формой поведения должна быть комплексной, обоснованной, этапной. На 1 этапе необходимо формирование у больного правильного представления о норме и возникшем расстройстве, о возрастной динамике психо-функциональных проявлений, коррекцию масштаба переживания по поводу ХКХ и ХДЯ, то есть для создания у больного позитивной эмоциональной установки к проводимому лечению и в конечном итоге, к оперативному лечению.

На 2 этапе необходимо предпринять медика-ментозную терапию по коррекции психо-функциональных расстройств и редуцию их симптомов. В этом плане, в схему медикаментозного лечения следует включить элениум, способствующий наступлению физиологического равновесия в нервной системе.

Подобная схема терапии больных с фобической формой поведения позволяет добиться четкой положительной динамики в клинико-лабораторных показателях, эффективной коррекции психо-функциональных расстройств, а, следовательно, улучшения КЖ этих больных.

Своевременная коррекция психических расстройств, определение факторов риска в возникновении пограничных психо-функциональных расстройств дают возможность повысить качество жизни (КЖ) больных [1,2,3], в том числе при хронической язвенной болезни дуоденума или прошле хронической дуоденальной язве (ХДЯ). В этой связи, есть настоятельная необходимость разработать комплекс мер по профилактике психических расстройств, в том числе фармакологическим средствами направленного действия [4,5].

Цель работы: Изучение КЖ и лечения больных с ХДЯ с фобической формой поведения.

Материал и методы: Обследовано 24 больных с длительным (>15 лет) стажем ХДЯ. Адаптивная форма поведения была у 6, а фобическая – у 18 больных.

При характеристике психосоматического статуса больных их связи с качеством жизни (КЖ) использованы оценочные исследования: 1) структурированная клинико-психологическая беседа;

2) Опросник «Формальная характеристика поведения» Я.Стрелая и соавт. (2005); 3) Клинический опросник К.К.Яхиной и Д.М.Менделевича (1978); 4) Шкала по оценке выраженности симптомов (NIH-CPSI); 5) Шкала Цунга по оценке степени депрессии; 6) Шкала Цунга по самооценке тревоги; 7) Шкала Спилбергера по оценке степени тревоги; 8) Шкала SF-36 по оценке качества жизни связанного со здоровьем; 9) Тесты для оценки эмоциональных состояний (тревоги и страха) по Спилбергеру; 10) Шкала самооценки личностной тревожности по Спилбергеру.

Как видно из таблицы 1. у больных ХДЯ с адаптивной формой поведения отмечаются более высокие показатели психического здоровья, в сравнении с пациентами с фобической формой поведения. Кроме того, у больных с адаптивной формой поведения имеет больший смысл социальная активность, нежели чем у больных с фобической формой поведения.

Таблица 1.

Показатели психического здоровья у больных ХДЯ				
Форма поведения	Социальная активность	Психическое здоровье	Жизне-способность	Всего
Адаптивная	68±4,2	70±2,5	62±3,3	68,2±3,5
Фобическая	48±2,6	58±3,6	60±2,5	58,4±1,8

Как видно из таблицы 2. у больных ХДЯ с адаптивной формой поведения, отмечаются более высокие показатели и физического компонентов здоровья, в сравнении с пациентами с дезадаптивной формой поведения.

Таблица 2.

Показатели физического здоровья у больных ХДЯ				
Форма поведения	Физическая активность	Физическая боль	Общее здоровье	Всего
Адаптивная	63±5,1	67±4,8	70±5,2	65,5±3,1
Фобическая	42±5,5	38±6,9	60±2,6	55,2±3,8

Такая же закономерность отмечается и в отношении не только значимости эмоциональных либо физических проблем в жизнедеятельности больного, но и в целом, в оценке жизнеспособности и здоровья.

Основным проявлением ограничения жизнедеятельности было частое посещение врача, как с диагностической, так и лечебной целью. В случаях поведения «язвенника», средняя частота посещения врачей была свыше 5-6 раза в год, тогда как частота посещения больных адаптивной группы в 3-5 раза меньше.

Как видно из таблицы 3. приведены данные по выраженности симптомов у больных ХКХ. Средний балл выраженности симптомов у лиц с адаптивным поведением составил $33,6 \pm 5,5$, тогда как у лиц с фобической формой поведения - $68,4 \pm 2,9$.

Таблица 3.
Выраженность симптомов ХКХ по опроснику
НИН-СПСИ (баллы)

Выраженность симптомов	Адаптивная	Фобическая
Малая (0-14)	-	-
Умеренная (15-29)	3	3
Сильная (30-43)	3	15
Средний балл (M ± m)	$33,6 \pm 5,5$	$68,4 \pm 2,9$

Следует отметить, что у больных последней группы преимущественно была сильная степень выраженности «язвенно-гастритической» симптоматики. Касательно клинических особенностей, следует отметить полиморфизм клинических проявлений в зависимости от возраста больных, категории больных и формы дезадаптивного поведения и пр. Признаки невроза, невротизации в той или иной степени клинического проявления встречаются у каждого больного. У подавляющего (90%) большинства больных ХДЯ, как впрочем, и больных с ХКХ, трудоспособность резко снижена.

Пациенты контрольной группы получали традиционное общепринятое стандартное лечение. В схему медикаментозного лечения больных основной группы включали элениум дозировке 1 таблетку 2 раза в сутки. У 19 больных прослежен ближайший результат, а именно через 3 месяца после комплексного лечения больных. При анализе результатов выраженности болевой симптоматики по международной шкале НИН-СПСИ до и после лечения спустя 3 месяца в основной группе №2 были получены следующие результаты.

Как видно из рисунка 1. после лечения, выраженность симптомов у больных с фобической формой поведения была значительно ниже, чем до лечения ($18,6 \pm 2,6$ и $68,4 \pm 2,9$, соответственно).

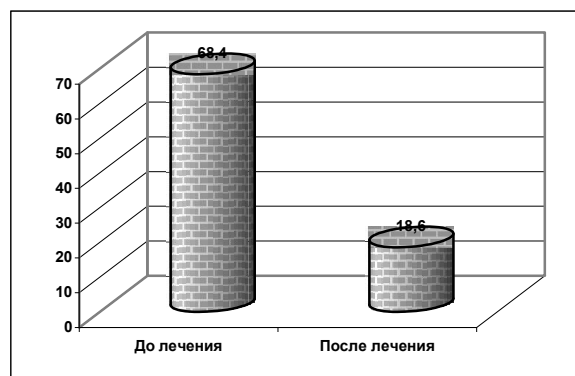


Рис.1. Степень выраженности симптомов до и после лечения

При анализе тревожно депрессивных расстройств (по шкале Спилберга) до и после лечения у больных были получены следующие результаты. Как видно из рисунка 2. после лечения, выраженность тревоги у больных с фобической формой поведения была также значительно ниже, чем до лечения ($36,3 \pm 6,2$ и $86,4 \pm 3,3$, соответственно).

Следует отметить, что у пациентов основной группы наблюдается значительное снижение уровня психоэмоциональных расстройств. Такая же закономерность выявлена и при анализе у больных уровня депрессии.



Рис.2. Степень выраженности тревоги до и после лечения

Как видно из рисунка 3. после лечения, выраженность депрессии у больных с фобической формой поведения была значительно ниже, чем до лечения ($44,1 \pm 6,5$ и $88,8 \pm 2,4$, соответственно).

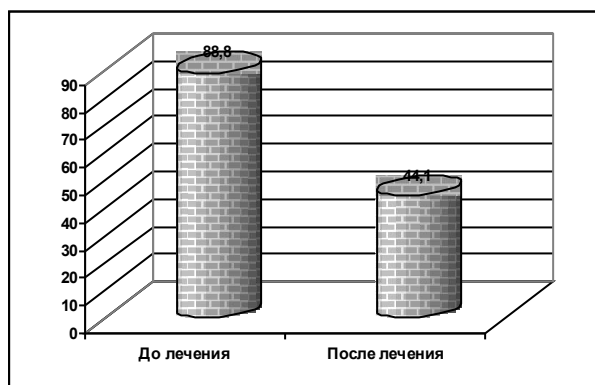


Рис.3. Степень выраженности депрессии до и после лечения

По данным опросника АОБ до лечения показатель уровня адаптации составили $10,5 \pm 2,2$, а после лечения - $37,8 \pm 4,0$, о чем свидетельствует рис.4. Таким образом, в связи с улучшением эмоционального фона, в результате приема элениума, наблюдается заметное повышение уровня адаптации.

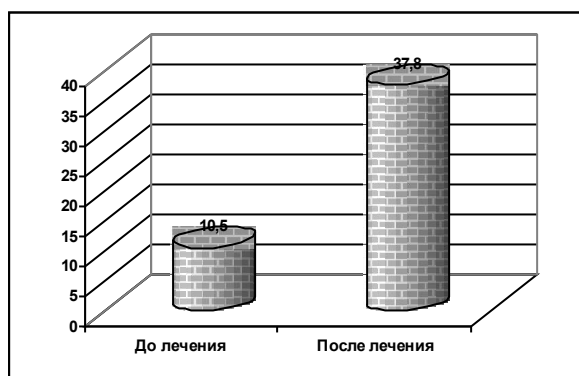


Рис.4. Уровень адаптации до и после лечения

У больных с фобической формой поведения комплексное лечение способствует эффективной коррекции поведения и заметно улучшает показатели КЖ. Таким образом, курс лечения больных с фобической формой поведения с

применением элениума значительно повышает эффективность лечения по сравнению с традиционно принятыми методами лечения. Об этом свидетельствует улучшение клинической симптоматики, повышение КЖ, снижение частоты обращаемости к врачу.

Если до лечения обращаемости к врачу составляла 5-6 раза в год, то после лечения – 1-2 раза в год. Итак, длительность безрецидивного периода у больных с фобической формой была продолжительнее, чем у больных с контрольной группы, составляя 3,2-5,5 месяцев.

Таким образом, в результате лечения по предложенной нами схеме отмечено более активное затухание симптомов, улучшение практически всех показателей КЖ. Следует отметить, что угасание клинических симптомов заболевания по международной шкале у наблюдаемых нами больных было отмечено в 2,5 раз быстрее, нежели при стандартной схеме терапии больных.

Кроме того, у больных, пролеченных по новой схеме, наряду со снижением суммарного балла симптомокомплекса КЖ пациентов нормализовалась уже через $1,5 \pm 0,6$ месяцев, тогда как у больных, пролеченных по стандартной схеме лишь к $6,5 \pm 1,2$ месяцев.

Литература:

1. Лакошина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - М.: Медицина, 1984. – 325 с.
2. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Ленинград: Медицина, 1966. – 453 с.
3. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико – психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. - №8. – С.36.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. - М.: Медицина, 1977. – 103 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: МЕДпресс, 1998. – 324 с.