

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ШКОЛЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Щекотов В. В., Кравцова Т. Ю., Барламов П. Н.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Минздрава России

THE EFFICIENCY OF SCHOOL OF COMBINED PATHOLOGY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH PEPTIC DUODENAL ULCER ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Shchekotov V. V., Kravtsova T. Yu., Barlamov P. N.
Perm State Medical University named after E. A. Wagner

УДК 616.33/34–005.1–036.11–06: [616.33–002.44–06: 616.12–008.331.1] — 036.868

Щекотов В. В. — д. м. н., Профессор, кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии

Кравцова Т. Ю. — д. м. н., доцент, кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии

Барламов П. Н. — д. м. н., доцент, кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии

Shchekotov V. V. — Professor, doctor of medical science, Chair of internal medicine and outpatient therapy

Kravtsova T. Yu. — assistant Professor, doctor of medical science, Chair of internal medicine and outpatient therapy

Barlamov P. N. — assistant Professor, doctor of medical science, Chair of internal medicine and outpatient therapy

Кравцова Татьяна Юрьевна

Kravtsova Tatiana Yu.
sstv@psma.ru

Резюме:

Цель исследования. Оценить динамику психовегетативных расстройств у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) при сочетании с артериальной гипертензией (АГ) после острого желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) под влиянием обучения в школе коморбидной патологии (ШКП). **Материал и методы:** Обследовано 50 больных ЯБ ДПК в сочетании с АГ после ЖКК. Из них 25 — прошли обучение в ШКП, 26 — не прошли. До и после лечения оценивали эмоционально-личностный и вегетативный статус. **Результаты:** У пациентов, прошедших обучение в ШКП значения реактивной тревожности, нейротизма и вегетативной регуляции оптимизировались ранее: через 3 месяца, а не через 6, как у необученных больных.

Ключевые слова: школа коморбидной патологии, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертензия, острое желудочно-кишечное кровотечение, психовегетативные расстройства.

Summary:

Objectives of the investigation was to examine the dynamics of emotional and autonomic disorders in patients with peptic duodenal ulcer (DU) associated with arterial hypertension after acute gastrointestinal bleeding during training at School of Combined Pathology (SCP). Main group included 25 patients. The comparison group consisted of 26 patients with the matched pathology, sex and age, but not trained at SCP. Results. Both groups of patients demonstrated improvement in emotional sphere and autonomic regulation. However, in patients who had training at the SCP the indicators of emotional status improved earlier and got a greater extent. Optimization of autonomic regulation was identified in 3 months, not six months, like in untrained patients. Conclusion. Training hypertensive patients with peptic DU at the SCP improves the efficiency of emotional state and autonomic regulation.

Keywords: School of Combined Pathology, peptic duodenal ulcer, arterial hypertension, acute gastrointestinal bleeding, autonomic regulation

Введение

Хронические неинфекционные заболевания в 75% случаев являются причиной смерти взрослого населения. Реализация реабилитационных мер позволяет

в течение 15–20 лет снизить смертность от них в два и более раз [3,5]. Артериальная гипертензия (АГ) является самой частой патологией кардиоваскулярной

системы. В свою очередь язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) также остается одной из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями в немалой степени должны взять на себя ответственность за состояние своего здоровья [2]. Для ведения такой категории больных очень важно мотивированное обучение, целью которого является изменение представлений пациента о заболевании, что приводит к умению управлять лечебным процессом в активном сотрудничестве с врачом. В пятилетнем проспективном наблюдении обучение контролю над артериальным давлением (АД), отказу от курения и методам физических тренировок приводило к существенному снижению риска сердечно-сосудистых событий у больных АГ. Через 2 года от момента обучения уменьшалась частота гипертензивных кризов, улучшалось качество жизни. Частота случаев экстренной госпитализации в связи с АГ и гипертоническими кризами снижалась

с 32,4% до 1,8% [2]. Таким образом, мотивированное обучение пациентов с АГ является эффективным методом в комплексной терапии, способствующее повышению качества жизни и профилактике возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

Общим для ЯБ и АГ является не только их широкое распространение, но и большое медико-социальное значение, высокий риск развития опасных для жизни осложнений [7]. Неблагоприятные исходы желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) обусловлены дисфункцией жизненно важных систем, в частности сердечно-сосудистой и нервной, функциональному состоянию которых уделяется крайне мало внимания. Весьма актуальным является изучение динамики психовегетативного статуса у больных ЯБ ДПК, перенесших острое ЖКК, в сочетании с АГ под влиянием школы комбинированной патологии.

Цель исследования. Оценить динамику психовегетативных расстройств у больных ЯБ ДПК в сочетании с АГ после острого ЖКК, прошедших обучение в школе комбинированной патологии.

Материал и методы исследования

Дизайн представляет открытое, контролируемое, параллельное, сравнительное, проспективное исследование, соответствующее требованиям Хельсинкской декларации. Для всех субъектов получено письменное информированное согласие.

Основную (первую) группу составили 25 пациентов с ЯБ ДПК в сочетании с АГ, перенесших острое ЖКК (средний возраст $48,43 \pm 12,29$ лет), регулярно обучавшихся в школе комбинированной патологии. Группу сравнения (вторая группа) составили 26 больных (средний возраст $49,50 \pm 10,43$ лет) с той же патологией, но не прошедших обучение в этой школе. Критерии включения в исследование: больные ЯБ ДПК, АГ 1–3 степени, II стадии, высокой (3) группы сердечно-сосудистого риска в ранний постгеморрагический период острого ЖКК (2–5 сутки). Критерии исключения: вторичные АГ; ишемическая болезнь сердца; некоронарогенные заболевания миокарда; пороки сердца любой этиологии; постоянная форма фибрилляции-трепетания предсердий; хроническая сердечная недостаточность выше I функционального класса (NYHA, 1964); нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; тяжелые заболевания печени и почек; несоответствие критериям включения.

Всем больным при поступлении проводилось клиническое обследование, включавшее оценку состояния гемодинамики и результатов лабораторных исследований. Для верификации ЖКК выполняли экстренную фиброгастроэзофагоскопию. Суточное мониторирование АД проводили осциллометрическим методом при помощи аппарата МНСДП-2 и программного обеспечения VPLab (ООО «Пётр Телегин», Россия) в соответствии с рекомендациями специалистов РКНПК МЗ РФ. Для объективизации эмоционально-личностных характеристик больных использовали Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММПИ) [8], а также шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера-Ханина [6,9].

Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) осуществляли в соответствии с рекомендациями Российского центра патологии ВНС с оценкой исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения различных форм деятельности [4]. Исходный вегетативный тонус изучали с помощью клинко-анамнестического подхода с использованием специальной комбинированной таблицы. Вегетативную реактивность исследовали с помощью глазосердечного рефлекса Даньини-Ашнера, а также на первой минуте ортостатической и клинстатической проб. Вегетативное обеспечение деятельности исследовали на третьей и пятой минутах ортостатической и клинстатической проб.

В качестве интегрального показателя функционального состояния ВНС использовали данные, полученные методом вариационной кардиоинтервалографии с расчетом моды (Mo), амплитуды моды (AMo), вариационного размаха (ΔX) и индекса напряжения (ИН) [1]. Исходный вегетативный тонус, вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности регистрировали на 2–5 сутки после острого ЖКК, а также через 3 и 6 месяцев амбулаторного наблюдения.

Всем пациентам осуществляли унифицированную антигипертензивную терапию, включавшую эналаприл (ренитек; MSD, Нидерланды) в дозе 10–20 мг/сут внутрь в 2 приема. Монотерапия была обусловлена высоким риском развития рецидива острого ЖКК. При недостижении целевых уровней АД после завершения протокола в терапию включали индапамид-ретард в дозе 1,5 мг/сут. При острой кровопотере использована комплексная консервативная терапия, обеспечивающая инфузионно-трансфузионную коррекцию постгеморрагической гипоксии тканей и нарушений функции жизненно важных органов, расстройств в системе гемостаза. Антисекреторная терапия была представлена ингибитором протонной помпы омепразолом,

первоначально в дозе 80 мг внутривенно, а затем по 40 мг через 6–8 часов в течение 72 часов с переходом на пероральный прием по 40 мг в сутки. В течение полугода после кровопотери осуществляли непрерывную поддерживающую терапию омепразолом в дозе 20 мг 1 раз на ночь. При положительных тестах на *Helicobacter pylori* в течение 7 дней назначали эрадикационную терапию.

Как уже отмечено, одной из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи можно считать обучение пациентов. Мы изучили влияние школы на больных с ЯБ ДПК, перенесших острое ЖКК, в сочетании с АГ. Программа обучения в школе комбинированной патологии предусматривала девятидневный цикл обучения по 3 часа еженедельно (9 недель): 4 дня — по ЯБ ДПК и 5 дней по АГ. Прерывистый курс считаем оптимальным, так как он позволяет более точно судить о достижении приверженности к терапии как основного условия эффективной коррекции АД, болевого и диспепсического синдромов. Темы занятий по ЯБ: 1. Что надо знать о ЯБ желудка и ДПК. 2. Осложнения ЯБ желудка и ДПК. 3. Лечение пациентов с ЯБ желудка и ЯБ ДПК. 4. Стресс и здоровье.

Результаты и обсуждение

Через 3 и 6 месяцев обследованы 22 обученных и 18 необученных пациентов. Целевой уровень АД как тенденция чаще был достигнут у пациентов, прошедших мотивированное обучение: через 3 месяца — у 12 против 7 (соответственно; $p=0,38$), а через 6 месяцев отличия стали достоверными — у 14 против 4 пациентов ($p=0,02$). Болевой синдром в основной группе больных был представлен несколько реже, чем в группе сравнения (у 2 и 5 пациентов соответственно; $p>0,05$). Диспепсический синдром в эпигастральной области в указанные отрезки времени выявлен одинаково часто (у 15 и 17 пациентов соответственно; $p>0,05$).

Высокие значения реактивной тревожности исходно выявлены у всех больных, перенесших ЖКК: $47,05 \pm 9,62$ баллов у пациентов первой группы и $46,53 \pm 7,72$ баллов — второй; $p>0,05$. Показатели нейротизма также оказались выше нормы, составив $12,04 \pm 2,57$ и $11,66 \pm 4,35$ баллов соответственно; $p>0,05$. Через 3 месяца от первичного исследования у обученных пациентов уровень реактивной тревожности нормализовался с $47,05 \pm 9,62$ до $33,60 \pm 14,74$ баллов ($p < 0,05$). У необученных больных величина реактивной тревожности оставалась высокой: $46,53 \pm 7,72$ баллов сразу после ЖКК и $47,16 \pm 9,34$ баллов через 3 месяца после острого ЖКК ($p > 0,05$). Показатели личностной тревожности и нейротизма

Психотерапия при ЯБ и АГ. Темы занятий по АГ: 1. Что надо знать об АГ. 2. Что надо знать о питании при АГ. 3. Гипертонический криз и помощь при нем. 4. Что надо знать о физической активности. 5. Медикаментозное лечение АГ. Занятия проводили 1 раз в неделю, начиная с 5–8 суток после острого ЖКК, в специально отведенном для этого помещении, в спокойной обстановке подготовленным сотрудником. Приверженность к терапии достигалась дистанционным контролем каждые 2 недели методом телефонного анкетирования в течение 5–7 минут. Пациенту задавали вопросы о соблюдении диеты, кратности приема и дозировки препарата, достижении целевого уровня АД. Контроль эффективности терапии осуществляли через 3 и 6 месяцев от начала наблюдения.

Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов программ STATISTIKA — 6,0 (StatSoft, Inc., США) и BIOSTAT (Россия). В работе все показатели представлены в виде средних величин (M) и стандартного отклонения (σ). Для анализа межгрупповых различий использовали критерий Стьюдента. При $p<0,05$ различия считались статистически достоверными.

в обеих группах пациентов через 3 месяца от острого ЖКК не претерпевали существенных изменений, оставаясь высокими (табл. 1).

Необученные пациенты (вторая группа), и, как следствие этого, менее приверженные терапии, через 3 месяца после ЖКК в пробах на вегетативные реактивность и обеспечение деятельности характеризовались низкими значениями M_0 , свидетельствующими о перенапряжении гуморальных влияний. У этих же больных выявлены высокие показатели АМо и ИН, а также низкие значения ΔX , характеризующие сохранение избыточной симпатoadrenalовой активации в сердечно-сосудистой системе и, в конечном итоге, срыв адаптации (таб. 2). Улучшение показателей вариационной кардиоинтервалографии выявлено только через 6 месяцев после ЖКК.

Аналогичные данные получены и при выполнении нагрузок, изучающих вегетативное обеспечение деятельности. У пациентов, прошедших обучение, в отличие от необученных больных, в течение всей ортостатической пробы (3 и 5 минуты) выявлена оптимизация гуморальных влияний (M_0) на фоне снижения симпатoadrenalовой (АМо и ИН) и нарастания холинергической (ΔX) активности. Оптимизация вегетативной регуляции выявлена уже через 3 месяца, а не через 6 месяцев, как у необученных пациентов ($p < 0,05$).

Показатель	Вторая группа		Первая группа		P2-4
	Исходно (n=26) 1	Через 3 мес (n=18) 2	Исходно (n=25) 3	Через 3 мес (n=22) 4	
Реактивная тревожность, в баллах	$46,53 \pm 7,72$	$47,16 \pm 9,34$	$47,05 \pm 9,62$	$33,60 \pm 14,74$	$<0,0007$
Личностная тревожность, в баллах	$41,66 \pm 9,40$	$40,54 \pm 7,37$	$42,35 \pm 7,33$	$43,31 \pm 8,01$	$>0,05$
Нейротизм, в баллах	$12,04 \pm 2,57$	$13,11 \pm 3,72$	$11,66 \pm 4,35$	$12,59 \pm 3,91$	$>0,05$

Примечание: P — достоверность различий.

Таблица 1
Динамика эмоционально — личностной сферы у больных ЯБ, перенесших острое ЖКК, в сочетании с АГ ($M \pm \sigma$)

Таблица 2

Динамика показателей кардиоинтервалографии у больных ЯБ, перенесших острое ЖКК, в сочетании с АГ при выполнении ортостатической пробы через 3 месяца от первичного исследования (М ± σ)

Показатель	Вторая группа (сравнения)		Первая группа (основная)		P2-4
	Исходно (n=26) 1	Через 3 мес (n=18) 2	Исходно (n=25) 3	Через 3 мес (n=22) 4	
Ортостатическая проба, 10 с					
Мо, с	0,73 ± 0,13	0,67 ± 0,10	0,71 ± 0,10	0,81 ± 0,14	0,03
АМо, %	46,83 ± 16,92	53,52 ± 16,15	52,75 ± 14,01	40,90 ± 12,15	0,02
ΔХ, с	0,08 ± 0,04	0,05 ± 0,02	0,07 ± 0,02	0,09 ± 0,03	0,002
ИН, усл. ед.	529,42 ± 268,64	853,41 ± 269,94	588,02 ± 359,88	342,89 ± 206,17	0,005
Ортостатическая проба, 60 секунд					
Мо, с	0,74 ± 0,15	0,69 ± 0,12	0,73 ± 0,09	0,77 ± 0,09	0,03
АМо, %	53,17 ± 12,59	53,70 ± 14,28	53,70 ± 15,27	40,60 ± 14,37	0,02
ΔХ, с	0,06 ± 0,04	0,06 ± 0,03	0,06 ± 0,02	0,08 ± 0,03	0,03
ИН, усл. ед.	735,65 ± 361,04	1230,48 ± 547,97	886,52 ± 116,79	470,11 ± 341,45	0,04

Примечание: P — достоверность различий, Мо — мода, АМо — амплитуда моды, ΔХ — дельта Х, ИН — индекс напряжения, усл. ед. — условные единицы.

Пациенты, прошедшие мотивированное обучение в школе комбинированной патологии, через 3 месяца после ЖКК отличались от необученных больных улучшением ($p < 0,05$), вплоть до нормализации,

показателей вариационной кардиоинтервалографии во всех пробах на вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности.

Заключение

Целевой уровень АД чаще был достигнут у пациентов, прошедших мотивированное обучение. У больных ЯБ ДПК в условиях сочетания с АГ, принимавших медикаментозную терапию, но не прошедших обучение в школе комбинированной патологии, к 6 месяцу наблюдения выявлено снижение исходно высоких значений реактивной тревожности, нейротизма. В пробах на вегетативную реактивность и обеспечение деятельности через 6 месяцев от начала исследования отмечено снижение адренергической активности на фоне нарастания холинергических влияний на кардиоваскулярную систему.

У обученных пациентов с сочетанным течением ЯБ ДПК и АГ, также как и у необученных больных, выявлено улучшение эмоционально-личностной

сферы и вегетативной регуляции. Однако у пациентов, прошедших обучение в школе комбинированной патологии, показатели психовегетативного статуса улучшились в большем объеме: помимо уменьшения значений реактивной тревожности и нейротизма отмечена нормализация величин личностной тревожности и депрессии. Оптимизация вегетативной регуляции выявлена уже через 3 месяца, а не через 6 месяцев, как у необученных больных, что может свидетельствовать о повышении адаптивных возможностей. Результаты исследования демонстрируют высокую эффективность школы комбинированной патологии. Мотивированное обучение способствует повышению приверженности к лечению, улучшению психовегетативного статуса пациентов.

Список литературы

1. Баевский Р. М., Кириллов О. И., Клецкин З. С. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Наука 1984; 221.
2. Бакшеев В. И., Коломоец Н. М., Данилов Ю. А. Обучение больных артериальной гипертензией. Состояние проблемы и перспективы. Клиническая медицина 2004; 82:2:55–61.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации под ред. С. А. Бойцова, А. Г. Чучалина. М. 2014; 114.
4. Заболевания вегетативной нервной системы/ А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев [и др.] под ред. А. М. Вейна. М.: Медицина 1991; 624.
5. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации. М. 2013; 136.
6. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению теста реактивной и личностной тревоги Ч. Д. Спилбергера. Л.: Медицина 1976; 32.
7. Хлынова О. В., Туев А. В., Береснева Л. Н., Агафонов А. В. Проблема коморбидности с учетом состояния сердечнососудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями. Казанский медицинский журнал 2013; 1: 80–85.
8. Eysenck H. J. Das Mansley Personality Inventory (MPI). Gottingen., 1959; 73.
9. Spilberger C. D. Anxietly as an emotional state. Anxietly: current trends in theory and research. New York, 1972; 1:34.