

УДК 616.33 – 036 – 08:615.851.82:78

*Г.И. Тихомирова***КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САНОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МУЗЫКОПСИХОКОРРЕКЦИИ**

Приводится динамика изменений клинико-морфологических характеристик у больных с язвенной болезнью (ЯБ) и острым холециститом, у которых в ходе ранних восстановительных мероприятий были применены в комплексе лечебных процедур методики музыкопсихокоррекции. Проведён сравнительный анализ эффективности лечения в группе больных с аналогичными заболеваниями, в которой данные методики не применялись.

Ключевые слова: клинико-морфологическая характеристика, саногенез, музыкопсихокоррекция.

Существующие в настоящее время стандарты лечения и реабилитации оперированных больных с изучаемой патологией не позволяют учитывать исходные параметры процессов саногенеза. А основной задачей врачей должно быть воздействие именно на процессы саногенеза, а не только на патогенетическое звено заболевания [1]. Применение сеансов психокоррекции и музыкотерапии как методов немедикаментозного воздействия оказало позитивное влияние не только на клиническое течение заболевания, но и на регуляцию нарушенных гомеостатических и адаптационных механизмов.

Значительную роль в патогенезе и течении заболеваний органов пищеварения отводят психологическим факторам, однако следует отметить, что современные модели психогенеза и психологических факторов рецидивирования болезни изучены недостаточно и не имеют адекватного эмпирического подтверждения [2]. Данный факт является основанием для более глубокого изучения личности больного язвенной болезнью с позиций медицинской психологии, личностных характеристик язвенных больных и их защитно-приспособительных механизмов, определяющих некоторые особенности течения рецидивирующей формы ЯБ и их субъективное отражение во внутренней картине болезни. По данным А.Ф. Бузунова [3], изучаемая нами патология может быть представлена в виде единого процесса, «пусковым моментом» которого является стрессорное воздействие на человеческий организм, а последствия, то есть формирование того или иного заболевания, определяются степенью выраженности различных типов компенсаторных реакций, иными словами, индивидуальными особенностями адаптационного синдрома. Сохранение состояния дезадаптации в течение более или менее продолжительного времени ведёт к развитию так называемой психосоматической патологии [4].

Ведущую роль в развитии психологической дезадаптации играет не столько сам характер негативной информации, сколько отношение субъекта к ней, значимость этой информации для него. Поэтому в лечении заболеваний органов пищеварительного тракта ведущими элементами должны быть нормализация психологического фона путём использования индивидуально подобранных методик аутотренинга, коррекция графика работы, оптимизация образа жизни, безусловный отказ от приёма алкоголя и курения.

Как показали мировая медицинская практика и многочисленные исследования отечественных учёных, астенический синдром, который развивается в 90,1% случаев заболевания, оказывает депривирующее влияние на сердечно-сосудистую систему, что приводит к гипоксии, в том числе и в сосудах, кровоснабжающих слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), желчного пузыря, и это нередко проявляется язвенным дефектом или некрозом стенки органа [5]. Истощение нервных и соматических органных клеток в зависимости от причин астенического состояния может быть связано с чрезвычайным расходом энергии, вызванным болезнью с нарушением внутриклеточного обмена, недостаточностью их питания и способностью усваивать и утилизировать эти питательные вещества, внешним или внеклеточным токсическим воздействием, аутоинтоксикацией вследствие нарушения процесса утилизации продуктов обмена, их выведения. Вот почему при любых соматических заболеваниях показано психотерапевтическое воздействие. Необходимо снятие невротических реакций, астенических расстройств, реактивных состояний, то есть болезненных реакций, переживаний, связанных с наличием болезни.

Не менее важным является работа слухового анализатора. Музыкотерапия – это, прежде всего, анализ, сравнение душевного и эмоционального состояния в обычной жизни с эмоциями, возникаю-

щими при прослушивании определённой мелодии, умение учиться улавливать эмоциональное восприятие действительности. Звуки обладают биорезонансной сочетаемостью с вибрациями внутренних органов человека, нервная система и мускулатура обладают способностью усваивать ритм – на этом основан положительный эффект лечения звуками.

Материалы и методика исследования

В качестве объекта наблюдения были выбраны 112 пациентов с изучаемой патологией. Из них сформированы 4 подгруппы – 2 наблюдения (в I подгруппу вошли пациенты с ЯБ, получившие сеансы музыка- и психокоррекции, во II – с желчнокаменной болезнью соответственно) и 2 сравнения (куда вошли аналогичные больные без проведённых сеансов). Большую часть в подгруппах составили женщины (68,9 %). Средний возраст мужчин соответствовал $44,1 \pm 2,3$ годам, женщин – $46,5 \pm 1,7$ годам. В контрольную группу вошли 40 добровольцев. С информированного согласия пациентов с ними проводились ежедневные сеансы музыкотерапии в индивидуальном порядке или в небольших группах с использованием классической музыки или звуков природы с помощью наушников и CD-плеера, продолжительностью 15-20 мин. Количество сеансов музыкотерапии определялось индивидуально, в зависимости от общего состояния организма, но не менее 7 процедур на курс лечения. Нами использовались фрагменты произведений В. Моцарта, так как японскими учеными было доказано, что именно его музыка написана в 30-тактном диапазоне и соответствует биоритмам головного мозга человека. Для проведения сеансов музыкотерапии привлекались специалисты сестринского дела. Психокоррекция осуществлялась после консультации больных врачом-психотерапевтом, изучения психологического портрета больных с изучаемой патологией и подбора индивидуальных программ. В некоторых случаях работа проводилась малыми группами по 6-7 человек, продолжительность сеанса колебалась от 30 до 90 мин, через 2-3 дня, на курс 6-7 сессий. Нередко нами использовались методики семейной психокоррекции. Наиболее частыми являлись аутотренинг, когнитивно-поведенческая психокоррекция, методы суггестии.

Статистическая обработка полученного материала проведена с помощью компьютерных программ Microsoft Excel for Windows (7.0), Statistica 6.0 с применением альтернативного, вариационного, корреляционного анализа, расчёта величин относительного риска и математического моделирования по теореме гипотез.

Результаты и их обсуждения

В качестве индикатора эффективности проведённых лечебных мероприятий нами использовались определение уровня кортизола в крови до и после сеансов, тестирование по тестам для исследования личности (СМОЛ) и дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, инструментальные методы, а также электрофоретическая подвижность эритроцитов (ЭФПэр) периферической крови. В таблице приведены данные о влиянии музыкопсихокоррекции на динамику уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ).

Влияние психотерапевтических и музыкальных методов лечения на динамику уровней реактивной и личностной тревожности у больных с заболеваниями органов пищеварения, $M \pm m$

Показатель	Контроль	Подгруппы	Исходные данные	После курсов лечения	Через 6 мес. после лечения
ЛТ	$35,19 \pm 0,38$	I	$62,4 \pm 1,1^*$	$38,4 \pm 0,9^{**}$	$36,1 \pm 0,8^{**}$
		II	$60,2 \pm 0,8^*$	$36,6 \pm 0,7^{**}$	$35,9 \pm 0,8^{**}$
		III	$57,5 \pm 0,9^*$	$40,4 \pm 0,9^{**}$	$41,1 \pm 0,7^{**}$
		IV	$61,5 \pm 1,3^*$	$55,6 \pm 1,1$	$56,3 \pm 0,9$
РТ	$30,28 \pm 0,32$	I	$62,5 \pm 0,7^*$	$35,1 \pm 0,6^{**}$	$33,1 \pm 0,9^{**}$
		II	$61,7 \pm 0,9^*$	$32,7 \pm 0,8^{**}$	$30,5 \pm 0,9^{**}$
		III	$63,6 \pm 0,7^*$	$38,2 \pm 0,8^{**}$	$34,6 \pm 1,0^{**}$
		IV	$62,4 \pm 1,1^*$	$57,4 \pm 0,8$	$57,7 \pm 1,1$

Примечания: * – значимость различных показателей в сравнении с контролем; ** – с исходными данными и группой сравнения, ($p < 0,05$).

Из таблицы видно, что уровни показателей РТ и ЛТ значительно изменялись в сторону нормализации у пациентов в подгруппах с применением предлагаемых методов реабилитации.

При изучении данных клинических характеристик было установлено, что после использования в комплексе лечения сеансов музыкопсихокоррекции боли в правом подреберье и эпигастральной области к концу месяца в подгруппах наблюдения отмечались только в $13,5 \pm 6,2\%$ случаев, а в подгруппе сравнения – в $20,3 \pm 7,4\%$ клинических случаев.

Проявление диспепсических расстройств чаще наблюдалось в подгруппах сравнения, чем в подгруппах наблюдения ($67,4 \pm 8,5\%$ и $43,6 \pm 6,2\%$ соответственно). Улучшение общего самочувствия отметили $87,0 \pm 5,6\%$ пациентов подгруппы наблюдения и $62,8 \pm 4,7\%$ подгруппы сравнения. Нормализовался и улучшился аппетит у $39,9 \pm 2,4\%$ пациентов подгруппы наблюдения и только у $27,8 \pm 1,9\%$ больных подгруппы сравнения.

При изучении функционального состояния ДПК у больных язвенной и желчнокаменной болезнью, наличие дуоденогастрального рефлюкса наблюдалось реже в подгруппах наблюдения, в которых проводились комплексные восстановительные мероприятия: в $35,6 \pm 3,8\%$ и $29,7 \pm 2,6\%$ случаев, а в подгруппе сравнения – в $43,5 \pm 4,5\%$ и $38,4 \pm 2,7\%$ случаев соответственно. При морфологическом исследовании биоптатов у больных с ЖКБ в подгруппах наблюдения выраженная положительная динамика установлена в росте (высоты) эпителия ДПК – $208,1 \pm 17,2$ мкм, в подгруппах сравнения – $194,8 \pm 18,4$ мкм. Дискинезия желчевыводящих путей, характеризующаяся удлинением фазы УДЗ на раздражитель и гипертонус сфинктера Одди через 21 день после выписки из стационара установлена в подгруппе сравнения – в $83,2\%$ случаев. Продолжительность фазы «Сфинктера Одди» в подгруппе наблюдения зарегистрирована в течение – $7,8 \pm 0,8$ мин, а в подгруппе сравнения – $8,5 \pm 0,4$ мин.

При изучении влияния стресс-гормона надпочечников (кортизола) на механизм возникновения постгастроудоденальных расстройств после радикальных органосохраняющих операций и резекции желудка у больных с ЯБ было установлено, что независимо от давности и объёма проведённого лечения, уровень кортизола в крови больного не имел достоверных отличий от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$).

Определение кислотопродуцирующей функции желудка показало, что повышение уровня pH ($2,2-2,5$) отмечено у $63,6 \pm 6,2\%$ больных подгруппы наблюдения и у $73,2 \pm 5,9\%$ – подгруппы сравнения, аналогично нормальная кислотность наблюдалась у $36,4 \pm 5,8\%$ и у $26,8 \pm 6,0\%$ пациентов ($1,6-2,2$) соответственно.

Важно отметить, что включение нами в комплекс лечебных мероприятий иммуномодулирующих средств, антиоксидантов, психокоррекции с музыкотерапией наравне с медико-экономическими стандартами обусловили не только снижение количества рецидивов ЯБ, но и повышали эффект эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* (НР) с $42,3\%$ до $88,0\%$, способствуя подавлению персистентных форм НР. Так, на фоне применения комплекса восстановительных мероприятий в подгруппе наблюдения возрастало число пациентов с отсутствием обсеменённости НР в 2,25 раза ($p < 0,05$), умеренной – в 1,2 раза ($p < 0,05$) на фоне увеличения доли пациентов с незначительной степенью. При изучении эндоскопической картины слизистой оболочки желудка (СОЖ) и ДПК было отмечено, что у больных подгруппы сравнения гиперемия слизистой встречалась даже к 24 месяцу после реабилитации и оказалась выше, чем в подгруппе наблюдения к 6 месяцу ($13,4\%$ и $8,9\%$ случаев соответственно).

Функциональное состояние сфинктера Одди с увеличением сроков постреабилитационного периода нормализовалось в обеих наблюдаемых нами группах.

Выводы

1. Реабилитация больных с патологией желудочно-кишечного тракта с применением комплекса традиционных, в том числе медикаментозных методов и нетрадиционных, способствует в своем большинстве исчезновению в ($49,1\%$) или уменьшению в ($37,4\%$) клинических случаев болевого синдрома.

2. Использование психокоррекции в комплексной программе восстановительного лечения позволило получить более стойкие и качественные изменения в метаболизме, гормональном, психоэмоциональном и адаптационном статусе наблюдаемых нами больных.

3. Применение музыкотерапии в ходе процесса реабилитации, как дополняющего основной комплекс восстановительного лечения, является патогенетически обоснованным и эффективным средством лечения больных с заболеваниями органов пищеварения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: СПб НИПНИ им.В.М. Бехтерева, 2009. 38 с.
2. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. Алма-Ата, 1990. 216 с.
3. Бузунов А.Ф. Формирование соматических последствий адаптационного синдрома. М.: Практ.медицина, 2010. 351 с.
4. Любан-Плоца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2000. 287 с.
5. Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Иванова С.А., Бохан Н.А. Клиническая психонейроиммунология. Томск: Раско, 2003. 300 с.

Поступила в редакцию 24.02.13

G.I. Tikhomirova

Clinical and morphological characteristics of sanogenesis in patients with gastrointestinal diseases after use musical psychocorrection

The article covers the dynamics of changes in morphological characteristics in patients with peptic ulcer, and acute cholecystitis, who were subject to musical psychocorrection techniques during the early recovery activities. A comparative analysis of the effectiveness of the treatment in the group of patients with the same disease, in which these techniques were not applied, was carried out.

Keywords: clinical and morphological characteristics, sanogenesis, musical psychocorrection.

Тихомирова Галия Имамутдиновна,
кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры общей хирургии
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная
медицинская академия»
426011, Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
E-mail: oeoxy10@mail.ru

Tikhomirova G. I.
candidate of medicine, assistant
Izhevsk State Medical Academy
426011, Russia, Izhevsk, Communarov st., 281
E-mail: oeoxy10@mail.ru