

УДК 618.89+616.33-002.44

С.В. Петров, Н.Н. Петрова, И.П. Мавиди, И.М. Хохлова

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Методы медицинской психологии в настоящее время все чаще используются в современной клинической медицине для более глубокого понимания патогенеза некоторых соматических заболеваний. Изучение особенностей психического реагирования в возникновении и рецидивировании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) как классического психосоматического заболевания приобретает особую значимость [1,2].

В общей структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта ЯБДПК занимает одно из ведущих мест. Согласно мировой статистике этим видом патологии страдает 10–15 % населения земного шара. Достижения современной фармакологии, связанные с внедрением в клиническую практику высокоэффективных антисекреторных препаратов, разработка схем эрадикационной терапии существенно изменили подходы в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [3–5]. По данным различных авторов частота плановых операций по поводу ЯБДПК снизилась за последние 10–15 лет на 38–80 % [6,7]. На этом фоне отмечается рост частоты осложненных форм этого заболевания. Так, в Санкт-Петербурге за последние 10 лет число больных с язвенными кровотечениями увеличилось в 2,5 раза, а пациентов с перфоративной язвой — в 2,2 раза. Соответственно увеличилось и количество неотложных оперативных вмешательств [8–10].

Согласно эпидемиолого-статистическим данным консервативная терапия, практически полностью подменившая хирургические методы лечения ЯБДПК, оказывается нестойкой у довольно значимой части больных [11,12]. Данную ситуацию в определенной степени можно объяснить отказом пациентов от обследования и приема противоязвенных препаратов, т. е. достаточно низким уровнем комплайенса (несоблюдение лечебных и диагностических программ) у этой категории больных.

В ходе нашего исследования проводилось изучение личностно-психологических особенностей больных и их влияние на отдаленные результаты различных способов хирургического лечения осложненных форм ЯБДПК. В качестве личностно-психологических характеристик больных исследовали механизмы совладания со стрессом (копинг-поведение), а также тип отношения к болезни [13]. Для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий использовали такой показатель, как качество жизни (КЖ) — индикатор, интегрирующий соматические и психосоматические составляющие болезни. Изучение параметров КЖ и факторов, влияющих на него, позволяет определить связь между особенностями личности пациента, течением заболевания и фор-

мирующимися механизмами психологической защиты, что в последующем может определить оптимальную лечебную тактику ЯБДПК [14].

Материалы и методы исследования. Основным материалом исследования служили медицинские карты (истории болезни) 842 пациентов с диагнозом ЯБДПК, поступивших в экстренном порядке на лечение в больницу Святого Георгия в период с 1996 по 2000 гг. Согласно данным углубленного анализа 365 случаев с осложненным течением ЯБДПК, перфорация язвы зарегистрирована у 183 больных (21,7 % от общего количества пациентов); кровотечение из язвы при поступлении отмечалось у 182 (21,6 %) пациентов. Для изучения отдаленных результатов лечения были выделены две группы пациентов по 80 человек в каждой. В первую вошли пациенты с перфоративной язвой (средний возраст $31,4 \pm 6,7$ года), во вторую — пациенты с кровотечением из язвы (средний возраст $43,6 \pm 7,2$ года). Выделенные группы были репрезентативны относительно всей ретроспективной выборки согласно критерию Фишера.

Контрольный осмотр, включавший в себя клиническое и психологическое обследование больных, осуществляли в сроки от 3 до 7 лет. Всем пациентам была выполнена фиброгастродуоденоскопия с хромогастроскопией и определением наличия *Helicobacter pylori* (HP).

Для оценки личности и межличностных отношений пациентов с осложненными формами ЯБДПК использовали следующие экспериментально-психологические методики:

1) диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанную в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева; методика ТОБОЛ предназначена для диагностирования 12 типов отношения к болезни: гармоничного, эргопатического, анозогнозического, тревожного, ипохондрического, неврастенического, апатического, меланхолического, сенситивного, эгоцентрического, дисфорического и паранойяльного [15];

2) методику Хайма, позволяющую определять ведущие копинг-стратегии в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой; в каждой сфере диагностируется один из восьми возможных копинг-механизмов; кроме того, автор предложил разделить копинг-механизмы на три группы по степени конструктивности: конструктивные (приводящие к успешной адаптации в сложных ситуациях), относительно конструктивные (промежуточные) и неконструктивные (связанные с дезадаптацией);

3) оценку качества жизни (КЖ); ее проводили в нашей работе с помощью специально разработанной анкеты, в основу которой был положен оригинальный алгоритм-опросник SF-36 [16], состоящий из 11 разделов, в каждом из которых пациенту предлагалось выбрать наиболее подходящий для него вариант; результаты представляются в виде оценок (баллы) по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ; данный показатель дает возможность оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отразить самооценку степени выраженности болевого синдрома; значения показателя качества жизни составляли от 0 до 100 баллов; опросник построен так, что чем выше показатель по шкале, тем лучшим КЖ; полученные данные сравнивали с нормативными данными в группе практически здоровых лиц.

Для статистической обработки использовался пакет анализа программы Microsoft Excel 2000.

Результаты исследования. С помощью ретроспективного анализа историй болезни выявлены следующие особенности лечебной тактики при хирургическом лечении таких осложнений ЯБДПК, как перфорация и кровотечение. У пациентов с перфоративной язвой в подавляющем большинстве случаев (87,4 %) выполняли паллиативное оперативное вмешательство — ушивание перфорационного отверстия. Резекция желудка в качестве радикального способа лечения ЯБДПК была применена лишь у 12,6 % больных.

Известно, что неотъемлемым компонентом комплексного лечения больных с перфоративной язвой ДПК после ее ушивания является назначение противоязвенной терапии в раннем послеоперационном периоде. Данный подход за исследуемый период за-

метно изменился. Если в 1996 г. антисекреторные препараты применяли у 18,7 % пациентов, то к 1999 г. их число достигло 76,9, а в 2000 г. — 96,4 % от всего количества оперированных больных. Следовательно, большинство практических врачей в настоящее время достаточно хорошо знают и применяют в клинике медикаментозные методы патогенетического лечения больных с перфоративной язвой ДПК.

При лечении пациентов с кровоточащей язвой ДПК более чем в половине случаев врачи предпочитали консервативную терапию (54,9 %). Среди оперированных пациентов с кровоточащей язвой ДПК существенную группу (45,1 %) составили больные, которым была выполнена операция — резекция желудка в различных модификациях, что значительно чаще ($p < 0,001$), чем в группе с перфорацией язвы. Из всего многообразия вариантов хирурги предпочитали выполнять резекцию 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера — 52 % от всех произведенных радикальных вмешательств.

В то же время при исследовании результатов использования таких антисекреторных лекарственных средств, как H_2 -блокаторы и ингибиторы протонной помпы, в схеме лечения кровоточащей язвы ДПК, установлено, что частота их применения не соответствует современным представлениям о патогенетических принципах медикаментозного лечения этого угрожающего жизни больных осложнения ЯБДПК. Оказалось, что если в 1996 г. данные препараты использовались в 24 % случаев, то в 1998 г. — всего у 52,9, а в 2000 г. только у 65,2 % больных с кровоточащей язвой ДПК. Представленные результаты диктуют необходимость обязательного антисекреторного лечения в послеоперационном периоде у всех больных, оперированных по поводу кровоточащей язвы ДПК.

При анализе отдаленных результатов лечения во время контрольных осмотров оперированных пациентов была выявлена высокая частота рецидивов заболевания. Во всех случаях диагноз был подтвержден при выполнении фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). В группе больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, доля рецидивов ЯБДПК по данным анамнеза составила 66 %, а на момент контрольного осмотра наличие язвы было зарегистрировано у 40 % пациентов. При определении степени микробного обсеменения НР слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки среди этой категории больных, независимо от вида оперативного вмешательства, каких-либо значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

В группе пациентов с язвенным кровотечением, у которых проводили только консервативное лечение, рецидив заболевания в анамнезе отмечался в 48 % случаев, а язвенный дефект на момент контрольного осмотра установлен у 40 % больных. По данным хромогастроскопии оказалось, что в целом среди пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой, независимо от метода лечения (консервативной терапии или хирургического), гиперхлоргидрия была диагностирована чаще. Однако у больных, которым применяли только консервативную терапию, повышенную кислотопродуцирующую функцию обнаруживали в 81 % случаев, что было намного чаще ($p < 0,05$), чем в группе оперированных. У всех пациентов с кровоточащей язвой ДПК преобладала слабая и умеренная степени НР-обсеменения слизистой оболочки (62,5 %), независимо от того, был оперирован больной или применяли только консервативное лечение ($p > 0,05$).

В обеих группах: как с перфорацией язвы, так и с кровотечением из нее, была отмечена довольно высокая частота отказов (примерно 55 % больных) от проведения повторных курсов противоязвенной терапии после выписки из стационара (55 % пациентов обеих групп).

При изучении личностно-психологических характеристик у больных с перфоративной язвой (табл. 1) отмечалось преобладание анозогностического типа отношения к болезни (43,5 % случаев). Данный вариант относят к I блоку типов отношения — без существенной психической и социальной дезадаптации. При этом для таких пациентов характерно активное вытеснение любой мысли о болезни и ее возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Как следствие, у этих пациентов нередко выявляли отказ от врачебного обследования и дальнейшего лечения.

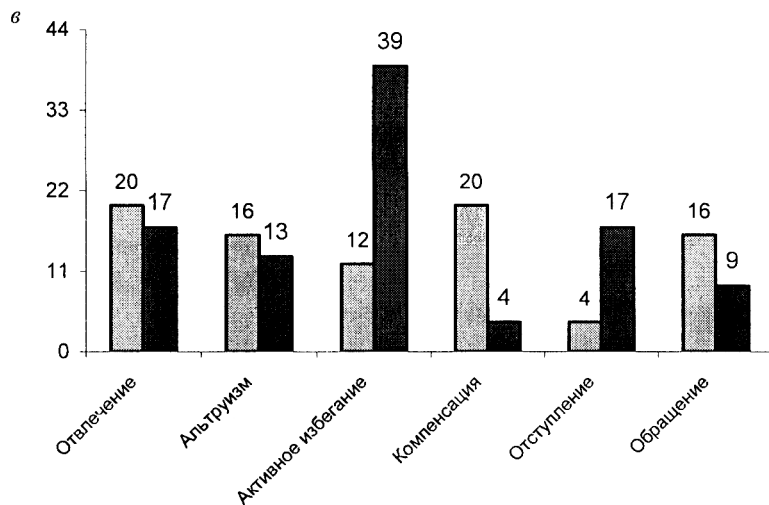
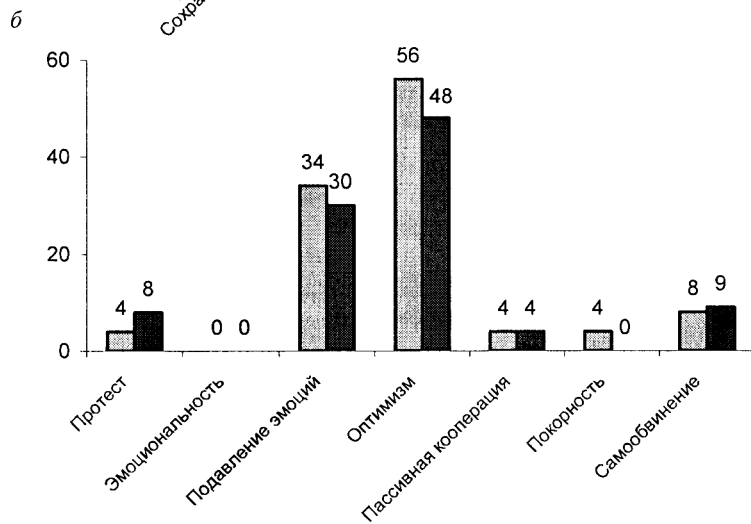
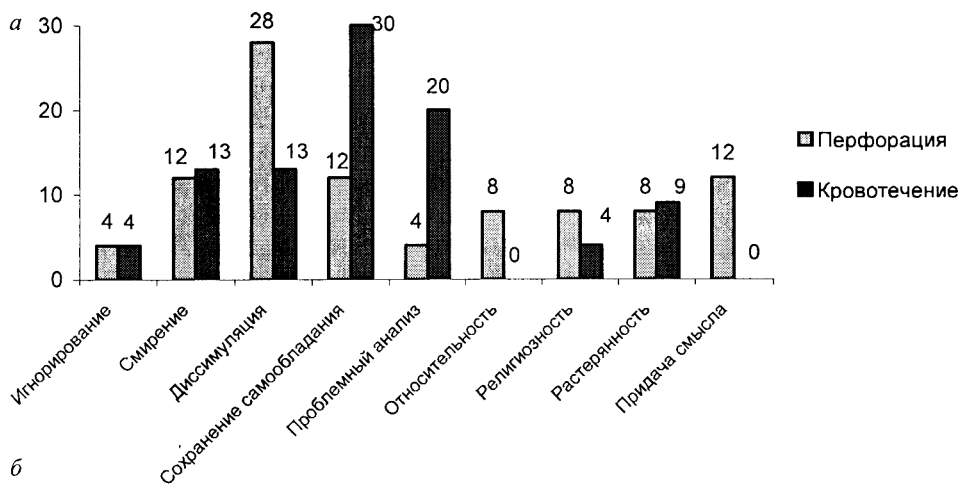
В группе больных с таким осложнением язвенной болезни, как кровотечение из язвы (табл. 1), ведущим оказалось эргопатическое отношение, которое было выявлено в 28,6 % случаев. Эргопатический тип отношения к болезни также относится к I блоку и характеризуется сверходержимым, стеничным отношением к работе, которое в ряде случаев было выражено даже в большей степени, чем до начала болезни.

Таблица 1

Тип отношения к болезни пациентов с осложненными формами ЯБДПК

Тип отношения к болезни	Количество больных, %	
	Перфоративная язва	Кровотоочащая язва
Гармоничный	8,7	9,5
Эргопатический	8,7	28,6
Анозогностический	43,5	14,3
Ипохондрический	4,4	4,8
Сенситивный	13,0	4,8
Неврастенический	4,6	5,0
Смешанный и диффузный	17,1	33,1

Не менее интересные результаты были получены при исследовании механизмов совладания со стрессом. При анализе особенностей копинга в когнитивной сфере были выявлены значимые различия между группами больных с перфоративной язвой и кровотечением из нее (рисунок, а). У больных с осложнением язвенной болезни в виде перфорации когнитивная сфера копинга оказалась наиболее проблемной. В этой сфере неконструктивные механизмы совладания со стрессом, выявленные у 52 % больных, отчетливо преобладали над конструктивными вариантами, которые отмечали только в 20 % случаев ($p < 0,01$). У таких пациентов ведущим копинг-механизмом оказался неэффективный вариант — «диссимуляция» (обесценивание трудностей), что вполне логично соответствует эргопатическому типу отношения к болезни. «Диссимуляция» в целом была выявлена в 26 % всех наблюдаемых больных когнитивных копинг-механизмов. На втором месте оказались такие варианты копинга, как «сохранение самообладания», «придача смысла», которые встречались в 16, 12 и 12 % случаев соответственно. Таким образом, в оценке трудных ситуаций у больных этой группы были выявлены преобладание отрицания, вытеснение проблем, а также рентная установка с фиксацией на проблеме. В целом у больных с кровотечением в анамнезе отчетливо преобладали конструктивные механизмы, из которых наиболее часто встречались «сохранение самообладания» и «проблемный анализ», в 30 и 20 % случаев соответственно, что самым тесным образом соотносилось с анозогностическим типом отношения к болезни.



Виды копинга в когнитивной (а), эмоциональной (б) и поведенческой (в) сферах у пациентов с осложненными формами ЯБДПК.

В эмоциональной сфере достоверно значимых различий в исследуемых двух группах не выявлено (рисунок, б). У больных с перфоративной язвой, как и у больных с кровотечением из нее, ведущей оказалась копинг-стратегия «оптимизации», которую регистрировали в 58 и 49 % соответственно. Несмотря на то что этот вариант копинга обычно рассматривается автором методики как конструктивный, в условиях соматогенной витальной угрозы он может способствовать неадекватной позиции в отношении болезни, нарушению комплайенса и развитию осложнений. Согласно данным анамнеза данный механизм совладания сопровождался отказом от лечения в 50 % случаев, а отказом от проведения ФГДС в 69,7 %. В то же время больные с другими разновидностями копинг-стратегий от предлагаемого обследования отказывались гораздо реже — в 10,5 и 22,5 % случаев соответственно ($p < 0,01$).

В поведенческой сфере копинга (рисунок, в) у пациентов с язвенным кровотечением достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов с перфоративной язвой наблюдали неконструктивные механизмы копинга, регистрируемые в 55,6 % наблюдений. Эти механизмы были представлены такими копинг-стратегиями, как «активное избегание» и «отступление», которые встречались соответственно в 40,5 и 17 %, им характеризовались отказом

Таблица 2

Показатели качества жизни у пациентов с перфоративной и кровоточащей язвой в анамнезе

Шкалы SF-36	Пациенты ($M \pm m$) $n_1 = 80; n_2 = 80$	Здоровые (M)	p
PF	92,6 $\pm$ 2,19	96,0	<0,05
	77,0 $\pm$ 3,95	96,0	<0,01
RP	74,3 $\pm$ 6,49	90,0	<0,05
	55,2 $\pm$ 8,10	90,0	<0,001
BP	79,7 $\pm$ 3,77	89,7	<0,01
	70,9 $\pm$ 4,70	89,7	<0,001
GH	64,2 $\pm$ 2,73	73,2	<0,001
	53,0 $\pm$ 3,36	73,2	<0,001
VT	63,2 $\pm$ 2,80	81,3	<0,001
	55,2 $\pm$ 3,51	81,3	<0,001
SF	84,7 $\pm$ 2,69	85,0	>0,05
	69,8 $\pm$ 3,75	85,0	<0,001
RE	69,4 $\pm$ 5,69	85,0	<0,01
	50,6 $\pm$ 7,33	85,0	<0,001
MH	67,0 $\pm$ 2,68	87,3	<0,001
	57,2 $\pm$ 3,19	87,3	<0,001
HT	3,1 $\pm$ 0,12		
	3,1 $\pm$ 0,14		

П р и м е ч а н и е. PF — способность к физическим нагрузкам; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; BP — свобода от боли; GH — общее состояние здоровья; VT — активность, энергичность; SP — социальное функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; MH — психическое здоровье; HT — оценка своего состояния в динамике терапии; M — средняя; m — ошибка средней; p — уровень достоверности.

от решения проблем, возникших в результате заболевания. У больных с перфоративной язвой, наоборот, преобладали конструктивные и относительно конструктивные механизмы копинга, которые отмечали в 40 и 37 % случаев.

На основе этих данных вполне логично предположить, что возникновение перфорации как состояния, связанного с большей субъективной тяжестью самочувствия из-за выраженного болевого синдрома, способствует формированию более конструктивного поведения даже без полноценной критической оценки своего состояния, что в свою очередь, выражалось в высокой частоте неконструктивных вариантов копинга в когнитивной сфере. Анализ такого важного показателя, как оценка качества жизни, выявил снижение его параметров у всех обследованных пациентов с перфоративной язвой и кровотечением, независимо от избранной тактики лечения (табл. 2).

Таким образом, в настоящее время в хирургическом лечении пациентов с перфоративной язвой ДПК преобладают паллиативные оперативные вмешательства. У больных с кровоточащей язвой ДПК более чем в половине всех наблюдений лечение ограничивают проведением консервативных мероприятий. Следовательно, при лечении таких осложненных форм язвенной болезни ДПК, как перфорация и кровотечение, в послеоперационном периоде возникает острая необходимость дальнейшего проведения противоязвенной терапии. В то же время значительная доля пациентов не соблюдает правила проведения многокомпонентной противоязвенной терапии, что в последующем и обуславливает высокую частоту рецидивов заболевания.

При изучении личностно-психологических особенностей больных этой категории можно сделать вывод, что нарушение комплайенса чаще всего возникает у пациентов с преобладанием эмоционального копинга по типу «оптимизации» и анозогностического отношения к болезни. Было установлено, что преобладание неконструктивных механизмов копинга в поведенческой сфере сопровождается существенным снижением качества жизни больных.

Полученные данные позволяют с учетом личностно-психологических особенностей пациентов осуществить индивидуализацию и оптимизацию лечебно-реабилитационных мероприятий при ЯБДПК с целью улучшения комплайенса и повышения качества жизни.

Summary

Petrov S.V., Petrova N.N., Mavidi I.P., Khokhlova I.M. Personal and psychological peculiarities and remote results of treatment patients with duodenal ulcers complicated.

The paper discusses the problems of introducing of psychology methods to somatic pathology clinic. In our study was carried out in order to personal and psychological peculiarities of patients receiving different types of treatment with duodenal ulcers complicated. The whose treatment for perforation or hemorrhage was not radical, demonstrated high relapse rate within 4 to 7 years after hospitalization (66 % and 48 % respectively). The study of "internal picture" of the disease revealed anosognostic attitude to the disease was predominant in perforation group (43,5 %), while ergopatic attitude was typical of hemorrhage patients (28,6 %). The study found significant difference in the cognitive and behavioral spheres of coping between the groups. Also the study found significant reduction in a range of life quality parameters. The results suggest that in order to increase the life quality and compliance of patients with DU, medical and rehabilitation measures should be individualized and optimized in accordance with personal and psychological peculiarities of these patients.

Keywords: ulcer disease, perforation, hemorrhage, treatment, coping, life quality, compliance.

Литература

1. *Levenstein S.* The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer // *Psychosom. Med.* 2000. Vol. 62. N 2. P. 176–185.
2. *Слулевич А.Б.* Психосоматические расстройства: клиника, терапия, организация медицинской помощи // *Психиатр. и психофармакотер.* 2000. Т. 2. № 2. С. 35–39.
3. *Маев И.В., Вьючнова Е.С.* Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 2003.
4. *Майстренко Н.А., Мовчан К.Н.* Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб., 2000.
5. *Rosemurgy A.S.* What's new in surgery: gastrointestinal conditions // *J. Amer. Coll. Surg.* 2003. Vol. 197. N 5. P. 323–327.
6. *Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П.* Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 2002.
7. *Kuremi R.T.* Surgical management of peptic ulcer disease // *East Afr. Med. J.* 2002. Vol. 79. N 9. P. 453.
8. *Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К.* Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. СПб., 2002.
9. *Ефименко Н.А., Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Перегудов С.И.* Перфоративные гастродуоденальные язвы. М.; СПб., 2001.
10. *Donovan A.J., Berne T.V., Donovan J.A.* Perforated duodenal ulcer: an alternative therapeutic plan // *Arch. Surg.* 1998. Vol. 133. N 11. P. 1166–1171.
11. Лечение язвенной болезни: взгляды терапевта и хирурга: Материалы «круглого стола» // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепат., колопр.* 2001. Т. 11. № 2. С. 9–16.
12. *Рысс Е.С., Звартау Э.Э.* Фармакотерапия язвенной болезни. СПб.; М., 1998.
13. *Петрова Н.Н.* Медицинская психология: Учеб. пособие. СПб., 2003.
14. *Новик А.В., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.; М., 2002.
15. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.* и др. Методика ТОБОЛ: Метод. рекомендации. СПб., 2001.
16. *How to score the SF-36 health survey / Medical outcomes trust.* Boston, 1994.

Статья поступила в редакцию 28 ноября 2005 г.