

И.В.МАЕВ¹, чл.-корр., профессор, д.м.н., Г.Л.ЮРЕНЕВ¹, профессор, д.м.н., Д.Т.ДИЧЕВА¹, доцент, к.м.н.,
Л.Н.ТРУТАЕВА², к.м.н., Е.Н.БИТКОВА¹, А.Г.ДАНИЛИН³, О.Е.БЕРЕЗУТСКАЯ³

¹ ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздравсоцразвития России

² ГБУЗ «Тушинская детская городская больница» ДЗ г. Москвы

³ ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России»

ВЛИЯНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

Изучалась эффективность влияния психотерапевтических методов лечения на клиническое течение, качество жизни (КЖ), показатели 24-часовой рН-метрии и спирометрии у пациентов с бронхиальной астмой, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием данных нозологий.

Показано, что включение психотерапевтических методов лечения в комплексную терапию у таких больных оказывает дополнительный лечебный эффект. При этом наряду с положительной динамикой клинических симптомов и показателей психологического реагирования пациентов улучшаются параметры КЖ.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, психотерапия, бронхиальная астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

В последние десятилетия наблюдается отчетливая тенденция к росту распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), что привлекает к ней повышенное внимание врачей. Нередко у пациентов с ГЭРБ выявляются сопутствующие бронхолегочные заболевания, и прежде всего бронхиальная астма (БА). Ряд клиницистов отмечают, что наличие ГЭРБ является одним из факторов развития плохо контролируемой БА как у взрослых, так и у детей, что в значительной степени определяет актуальность данной проблемы [1]. Была выявлена высокая степень корреляции между симптомами БА (кашель, хрипы в легких, диспноэ) и периодическим снижением показателя рН содержимого пищевода (возникающим спонтанно или в ходе кислотной перфузии) [2].

Известно, что такие заболевания, как БА и ГЭРБ, являются психосоматическими. Для их развития большое значение имеет первично-телесная реакция на конфликтные переживания, сопровождаю-

щаяся функциональными нарушениями и патологическими изменениями в органах и тканях. Индивидуальная предрасположенность пациента может влиять на выбор поражаемого органа или системы. Психосоматическая медицина рассматривается как наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Данное научное направление предлагает дополнительные эффективные методы лечения. Принцип единства телесного и душевного является основой психосоматической медицины.

I.C.Heinroth в 1818 г. одним из первых употребил термин «психосоматический». Доктор Jacobi в 1822 г. был пионером в использовании понятия соматопсихических нарушений [3]. Данный подход получил широкое распространение в 20–50-х гг. XX в. С 1939 г. в США началось издание журнала «Психосоматическая медицина» [4]. В 1950 г. было создано Американское психосоматическое общество [5].

Психосоматика (др.-греч. ψυχή — душа и σῶμα — тело) — направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических фак-

торов на возникновение и течение соматических заболеваний. В рамках психосоматики исследуются связи между характеристиками личности (конституциональные особенности, черты характера, стили поведения, типы эмоциональных конфликтов) и различными соматическими заболеваниями [5].

Психосоматическими считают такие заболевания, которые развиваются не только по каким-либо физиологическим причинам, но также и вследствие определенных психических процессов, присущих для того или иного пациента. Когда тщательное медицинское обследование не позволяет обнаружить физическую или органическую причину патологического процесса и/или когда заболевание, очевидно, является следствием таких эмоциональных состояний, как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая [4].

Наиболее изучены психологические факторы таких заболеваний и синдромов, как БА, эссенциальная артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженной толстой кишки.

В лечении психосоматических заболеваний важную роль играет психокоррекция и психотерапия.

Психологическая коррекция — это выработка новых психологически адекватных и личностно выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Цель психокоррекции — оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, устранение отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей.

Психотерапия — это система лечебных воздействий на организм человека через его психику, которая часто определяется как деятельность, направленная на избавление индивидуума от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом через установление глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также путем применения различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик [5].

Целью исследования было изучение эффективности психотерапевтических методов лечения в комплексной терапии больных БА, ГЭРБ и при сочетании этих заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 96 пациентов в возрасте от 21 до 68 лет (средний возраст — $47,4 \pm 8,9$ года), страдавших БА и ГЭРБ. Диагноз был установлен до начала нашего исследования. Продолжительность заболевания составила от 1 до 25 лет. Отдельно были выделены пациенты, страдавшие сочетанной патологией, у которых было выявлено наличие обоих упомянутых выше заболеваний. В ряде случаев у больных БА наличие ГЭРБ выявлялось дополнительно на основании анамнеза и инструментального обследования верхних отделов пищеварительного тракта. Стандартная терапия БА проводилась в соответствии с международными и национальными клиническими рекомендациями и включала в себя базисную терапию (ингаляционные глюкокортикостероиды в сочетании при необходимости с длительно действующими β_2 -агонистами) и ситуационную терапию «по потребности» (бронхолитики короткого действия). В лечении больных ГЭРБ использовались ингибиторы протонной помпы, прокинетики и антациды. Больные с сочетанной патологией (БА и ГЭРБ) получали препараты для лечения обоих заболеваний. В соответствии с характером патологии все пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1, в которую вошли 35 пациентов с БА, состояла из 2 подгрупп. Подгруппа 1.1 была образована из 18 больных, получавших стандартную медикаментозную терапию; подгруппа 1.2 была составлена из 17 пациентов, получавших в дополнение к стандартной терапии психотерапевтическое лечение. В группе 2, включавшей 29 пациентов с ГЭРБ, также были выделены 2 подгруппы: 2.1 — 14 больных, которым была назначена стандартная медикаментозная терапия, и 2.2 — 15 человек, у которых использовалось сочетание стандартной медикаментозной терапии и психотерапевтических методов. Группу 3 составили 32 пациента с сочетанием БА и ГЭРБ. Внутри нее также аналогичным

образом образованы 2 подгруппы: 3.1 — 17 пациентов со стандартной медикаментозной терапией и 3.2 — 15 больных, которым в дополнение к этому была назначена психотерапевтическая коррекция. В исследовании по определению индивидуально-личностных особенностей пациентов и типов их реагирования на окружающую среду испытуемые на подгруппы не делились; тестирование проводилось на начальном этапе терапии.

В подгруппах больных, получавших психотерапевтическое лечение, врачом-психиатром с учетом психического статуса пациентов назначались следующие медикаментозные препараты из группы антидепрессантов (Паксил, Коаксил, Феварин, Амитриптилин) или транквилизаторов (Грандаксин, Реланиум, Феназепам).

Продолжительность курса терапии для всех пациентов, включенных в исследование, составила 4 недели.

Для оценки динамики состояния до и после лечения пациентам проводились клинко-функциональные исследования: опрос, физикальный осмотр с оценкой выраженности клинических симптомов, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), 24-часовая рН-метрия, спирометрия с выполнением фармакологической пробы с β_2 -агонистами.

Для оценки динамики жалоб на фоне лечения во всех группах пациентов использовалась шкала суммарных оценок Лайкерта, при работе с которой испытуемый оценивает степень своего согласия или несогласия с каждым суждением по 5-балльной шкале (от 0 до 4 баллов), от «полностью согласен» до «полностью не согласен». Сумма оценок каждого отдельного суждения позволяет выявить установку испытуемого по какому-либо вопросу.

Для оценки индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования обследованных больных на окружающую обстановку им проводились тесты по следующим опросникам [7]:

1. Характерологический опросник Леонгарда — Шмицке. Этот тест предназначен для выявления акцентуаций характера, представляющих собой крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в

отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим.

2. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) — методика, которая является инструментом исследования индивидуально-типологических свойств личности. Это позволяет отнести каждого конкретного человека к определенному типу. В основе методики лежит разработанная Л.Н.Собчик теория, согласно которой основу личностного фактора составляет одна или несколько ведущих тенденций, пронизывающих разные уровни развития личности. От врожденных свойств темперамента, через характер, который формируется в процессе взаимодействия темперамента с социальной средой, к зрелой личности, в которой объединение осуществляется интегрированным «Я» (самосознание, самоконтроль, самооценка).

3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (КОВОНС).

Психотерапевтом были проконсультированы 60 человек (67,4%) из включенных в исследование пациентов. В 46 случаях (51,7%) было назначено психотерапевтическое лечение, включавшее индивидуальные и групповые беседы по результатам пройденных тестов и прием специально подобранных для каждого больного психоактивных лекарственных препаратов. С пациентами была проведена коррекционная работа по снижению тревожности, депрессивности, курс группового аутотренинга. Были прочитаны лекции о причинах и механизмах развития заболеваний, о возможности предупреждения их рецидивов и осложнений. Для самостоятельного прослушивания больным также выдавались аудионосители с «Восстанавливающими психотехниками Николая Подхвятилина» и с психотренингами «Школы В.В.Синельникова» по индивидуальным схемам. Использование данных психотехник активизирует скрытые резервы организма и дает возможность пациенту легче справляться со своими проблемами и болезнями [7].

В качестве общей методики для оценки качества жизни использовался краткий опросник MOS SF-36. Его структура включает такие шкалы, как физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, физическая боль, общее

здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование и психологическое здоровье [9, 10]. Испытуемые самостоятельно заполняли опросники до начала терапии (в фазу выраженных клинических проявлений заболевания) и через 4 недели терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одной из задач данного исследования было определение индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования на окружающую

среду у пациентов с БА, ГЭРБ и сочетанием этих патологических состояний (табл. 1).

При сравнении равнозначных групп пациентов с БА и ГЭРБ было выявлено, что больные БА являются более ригидными ($p < 0,02$), тревожными ($p < 0,005$) и спонтанными ($p < 0,05$). У них достоверно чаще, чем у пациентов с ГЭРБ, отмечается циклотимия и дистимия ($p < 0,05$, $p < 0,02$ соответственно). В то же время у больных ГЭРБ отмечается тенденция к лабильности и сенситивности. При сравнении групп пациентов с БА и сочетанной патологией (БА и ГЭРБ) отмечено, что у последних более выражена тревожность ($p < 0,05$), интровер-

Таблица 1. Индивидуально-личностные особенности реагирования в обследованных группах пациентов

Исследование \ Болезнь		БА	БА + ГЭРБ	ГЭРБ
КОВОНС	Шкала тревоги	1,59 ± 0,82	2,08 ± 1,20	2,62 ± 1,31
	Шкала невротической депрессии	2,9 ± 0,98	1,7 ± 0,61	1,90 ± 1,10 ^
	Шкала астении	2,87 ± 1,41	2,42 ± 1,30 *	3,54 ± 1,32
	Шкала истерического реагирования	1,96 ± 0,94	1,8 ± 0,66	1,13 ± 0,48 ^
	Шкала обсессивно-фобических нарушений	1,99 ± 0,69	1,55 ± 1,01	1,63 ± 0,73
	Шкала вегетативных нарушений	1,28 ± 2,02	1,21 ± 1,81	1,34 ± 2,20
ИТО	Тревожность	4,53 ± 0,38	5,43 ± 0,41 *	3,83 ± 0,37
	Лабильность	5,26 ± 0,57	5,43 ± 0,49	5,08 ± 0,28
	Экстравертированность	4,47 ± 0,32	4,22 ± 0,41	3,58 ± 0,46
	Спонтанность	5,05 ± 0,45	4,43 ± 0,49	3,75 ± 0,37 ^
	Агрессивность	5 ± 0,51	4,72 ± 0,41	4,17 ± 0,46
	Ригидность	3,95 ± 0,32	3,51 ± 0,57	2,5 ± 0,46 ^^†
	Интровертированность	4,89 ± 0,38	5,86 ± 0,24 *	5,17 ± 0,37
	Сенситивность	5,21 ± 0,45	5,93 ± 0,57	6,17 ± 0,28
ЛЕОНГАРДЕ	Гипертимность	13,05 ± 0,8	13,5 ± 1,05	13,25 ± 1,66
	Возбудимость	13,61 ± 1,07	12,86 ± 0,98	14,67 ± 0,92
	Эмотивность	14,61 ± 1,6	18,79 ± 1,26 *	15,75 ± 1,11 †
	Педантичность	10,39 ± 1,07	13,36 ± 1,4 *	10,83 ± 0,74
	Тревожность	11,83 ± 1,4	11,0 ± 1,3	6 ± 1,39 ^^^ ††
	Циклотимность	12 ± 1,2	12,3 ± 1,11	9,5 ± 0,83 ^†
	Демонстративность	13,5 ± 1,07	16 ± 0,98 *	12,08 ± 1,4 †
	Неуравновешенность	9,17 ± 0,8	10,07 ± 1,47	8,5 ± 1,39
	Дистимность	12 ± 0,8	13,07 ± 0,84	7,5 ± 0,83 ^^^†††
	Экзальтированность	11 ± 0,8	11,57 ± 0,42	9,5 ± 1,11

При сравнении групп БА и ГЭРБ: ^ $p < 0,05$; ^^ $p < 0,02$; ^^^ $p < 0,005$.

При сравнении групп БА и (БА + ГЭРБ): * $p < 0,05$.

При сравнении групп (БА + ГЭРБ) и ГЭРБ: † $p < 0,05$; †† $p < 0,02$; ††† $p < 0,01$.

Таблица 2. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта и потребность в КДБА у больных БА в зависимости от характера терапии

Симптомы	БА			
	МТ		МТ + ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Ночной кашель	3,86 ± 0,16	1,33 ± 0,22 ⁺	3,53 ± 0,11	0,63 ± 0,22 ^{***}
Диспноэ	2,98 ± 0,17	1,73 ± 0,10 ⁺	3,33 ± 0,12	1,64 ± 0,12 ⁺
Потребность в КДБА	13,2 ± 1,4	5,3 ± 0,5 ⁺	11,1 ± 0,92	4,2 ± 0,12 ^{***}

При сравнении подгрупп до лечения и после лечения внутри данной группы: ⁺ — $p < 0,05$.
При сравнении подгрупп МТ и (МТ + ПК) после лечения: ^{*} — $p < 0,05$; ^{**} — $p < 0,02$.
МТ — медикаментозная терапия; ПК — психокоррекция; КДБА — короткодействующие β-агонисты.

тированность ($p < 0,05$), эмотивность ($p < 0,05$), педантичность ($p < 0,05$), демонстративность ($p < 0,05$). Сравнение групп больных ГЭРБ и сочетанной патологией (БА и ГЭРБ) показало, что при наличии сразу двух заболеваний у пациентов более выражена тревожность ($p < 0,02$), ригидность ($p < 0,05$), эмотивность ($p < 0,05$), демонстративность ($p < 0,05$), циклотимность ($p < 0,05$) и дистимность ($p < 0,01$) (табл. 1).

Полученные данные свидетельствуют о том, что больные БА характеризуются нарушением систем адаптации к окружающему миру. Для этих пациентов характерна ригидность — боязнь нового опыта, использование привычных методов реагирования. У них часто выявляется депрессия невротического генеза, связанная с общей невротизацией и наличием внутреннего конфликта, нереализованных желаний, о чем также свидетельствует высокий уровень агрессивности и истероидный тип реагирования. Пациенты с ГЭРБ отличаются лабильностью (подвижность психических процессов) и сенситивностью (повышенная чувствительность к происходящим событиям). За счет высокой лабильности больные ГЭРБ легче приспосабливаются к изменениям, легче осваивают новое. Поэтому они обладают более высокими адаптационными возможностями, тогда как больные БА используют привычные для них способы реагирования. Пациентам с БА присуще чувство страха на подсознательном уровне, что усиливает внутреннее напряжение и является одной из причин обострений заболевания. В случае присоединения к ГЭРБ бронхиальной астмы психологические признаки изменяются в соответствии с вышеописанной картиной, характерной для больных БА.

Через 4 недели от начала лечения в обеих подгруппах больных БА (при стандартной медикаментозной терапии — подгруппа 1.1 и при ее сочетании с психотерапевтическими методами лечения — подгруппа 1.2) было отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов заболевания (по шкале Лайкерта). Причем в отношении ряда клинических проявлений на фоне психотерапевтического лечения были достигнуты лучшие клинические результаты по сравнению с подгруппой, в которой применялась только стандартная медикаментозная терапия (табл. 2). Такие результаты были получены в отношении выраженности кашля в ночное время ($p < 0,02$) и потребности в короткодействующих β-агонистах (КДБА) ($p < 0,05$). При сравнении подгрупп 1.1 и 1.2 до лечения статистически значимых различий выявлено не было (табл. 2).

При сравнении результатов лечения пациентов с ГЭРБ на протяжении 4 недель было отмечено достоверно более низкое значение показателей интенсивности изжоги и боли в эпигастрии в подгруппе 2.2. (сочетание стандартного медикаментозного лечения с психотерапевтическими методами) по сравнению с подгруппой 2.1 (только лекарственная терапия), $p < 0,05$ для обоих показателей (табл. 3). При сравнении подгрупп 2.1 и 2.2 до лечения статистически значимых различий выявлено не было (табл. 3).

Сравнение результатов, достигнутых при 4-недельном лечении пациентов, страдавших сочетанной патологией — БА и ГЭРБ (подгруппы 3.1 и 3.2 соответственно, получавшие только медикаментозную терапию или ее комбинацию с психокор-

рекции), также позволило установить достоверно лучшие показатели в подгруппе 3.2 (табл. 4) в отношении уменьшения выраженности ночного кашля ($p < 0,05$), боли в эпигастрии ($p < 0,05$) и одышки ($p < 0,02$). При сравнении подгрупп 3.1 и 3.2 до лечения статистически значимых различий выявлено не было (табл. 4).

Полученные результаты с видятся о том, что при использовании в лечении психотерапевтических методов у пациентов отмечается статистически значимое ослабление клинических симптомов заболевания по сравнению с группой больных без психотерапевтического лечения.

При сравнении данных спирометрии в подгруппах пациентов с БА статистически значимых различий выявлено не было как до, так и после лечения вне зависимости от использования методов психокоррекции (рис. 1). Такая же картина в отношении спирометрических показателей наблюдалась нами и у больных с сочетанием БА и ГЭРБ (рис. 2). Эти результаты указывают на то, что 4-недельное психо-

терапевтическое лечение не оказывает положительного влияния на показатели спирометрии у больных БА и при сочетании данной патологии с ГЭРБ.

Подобным образом при сравнении результатов 24-часовой рН-метрии пищевода до лечения и после курса терапии между подгруппами лиц, получавших и не получавших психотерапию, также не было определено статистически значимых различий на фоне лечения ни у больных ГЭРБ, ни при сочетании этой патологии с БА (рис. 3–4). Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии влияния методов психокоррекции на показатели 24-часовой рН-метрии пищевода у больных ГЭРБ, в т.ч. и при ее сочетании с БА.

Изучение показателей качества жизни (тест SF-36) у включенных в исследование пациентов позволило выявить следующие закономерности. В группе больных БА было отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни в обеих подгруппах. Однако в отношении ряда параметров на фоне психотерапевтического лечения (подгруп-

Таблица 3. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта у обследованных пациентов с ГЭРБ в зависимости от характера терапии

Симптомы	ГЭРБ			
	МТ		МТ + ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Ночной кашель	1,76 ± 0,14	0,37 ± 0,10 ⁺	1,5 ± 0,2	0,45 ± 0,22 ⁺
Изжога	3,75 ± 0,12	0,7 ± 0,15 ⁺	3,4 ± 0,25	0,31 ± 0,1 ⁺ *
Боль в эпигастрии	3,65 ± 0,21	0,42 ± 0,08 ⁺	3,2 ± 0,21	0,24 ± 0,06 ⁺ *

При сравнении подгрупп до лечения и после лечения внутри данной группы: ⁺ — $p < 0,05$.

При сравнении подгрупп МТ и (МТ + ПК) после лечения: * — $p < 0,05$.

При сравнении подгрупп МТ и (МТ + ПК) до лечения, $p > 0,05$.

МТ — медикаментозная терапия; ПК — психокоррекция.

Таблица 4. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта у пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ в зависимости от характера терапии

Симптомы	БА + ГЭРБ			
	МТ		МТ + ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Ночной кашель	3,65 ± 0,31	0,75 ± 0,12 ⁺	3,31 ± 0,21	0,41 ± 0,1 ⁺ *
Диспноэ	3,4 ± 0,21	1,78 ± 0,18 ⁺	3,8 ± 0,33	1,3 ± 0,1 ⁺ ***
Изжога	3,25 ± 0,6	0,72 ± 0,15 ⁺	3,26 ± 0,6	0,78 ± 0,1 ⁺
Боль в эпигастрии	3,25 ± 0,31	0,75 ± 0,12 ⁺	2,8 ± 0,12	0,41 ± 0,11 ⁺ *
Потребность в КДБА	13,2 ± 1,1	4,3 ± 0,39 ⁺	12,9 ± 0,86	4,0 ± 0,43 ⁺

При сравнении подгрупп до лечения и после лечения внутри данной группы: ⁺ — $p < 0,05$.

При сравнении подгрупп МТ и (МТ + ПК) после лечения: * — $p < 0,05$; *** — $p < 0,02$.

При сравнении подгрупп МТ и (МТ + ПК) до лечения, $p > 0,05$.

МТ — медикаментозная терапия; ПК — психокоррекция; КДБА — короткодействующие β-агонисты.

Рисунок 1. Показатели спирометрии у обследованных пациентов с БА в зависимости от характера терапии

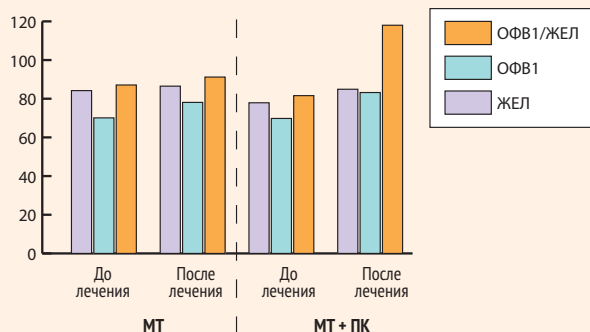
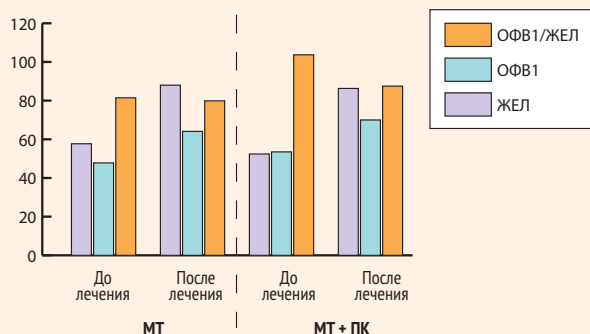
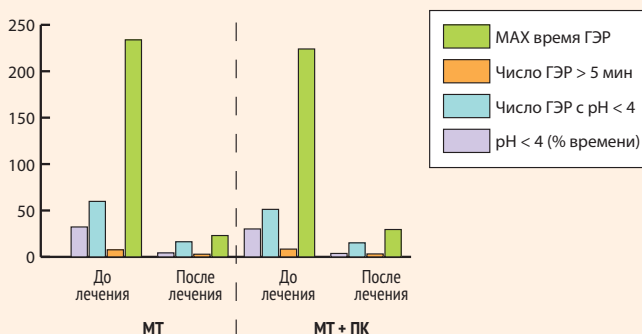


Рисунок 2. Показатели спирометрии у обследованных пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ в зависимости от характера терапии



па 1.2) были достигнуты лучшие результаты по сравнению с подгруппой 1.1, в которой применялась только стандартная медикаментозная терапия. Это относится к показателям социального функционирования ($p < 0,02$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($p < 0,01$), психологического компонента здоровья ($p < 0,02$). При сравнении подгрупп 1.1 и 1.2 до лечения статистически значимых различий выявлено не было (табл. 5).

Рисунок 3. Данные 24-часовой рН-метрии пищевода, полученные при обследовании пациентов с ГЭРБ в зависимости от характера терапии



В группе больных ГЭРБ также лучшие результаты в отношении ряда параметров теста SF-36 были достигнуты у пациентов, получавших медикаментозную терапию в сочетании с психотерапевтическими методами лечения (подгруппа 2.2); интенсивность боли ($p < 0,05$), жизненная активность ($p < 0,05$), социальное функционирование ($p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p < 0,02$), психическое здоровье ($p < 0,01$), психологический компонент здоровья ($p < 0,01$). До начала лечения статистически значимых различий между этими другими показателями подгрупп 2.1 и 2.2 установлено не было (табл. 5).

Психокоррекция оказала положительное влияние и на качество жизни пациентов с сочетанием ГЭРБ и БА. Это относится к таким показателям, как общее состояние здоровья ($p < 0,01$), жизненная активность ($p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p < 0,02$), психологический ком-

Таблица 5. Показатели качества жизни (тест SF-36) у обследованных пациентов в зависимости от характера терапии

Показатели	БА				ГЭРБ				БА + ГЭРБ			
	МТ		МТ + ПК		МТ		МТ + ПК		МТ		МТ + ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
PF	37,5 ± 2,4	77,3 ± 3,3*	42,0 ± 3,1	85,0 ± 4,5*	61,5 ± 3,0	86,0 ± 2,2*	56,1 ± 2,4	91,5 ± 2,31*	30,0 ± 2,1	62,5 ± 2,3*	23,0 ± 4,2	64,8 ± 3,6*
RP	21,4 ± 1,3	83 ± 3,4*	19,4 ± 2,4	87,6 ± 5,3*	10,2 ± 1,9	90,5 ± 3,5*	8,3 ± 1,2	92,0 ± 4,2*	4,7 ± 1,1	7,8 ± 3,1*	9,8 ± 1,05	12,5 ± 2,9*
BP	51,5 ± 1,9	93,0 ± 2,0*	42,3 ± 3,8	96,3 ± 2,0*	60,5 ± 2,2	87,2 ± 2,2*	53,1 ± 2,4	93,9 ± 2,3**	34,5 ± 2,1	74,0 ± 1,8*	41,5 ± 4,1	81,5 ± 2,9*
GH	56,07 ± 2,2	64,9 ± 2,2*	53,3 ± 2,4	66,0 ± 2,3*	45,6 ± 2,2	78,3 ± 2,0*	51,1 ± 3,25	85,1 ± 1,8*	57,5 ± 5,2	42,0 ± 3,2*	45,0 ± 4,1	53 ± 2,6****
VT	32,8 ± 1,8	68,4 ± 2,0*	37,3 ± 4,1	71,3 ± 3,8*	36,1 ± 2,1	76,4 ± 2,5*	42,6 ± 3,6	83,5 ± 1,8**	24,0 ± 3,61	62,0 ± 5,1*	30,0 ± 2,2	73,5 ± 3,3**
SF	52,9 ± 2,9	74,4 ± 1,4*	46,0 ± 2,1	81,9 ± 2,8***	41,2 ± 3,26	90,1 ± 3,2*	47,0 ± 2,3	96,9 ± 2,0**	38,0 ± 2,16	75,5 ± 5,9*	31,5 ± 4,6	75,0 ± 2,8*
RE	18,3 ± 1,3	80,9 ± 2,1*	13,0 ± 1,9	91,0 ± 3,2****	12,6 ± 1,2	90,0 ± 2,9*	10,1 ± 1,01	98,2 ± 1,8***	16,5 ± 3,24	19,5 ± 1,9*	8,7 ± 2,8	31,5 ± 4,6***
MN	48,8 ± 3,2	66,0 ± 4,1*	45,3 ± 4,1	71,2 ± 3,8*	42,5 ± 1,3	81,1 ± 1,8*	46,3 ± 2,0	87 ± 1,9****	36,9 ± 2,5	63,2 ± 1,9*	45,2 ± 4,9	71,0 ± 3,3*
RH	36,6 ± 3,1	49,7 ± 5,8*	32,2 ± 2,1	55,8 ± 4,9*	31,6 ± 2,1	58,2 ± 3,4*	37,3 ± 2,7	57,1 ± 4,6*	33,2 ± 2,4	39,9 ± 2,8*	27,4 ± 2,1	37,8 ± 4,7*
MN	36,0 ± 2,9	42,2 ± 2,8*	33,8 ± 1,9	51,8 ± 2,5***	39,2 ± 1,69	57,8 ± 1,8*	33,9 ± 2,1	64 ± 2,0****	29,4 ± 1,75	42,1 ± 1,9*	34,6 ± 3,2	51,3 ± 3****

При сравнении подгрупп до лечения и после лечения внутри данной группы: + — $p < 0,05$.

При сравнении между группами МТ и МТ + ПК после лечения: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,02$; *** — $p < 0,01$.

При сравнении между группами МТ и МТ + ПК до лечения: $p > 0,05$ для всех случаев.

МТ — медикаментозная терапия; ПК — психокоррекция; PF — физическое функционирование; RP — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP — интенсивность боли; GH — общее состояние здоровья; VT — жизненная активность; SF — социальное функционирование; RE — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MN — психическое здоровье; RH — физический компонент здоровья; MN — психологический компонент здоровья.

показатель здоровья ($p < 0,01$). При сравнении подгрупп 3.1 и 3.2 до лечения статистически значимых различий выявить не удалось (табл. 5).

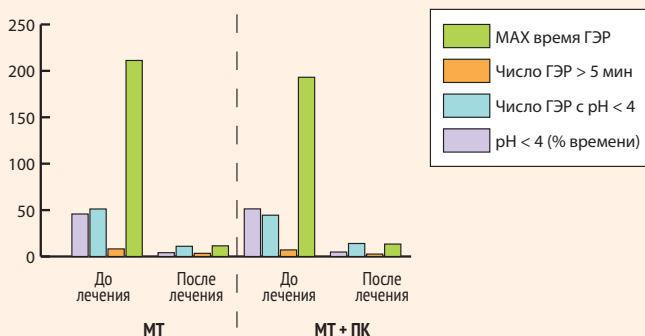
Представленные результаты оценки состояния качества жизни по данным теста SF-36 говорят о том, что при использовании в лечении пациентов психотерапевтических методов имеет место статистически значимое повышение отдельных показателей качества их жизни по сравнению с группой больных без психотерапевтического лечения. В том числе отмечено повышение социальной активно-

сти, стабилизация эмоционального состояния, улучшение психологического здоровья.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что пациенты с ГЭРБ, БА и сочетанием этих двух видов патологических состояний имеют ряд индивидуально-личностных особенностей с характерными чертами для каждой группы больных. Учитывая эти особенности, можно улучшить адаптационные возможности пациентов, что уменьшает выраженность клинической симптоматики, способствует повышению качества жизни и соз-

дает дополнительные предпосылки для стабилизации течения заболевания. Сочетание медикаментозного лечения и психотерапии улучшает как физическое, так психосоматическое состояние пациентов: возрастают показатели, характеризующие качество жизни, что способствует более быстрому возвращению больных к нормальному социальному функционированию.

Рисунок 4. Данные 24-часовой pH-метрии пищевода, полученные при обследовании пациентов с БА + ГЭРБ в зависимости от характера терапии



Полный список литературы
вы можете запросить в редакции.