

Возможность немедикаментозной коррекции нарушений функционального состояния желчевыделительной системы у лиц трудоспособного возраста на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения

Поддубная О.А.^{1,2}, Угольникова О.И.¹, Левицкая Т.Е.^{1,3}, Скурлатова И.Г.¹, Ляпунова И.Ю.¹

Possibility of drug-free correction of biliary system disorders in employable patients with chronic stress and neurosis

Poddubnaya O.A., Ugolnikova O.I., Levitskaya T.Ye., Skurlatova I.G., Lyapunova I.Yu.

¹ НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

³ Томский государственный университет, г. Томск

© Поддубная О.А., Угольникова О.И., Левицкая Т.Е. и др.

В клинической практике повышение эффективности комплексного лечения лиц трудоспособного возраста с заболеваниями билиарной системы на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения, работающих в неблагоприятных условиях труда, очень актуально. Использование немедикаментозного лечения, включающего в комплекс мероприятий факторы, обладающие антистрессорным действием, оправдано. Предварительные результаты свидетельствуют о благоприятном влиянии такого подхода на функциональное состояние органов билиарной системы на фоне снижения психо-эмоционального напряжения, ситуативной тревожности и повышения индекса психологического благополучия.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический стресс, психоэмоциональное напряжение, комплексная физиотерапия.

In the clinical practice, an increase in the efficiency of combined treatment of employable patients with biliary system diseases working under adverse conditions and having chronic stress and neurosis is very urgent. The use of drug-free treatment including antistress measures is justified. Tentative results are indicative of the positive effect of this approach on the functional state of biliary system organs with reduction of neurosis and state anxiety and with increase in the index of psychological weightness.

Key words: Chronic acalculous cholecystitis, biliary dyskinesia, chronic stress, neurosis, combined physiotherapy.

УДК 616.361/367-008.6-053.8-08-035:615.8-02:616.8-008.61/64

Введение

Общеизвестно, что хронический стресс и психоэмоциональное напряжение в современных условиях значительно истощают резервные возможности организма, провоцируют развитие болезней и неблагоприят-

но влияют на течение имеющихся заболеваний [5—8, 10, 19].

Стресс воздействует на многие физиологические системы организма [1]. В пищеварительной системе стресс приводит к возникновению эрозивно-язвенных процессов в слизистой оболочке желудка и функциональных нарушений, которые могут выявляться как в

желудке, кишечнике, так и в желчевыделительной системе [2, 3].

Современная физиотерапия располагает огромным арсеналом лечебных факторов, благоприятно влияющих на процессы жизнеобеспечения и гармонизацию саморегулирующихся систем организма [4, 11—15, 18]. В основе их действия лежит мобилизация механизмов саногенеза, управление процессами адаптации и восстановление нарушенных функций органов и тканевых структур [9, 16, 17].

В литературе не встречается работ, направленных на разработку комплексного немедикаментозного лечения функциональных нарушений билиарной системы у лиц трудоспособного возраста на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения. Именно поэтому разработка лечебных технологий, направленных на сохранение и повышение возможностей организма у лиц трудоспособного возраста с заболеваниями пищеварительной системы на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения своевременна и высокоактуальна.

Цель исследования — разработать метод комплексного немедикаментозного лечения лиц трудоспособного возраста с заболеваниями пищеварительной системы, протекающими на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения.

Материал и методы

В исследование были включены 56 пациентов (22 мужчины (39,3%), 34 женщины (60,7%); средний возраст $(42,0 \pm 1,3)$ года), проходивших лечение в клиниках Томского НИИ курортологии и физиотерапии.

Обследование проводилось по единому протоколу, в утреннее время. Диагноз «хронический некалькулезный холецистит» (ХНХ) и «дискинезии желчевыводящих путей» (ДЖВП) ставился согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1995).

Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Основные симптомы (боль, изжога и др.) оценивались по 5-балльной шкале Likert. Всем пациентам проводилось дуоденальное зондирование с исследованием временных и количественных показателей желчевыделения и последующей оценкой типа нарушения моторики желчного пузыря. Выполнялось биохимическое исследование крови (аланинаминотрансфераза, аспартатами-

нотрансфераза, билирубин, тимоловая проба, липидный спектр, глюкоза, амилаза) и желчи (билирубин, холестерин, желчные кислоты, фосфолипиды), а также изучался дебит желчных кислот для оценки степени нарушения первичной секреторной функции печени и степени билиарной недостаточности. Проводилось динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря с целью выявления нарушений его моторно-эвакуаторной функции по показателю сократительной функции (Михайлов А.Н., 1996). Эффективность лечения оценивалась по унифицированной системе стандартизации значений количественных и качественных показателей по шкале Харингтона (Савченко В.М., 2002) и интегрально-модульной оценке состояния здоровья (Гасилин В.С., 1998) в модификации В.Г. Серебрякова (2004). Психоэмоциональное состояние изучалось с использованием следующих психологических методик: проективный метод цветных выборов (МЦВ) Люшера, позволяющий получить количественную оценку психоэмоционального напряжения в виде интерпретационных коэффициентов, методика Спилбергера—Ханина, направленная на определение уровня личностной и ситуативной тревожности, шкала психологического (субъективного) благополучия (ШПБ) К. Рифф, тест жизнестойкости (автор С. Мадди) в адаптации (Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова, 2007) и 10-балльная шкала «Субъективная оценка здоровья».

Всем пациентам назначалось комплексное лечение, включавшее диетическое питание, утреннюю гигиеническую гимнастику, ручной массаж, общие хвойные ванны, магнитолазерную терапию, внутренний прием минеральной воды, внутрижелудочный электрофорез минеральной воды по общепринятой методике.

Статистический анализ выполнялся с помощью стандартного пакета программ Statistica 6.0 for Windows. Критическое значение уровня статистической значимости p при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. Проверка нормальности распределения вероятности количественных признаков с помощью критерия Колмогорова и критерия Шапиро—Уилки показала, что более 80% всех количественных признаков в группе не имели нормального распределения, поэтому для сравнения основных параметров в группе использовались непараметрические методы: дисперсионный анализ Краскала—Уоллиса с ранго-

выми метками Вилкоксона и критерий Ван дер Вардена. Для всех количественных признаков производилась оценка среднего арифметического и среднеквадратической (стандартной) ошибки среднего. Эти дескриптивные статистики представлены как $M \pm m$, где M — среднее, а m — ошибка среднего.

Результаты и обсуждение

Типичная клиническая картина ХНХ и ДЖВП характеризовалась болями (100% наблюдений), диспептическими нарушениями — изжогой (58%), тошнотой (55,6%), отрыжкой (30,1%), горечью (65,6%), вздутием в кишечнике (68,9%), нарушениями стула (42,4%) и астеническими проявлениями (77,9%). При назначении физиотерапевтического комплекса достигнуто уменьшение частоты проявлений боли (33,1%; $p < 0,001$), изжоги (15,0%; $p < 0,05$), горечи (10,0%; $p < 0,05$), отмечена тенденция к снижению частоты регистрации и других жалоб.

Выраженность (интенсивность) симптомов (в баллах) в процессе лечения также менялась в положительную сторону. Так, значительно уменьшилась степень проявления боли (с $3,0 \pm 0,2$ до $1,34 \pm 0,10$; $p < 0,001$), тошноты (с $3,7 \pm 0,3$ до $1,6 \pm 0,2$; $p < 0,001$), отрыжки (с $2,8 \pm 0,6$ до $1,1 \pm 0,8$; $p < 0,05$), горечи (с $3,18 \pm 0,10$ до $1,3 \pm 0,2$; $p < 0,01$), вздутия (с $2,9 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,3$; $p < 0,001$). Аналогичная динамика отмечалась при анализе и других клинических жалоб, что свидетельствовало о благоприятном влиянии проводимого лечения.

До лечения повышенные значения биохимических показателей — билирубина, аминотрансфераз и амилазы — наблюдались в 3,6% случаев, а после лечения отмечена их нормализация у всех пациентов. Исходно нормальные значения биохимических показателей крови не претерпевали достоверных изменений в процессе лечения, что свидетельствовало о его оптимальности и адекватности на функциональное состояние печени.

Оценка динамики показателей моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и желчевыводящей системы проводилась с использованием динамического УЗИ пузыря и фракционного минутированного дуоденального зондирования. Анализ динамики показателей УЗИ свидетельствовал о том, что сразу после лечения уменьшалось число пациентов с гипомоторными нарушениями желчного пузыря в 1,2 раза и уве-

личивалось число пациентов с нормальными показателями двигательной функции желчного пузыря в 1,5 раза. По данным фракционного минутированного дуоденального зондирования показатели моторной функции желчевыводящей системы также улучшались, что проявлялось нормализацией значений показателя 2-й фазы (сфинктор Одди) с $(6,5 \pm 1,3)$ до $(3,6 \pm 1,07)$ мин, улучшением сниженных значений показателя напряжения секреции желчи порции «В» (4-я фаза) с $(0,5 \pm 0,03)$ до $(1,0 \pm 0,1)$ мл/мин.

Назначенное больным лечение приводит к снижению степени выраженности признаков билиарной недостаточности, доказательством чего являлась нормализация исходно измененных значений часового дебита желчных кислот (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная динамика биохимических показателей желчи в процессе лечения

Показатель	До лечения	После лечения
Часовой дебит желчных кислот (порция «С») (исходно сниженные значения)	$0,05 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,02^{***}$
Часовой дебит желчных кислот (порция «С») (исходно повышенные значения)	$1,35 \pm 0,01$	$0,75 \pm 0,10^*$
Суммарный дебит желчных кислот, ммоль/ч	$0,15 \pm 0,10$	$0,29 \pm 0,20$

Примечание. Достоверность различий в группе: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$;

При изучении динамики показателей адаптационных реакций по методике Л.Х. Гаркави установлено, что после лечения отмечалось выраженное снижение числа реакций повышенной активации (РПА) — на 10,7% и прирост числа реакций спокойной активации (РСА) — на 14,3%. Появление реакций стресса (РС) не отмечено.

При оценке общей эффективности лечения, рассчитанной по индексу здоровья, установлено, что значительное улучшение получено у 70% пациентов, улучшение — у 23%, а в 7% случаев лечение было без перемен, ухудшения не отмечено.

Результаты мониторинга всех исследуемых психологических показателей на санаторно-курортном этапе лечения представлены в табл. 2, из которой видно, что в начале курса лечения пациенты характеризовались достаточно высокими показателями как личностной, так и ситуативной тревожности. Можно предположить, что причиной высокой ситуативной тревожности может являться специфика профессиональной деятельности данной выборки

Поддубная О.А., Угольников О.И., Левицкая Т.Е. и др.

пациентов, а высокая личностная тревожность обусловлена спецификой заболевания и в некоторой степени является характерологической особенностью данной группы и отражает психологическое состояние респондентов.

Таблица 2

Динамика результатов психологического тестирования у пролеченных пациентов

Показатель	До лечения	После лечения
Ситуативная тревожность	48,1	41,3
Личностная тревожность	62,8	55,2
Эмоциональная напряженность	28,8	23,1
Индекс общего психологического (субъективного) благополучия	301,4	314,9
Субъективное здоровье	6,14	7,0
Общая жизнестойкость	81,1	86,4

Примечание. При отсутствии p — достоверность различий $>0,05$.

Для обследованных пациентов было характерно высокое психоэмоциональное напряжение на фоне достаточно низких показателей жизнестойкости. Вероятно, что высокое психоэмоциональное напряжение и повышенный уровень ситуативной тревожности у пациентов в какой-то степени были обусловлены низкой жизнестойкостью. Индекс общего психологического (субъективного) благополучия по шкале психологического благополучия в начале исследования также был достаточно низким, что вероятнее всего, связано с высокой эмоциональной напряженностью и тревожностью.

Анализ динамики психологических показателей выявил, что практически по всем исследуемым показателям наблюдалась положительная динамика, однако значимость ее была невысокой. Психоэмоциональное напряжение снижалось на 20,0%, ситуативная тревожность на — 14,0% и личностная тревожность — на 12,0%, соответственно, возрос индекс психологического благополучия. Некоторое исключение составил показатель жизнестойкости, хотя положительная динамика присутствует, но она также незначительна. Это, вероятнее всего, связано с тем, что личностные характеристики достаточно стойкие, и для того чтобы сдвинуть установку, необходим более длительный промежуток времени. С помощью различных психологических воздействий жизнестойкость можно развивать, соответственно, дополнительная индивиду-

Возможность немедикаментозной коррекции нарушений...

альная психотерапия позволит повысить эффективность физиотерапевтического лечения.

Заключение

Таким образом, для повышения эффективности проводимых лечебных мероприятий, направленных на коррекцию функционального состояния органов пищеварительной системы, адаптивных возможностей организма и психоэмоционального состояния больных с заболеваниями пищеварительной системы на фоне хронического стресса и психоэмоционального напряжения, работающих в неблагоприятных условиях труда, необходимо в комплекс лечебных мероприятий включать физические факторы, обладающие антистрессорным эффектом, а также сеансы индивидуальной психотерапии.

Литература

1. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и клинике. М.: Наука, 1992. 272 с.
2. Березин Ф., Ратнопорт С., Шатеништейн А. Социально-психологическая адаптация и язвенная болезнь // Врач. 1993. № 4. С. 16—18.
3. Кравцова Т.Ю. Механизмы дисрегуляции при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Рос. гастроэнтерол. журн. 2000. № 1. С. 11—13.
4. Мерденова Л.А., Папаян С.Г., Базаева А.В. Изучение влияния хронофото и глинотерапии при заболеваниях кишечника // Актуал. вопр. восстанов. медицины, курортологии и физиотерапии. 80-летие республиканской физиотерапевтической больницы. Владикавказ, 2003. С. 61—62.
5. Миронычев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1996. Т. 6, № 3. С. 39—40.
6. Нижевич А.А., Еникеев Д.А., Еникеева С.А. Современные представления об этиологии и патогенезе гастритов // Патол. физиол. экспер. терапия. 1995. № 2. С. 37—43.
7. Овсянников В.И. Интеграция нейромедиаторов и гормонов в пищеварительной системе // Вестник РАМН. 1996. № 1. С. 33—36.
8. Опарин А.Г., Опарин А.А. Окислительный стресс в механизме реализации психосоматических расстройств при дуоденальной язве у студентов // Терапевт. архив. 2005. Т. 77, № 2. С. 32—34.
9. Оранский И.Е., Терёшина Л.Г., Лихачева Е.И. и др. Физиотерапия в реабилитационных технологиях, профессиональных и экологически обусловленных заболеваний // Тез. докл. III Междунар. конф. по восстановит. медицине (реабилитологии). Москва, 6—8 декабря, 2000 г. М., 2000. С. 384—385.
10. Павленко Ю.С. Особенности временных характеристик функции организма человека в условиях экологического неблагополучия: дис. ... канд. биол. наук. 2003. 128 с.

11. Хетагурова Л.Г., Катаева М.Р., Тагаева И.Р. Применение хронофито- и биоуправляемой хронолазеромангнитотерапия в хирургии // Тез. докл. 3-ей науч. конф. «Фитотерапия, лезеротерапия, биологически активные вещества естественного происхождения в 21-м веке». М., 2000.
12. Хетагурова Л.Г., Салбиев К.Д., Логунова Л.В. и др. Коррекция десинхронозов и сопутствующих нарушений реактивности растительными адаптогенами и биорезонансным воздействием // Тез. докл. 3-го Междунар. конгр. Анталия (Турция), 1997. С. 32.
13. Хетагурова Л.Г., Такоева З.А., Катаева М.Р., Тагаева И.Р. Десинхронозы. Фотофизиотерапия доклинических и клинических нарушений здоровья // Материалы докл. 2-го Рос. конгр. по патофизиологии. М., 2000. С. 242.
14. Циммерман Я.С. Концепция патогенеза язвенной болезни (обоснование) // Клинич. медицина. 1994. № 4. С. 65—67.
15. Циммерман Я.С. Современные проблемы этиологии язвенной болезни // Клинич. медицина. 1993. № 1. С. 6—11.
16. Циммерман Я.С., Кунстман Г.Г., Телянер И.И. Крайне высокочастотная терапия и возможности ее применения в гастроэнтерологии // Пермск. мед. журн. 1995. № 1—2. С. 88—93.
17. Чесноков И.А., Ляпина Е.П., Елисейев Ю.Ю., Шульдяков А.А. КВЧ-терапия в реабилитационных мероприятиях у лиц, подвергшихся воздействию неблагоприятных экологических факторов // Медицина труда и промышленная экология. 2003. № 11. С. 40—43.
18. Ширинян Л.Г., Катаева М.Р. Применение биорезонансной терапии для коррекции патологических десинхронозов у студентов-медиков // Тез. докл. науч. конф. сотрудников СОГМА. Владикавказ, 1997. С. 45.
19. Overmier J.B., Murison R., Jonsen T.B. Prediction of individual vulnerability to stress-induced gastric ulcerations in rats: a factor analysis of selected behavioral and biological indices // Physiol. Behav. 1997. V. 61, № 4. P.555—562.

Поступила в редакцию 17.06.2010 г.

Утверждена к печати 22.12.2010 г.

Сведения об авторах

О.А. Поддубная — канд. мед. наук, доцент кафедры восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии СибГМУ, ведущий научный сотрудник отделения восстановительной терапии ТНИИКиФ ФМБА России (г. Томск).

О.И. Угольников — канд. мед. наук, научный сотрудник отделения восстановительной терапии ТНИИКиФ ФМБА России (г. Томск).

Т.Е. Левицкая — канд. психол. наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии ТГУ, ст. науч. сотрудник отделения неврологии ТНИИКиФ ФМБА России (г. Томск).

И.Г. Скурлатова — врач-гастроэнтеролог отделения восстановительной терапии ТНИИКиФ ФМБА России (г. Томск).

И.Ю. Ляпунова — врач отделения функциональной диагностики ТНИИКиФ ФМБА России (г. Томск).

Для корреспонденции

Поддубная Ольга Александровна, тел. 8 (382) 51-57-87; e-mail: poddubnayaOA@mail.ru