УДК 616–056.5:616.01–008.6–056.52

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Романова М.М., Ширяев О.Ю., Бабкин А.П.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: mmromanova@mail.ru

В настоящее время заболевания желудочно-кишечного тракта и ожирение занимают особое место в клинике внутренних болезней и привлекают к себе пристальное внимание ученых и практических врачей во всем мире. Актуальность проблемы психической патологии, коморбидной синдрому диспепсии и ожирению определяется их всевозрастающей распространенностью и медико-социальной значимостью. Повышение эффективности и оптимизация лечебно-профилактических мероприятий актуальны для практического здравоохранения. Проведенное исследование, результаты которого представлены в статье, свидетельствует об эффективности ранней диагностики аффективных расстройств и нарушений пищевого поведения, а также возможности коррекции аффективной сферы, пищевого поведения, нарушений сна, повышении эффективности лечения. Применение психофармакотерапии позволяет достоверно снизить выраженность тревожно-депрессивных расстройств, оптимизировать вегетативный баланс и артериальное давление, что способствует ускорению купирования клинических проявлений, оптимизирует процесс лечения, повышает эффективность лечебных мероприятий. Полученные данные следует, по-видимому учитывать при формировании комплекса лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий для пациентов с данной коморбидной патологией.

Ключевые слова: синдром диспепсии, ожирение, аффективные расстройства, психофармакотерапия, пищевое поведение

COMPLEX DIFFERENTIATED THERAPY OF PATIENTS WITH DYSPEPTIC SYNDROME AND CO-MORBID PATHOLOGY

Romanova M.M., Shiryaev O.Y., Babkin A.P.

Voronezh State Medical University, Voronezh, e-mail: mmromanova@mail.ru

Currently, diseases of the gastrointestinal tract and obesity occupies a special place in the clinic of internal diseases and attract great attention of scientists and practitioners around the world.The urgency of the problem of mental pathology, comorbid syndrome of dyspepsia and obesity is determined by their increasing prevalence and medical and social significance. Improving the efficiency and optimization of therapeutic and preventive measures relevant to health care practice. The study, the results of which are presented in the article demonstrates the effectiveness of early diagnosis of affective disorders and eating disorders, as well as the possibility of correction of the affective sphere, eating behavior, sleep disorders, increase the effectiveness of treatment. The use of pharmacotherapy can reliably reduce the severity of anxiety and depressive disorders, optimizing autonomic balance and blood pressure, which helps speed up the relief of clinical manifestations, optimizes the treatment process, improves the efficiency of therapeutic measures. The data obtained should apparently be considered when forming a complex of medical-diagnostic, preventive and rehabilitation measures for patients with this comorbid pathology.

Keywords: dyspepsia syndrome, obesity, affective disorders, psihofarmakoterapia, eating behavior

В настоящее время заболевания желудочно-кишечного тракта и ожирение занимают особое место в клинике внутренних болезней и привлекают к себе пристальное внимание ученых и практических врачей во всем мире. Высокая распространенность синдрома диспепсии в сочетании с ожирением определяет актуальность проблемы коморбидности. Разработаны новые классификационные и диагностические критерии, рекомендации по лечению синдрома функциональной диспепсии.

В то же время у пациентов с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением часто выявляются тревожно-депрессивные расстройства, а также нарушения пищевого поведения [2, 6, 7, 8]. Важным фактором успеха является готовность больных к изменениям образа жизни. Возникает необходимость не только лечения, но и обучения больных с избыточной массой тела и/или ожирением с целью повышения не только информированности, но и мотивации, и готовности к выполнению профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Обучение пациентов признано одним из основных методов создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек [4, 5]. Высокая медицинская и социальная значимость проблемы лечения и профилактики психической патологии, коморбидной синдрому диспепсии и ожирению диктует необходимость дальнейших исследования, поиска путей коррекции психопатологических проявлений и их взаимовлияний для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

При этом актуальными являются исследования по повышению эффективности лечебных мероприятий с применением в том

числе немедикаментозной и фармакологической коррекции при данной коморбидной патологии, а также поиск адекватных современных алгоритмов терапии психических нарушений при синдроме диспепсии в сочетании с ожирением.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 126 больных (88 женщин и 42 мужчин) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 44,3±5,8) с синдромом диспепсии и ожирением.

Критериями исключения из исследования были: наличие патологии эндокринной системы (нарушение функции щитовидной железы, сахарный диабет, нарушение функции гипофиза и надпочечников), наличие психических расстройств (шизофрения, биполярное расстройство, деменции, нарушения психического развития), наличие черепно-мозговой травмы, нейроинфекции в анамнезе, наличие любой тяжелой неконтролируемой соматической патологии, беременность, кормление грудью, климактерический синдром у женщин, наличие любых нарушений, ограничивающих подвижность пациентов (переломы костей, остеоартроз и т.д.), прием препаратов, влияющих на аппетит и массу тела (гормональные препараты, нейролептики, антидепрессанты и т.д.).

Все пациенты были разделены на две группы, рандомизированные по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ): 1-я – контрольная (30), получавшая стандартную терапию, 2-я – основная (98), получавшая комплексное лечение, включавшее в том числе антидепрессанты – пипофезин (2а подгруппа), флувоксамин (2б подгруппа) и дифференцированную психофармакотерапию (2в подгруппа) в различных режимах и суточных дозировках в зависимости от степени выраженности аффективных расстройств, нарушений сна и пищевого поведения в течение 2 – 3 месяцев.

Всем пациентам помимо общеклинического обследования, включавшего клинические, биохимические и инструментальные методы для верификации диагнозов синдрома диспепсии и метаболического синдрома, до и после курса лечения проводились: оценка аффективных расстройств, пищевого поведения и нарушений сна.

В работе применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. В ходе беседы были выявлены основные жалобы, краткие анамнестические сведения, проведено обследование с использованием опросника для выявления типа пищевого поведения.

Для оценки тревожно-депрессивных расстройств проводили анкетирование по следующим тестовым опросникам: шкала Гамильтона для определения тревоги (HARS), шкала Гамильтона для определения депрессии (HDRS), для оценки типа отношения к болезни – опросник ТОБОЛ, для оценки степени выраженности нарушений сна применяли опросник качества сна [1] и шкалу сонливости Эпверта [9], для оценки типа пищевого поведения – опросник DQIB [10], для оценки суточного ритма приема пищи – опросник качества режима питания и суточного ритма приема пищи [3].

Для оценки циркадианных биоритмов вегетативного баланса, артериального давления (АД) и ЭКГ применялось суточное мониторирование вариабельности сердечного ритма с помощью прибора «Cardio Tens 01» («Meditech», Венгрия) с дальнейшим анализом полученных результатов программой «Medibase».

Исследования проводились в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали письменно оформленное согласие на участие. Локальный этический комитет одобрил протокол исследования. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows с применением пара- и непараметрических критериев. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным или меньше 0,05: * – $p<=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате статистической обработки полученных данных клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования было выявлено, что у большинства пациентов (86%) обнаружено снижение социальной адаптации, что проявлялось трудностью включения в деятельность, наличием проблем в профессиональной сфере и личном общении, общее ощущение плохого самочувствия, недовольством собой и окружающими. у них преобладали жалобы на постоянное недомогание, чувство разбитости, хроническую, усталость, апатию, сниженное настроение, раздражительность, нарушения сна.

В ходе клинико-психопатологического обследования был проведен анализ особенностей пищевого поведения пациентов. Установлено, что у 94% пациентов имеются проявления нарушений пищевого поведения. При анализе доминирующих типов пищевого поведения установлено значительное преобладание эмоциогенного типа (70%), т.е. обследованные пациенты оказались склонны к приему пищи под влиянием в большей степени эмоционального состояние, нежели физиологической потребностью в питательных веществах. На втором месте – экстернальный тип пищевого поведения (18%), при котором появление аппетита обусловлено внешней обстановкой (накрытый стол, запахи, реклама продуктов и т.д.). Ограничительный тип пищевого поведения встречался лишь в 12% случаев.

Согласно данным, полученным в результате обследования выборки пациентов с помощью HADS и HDRS, у пациентов имеются выраженные тревожно-депрессивные расстройства. у значительной части больных (74%) отмечается высокая выраженность тревоги и депрессии – 11 и более баллов по HADS. Средняя степень (8–10 баллов) была отмечена у 22%, в то время как лишь у 4% пациентов была выявлена низкая сте-

пень выраженности тревожно-депрессивного расстройства (0–7 баллов).

Согласно результатам комплексного обследования, проводимого до и после курса терапии в отличие от пациентов 1-й контрольной группы у больных 2-й основной группы, получавших психофармакотерапию, отмечались в ряде случаев достоверные (p=0,05) позитивные изменения, в том числе ускорение сроков купирования клинических проявлений на 4,6±0,48 дня.

После курса стандартной терапии в контрольной группе, согласно статистической обработке полученных в ходе исследования данных, снизилось количество больных с ипохондрическим, апатическим, гармоничным, эгоцентрическим, эргопатическим типами отношения к болезни; и повысилось с тревожным, обсессивно-фобическим, сенситивным, меланхолическим, неврастеническим, эйфорическим, паранойяльным типами. В основной группе после курса комплексной терапии уменьшились количество и процент больных с ипохондрическим, апатическим, тревожным, неврастеническим, обсессивно-фобическим, эргопатическим и эгоцентрическим типами отношения к болезни. В то же время во 2-й группе возросло количество пациентов с эйфорическим, анозогнозическим, гармоничным, эргопатическим и сенситивным типами отношения к болезни. Только по меланхолическому и паранойяльному типам отношения к болезни количество испытуемых осталось неизмененным.

В основной группе больных общий балл тревожно-депрессивных расстройств по всем опросникам снижался, а во 2в подгруппе пациентов, согласно полученным данным, оказался достоверно ниже, чем до лечения и чем в контрольной группе после курса стандартной терапии, что является свидетельством позитивной динамики в аффективной сфере пациентов, получавших психофаркмакотерапию.

Статистическая обработка и анализ данных тестовых опросников во 2в) подгруппе пациентов подтвердили клинические данные о достоверном снижении выраженности, частоты изменений пищевого поведения и нарушений сна, а также фактического питания и суточного ритма приема пищи, что явилось свидетельством позитивной динамики изменений пищевого поведения, сна, режима питания и как следствие пищевого статуса пациентов, получавших дифференцированную психофармакотерапию.

Анализ циркадианных биоритмов вегетативного баланса по результатам оценки суточного мониторирования вариабельности сердечного ритма после лечения выявил достоверную положительную динамику по ряду показателей временного и спектрального анализа (p=0,05) у больных 2-й группы в отличие от 1-й группы, при этом наибольшие позитивные отличия зафиксированы в ночное время суток у пациентов 2в подгруппы, в частности отношения LF/HF, а также ряда других показателей как спектрального, так и временного анализа сердечного ритма.

Анализ циркадианных биоритмов артериального давления по результатам оценки данных суточного мониторирования артериального давления выявил оптимизацию циркадианного профиля артериального давления: увеличение на 24% – dippers, уменьшение over-dippers и non-dippers– на 7,2% и 14,2% (соответственно). При динамическом изучении вариабельности сердечного ритма отмечалось отсутствие циркадной динамики хроноритма вегетативного статуса в 1-й группе больных, что свидетельствует о сниженных возможностях адаптации организма и сохраняющейся мобилизации физиологических механизмов реагирования на стресс.

Следует отметить, что наиболее значимые изменения отмечались во 2в) подгруппе больных, получавших дифференцированную психофармакотерапию, в то же время для уточнения ее места в лечении функциональной диспепсии, в частности, и в современной психофармакотерапии заболеваний пищеварительной системы, в целом, необходимы дополнительные сравнительные исследования с большим количеством наблюдаемых больных, более длительными периодами сравнительной терапии и динамического наблюдения в ходе проведения исследований, в том числе проспективных и ретроспективных.

Заключение

У пациентов с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением имеется выраженный уровень тревожно-депрессивных расстройств, особенности личности, предрасполагающие к невротизации и стрессовому реагированию, неадаптивные типы отношения к болезни. Применение комбинированной психофармакотерапии позволяет достоверно снизить выраженность тревожно-депрессивных расстройств, оптимизировать вегетативный баланс и артериальное давление, что способствует ускорению купирования клинических проявлений, оптимизирует процесс лечения, повышает эффективность лечебных мероприятий. Полученные данные следует, по-видимому учитывать при формировании комплекса лечебно-диагностических, профилактических

и реабилитационных мероприятий для пациентов с данной коморбидной патологией.

Список литературы

1. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Под ред. Я.И. Левина. – М.: Медпрактика-М, 2005.

2. Рапопорт С.И., Романова М.М., Бабкин А.П. Суточный ритм приема пищи и вкусовая чувствительность у больных с ожирением и диспепсией // Клиническая медицина. – 2013; 9: 40–45.

3. Романова М.М., Бабкин А.П. Анализ эффективности комплексной терапии больных с сидромом диспепсии в сочетании с ожирением // Лечащий врач. 2013; 7: 108.

4. Романова М.М., Бабкин А.П. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии // Российский кардиологический журнал. – 2012; 4: 30–36.

5. Романова М.М., Махортова И.С. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни у больных с синдромом диспепсии и ожирением.// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011, № 44. – С. 35–37.

6. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания./ Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 46. – С.25–29.

7. JohnsMW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14: 540–545.

8. Wardle J. Eating stile: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders // J. Psychosom. Res. 1987; 31:161–169.

9. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в центре здоровья // Профилактическая медицина. – 2012. – Т. 15. № 2. – С. 122.

10. Романова М.М., Алексенко А.С. Особенности оптимизации организации школ здоровья в центре здоровья // Вопросы диетологии. – 2011. – Т. 1. № 3. – С. 6–7.