

УДК 616.342-002.44-053.7:355.211.1-07-036

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПРИЗЫВНИКОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Садыков Ф.А., Кильдебекова Р.Н., Мингазова Л.Р., Курамшина О.А.

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
Уфа, e-mail: ajordan1@rambler.ru*

Обследование 112 призывников с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показало высокую частоту факторов риска: у каждого четвертого юноши – отягощенная наследственность по желудочно-кишечным заболеваниям, курение – у 66,9%, употребление алкоголя – у 53,6%, отсутствие регулярного приема пищи – у 87,5%. В результате проведения восстановительных технологий по формированию здорового образа жизни у призывников отмечалось уменьшение вредных поведенческих привычек, улучшение психоэмоционального статуса, повышение приверженности к лечению.

Ключевые слова: призывники, язвенная болезнь, факторы риска

EFFECTIVENESS OF RECOVERY TECHNOLOGIES IN MILITARY RECRUITS WITH DUODENAL ULCER

Sadykov F.A., Kildebekova R.N., Mingazova L.R., Kuramshina O.A.

Bashkirian State Medical University, Ufa, e-mail: ajordan1@rambler.ru

At examination, 112 military recruits with duodenal ulcer had a high rate of risk factors related to history of gastrointestinal disorders in one in four men, smoking – in 66,9%, alcohol consumption – in 53,6%, absence of regular meals – in 87,5% of cases. On the basis of recovery technologies for healthy life style, a reduction in harmful behaviour habits, improvement of psychoemotional status and compliance with treatment were observed among military recruits.

Keywords: military recruits, duodenal ulcer, risk factors

Несмотря на достижения современной медицины, сохраняется высокий уровень заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, составляющий, по данным разных авторов, от 13 до 15 случаев на 1000 человек [1, 3, 5, 6].

В экономически развитых странах отмечается снижение заболеваемости и уменьшение частоты тяжелых осложнений язвенной болезни. В значительной мере это обусловлено улучшением диагностики и повышением эффективности консервативного лечения. В Российской Федерации на диспансерном наблюдении находится более 1 млн больных язвенной болезнью, каждый второй лечится стационарно, до 23,3% составляют лица молодого возраста. Часто начало заболевания приходится на период полового созревания, пик заболеваемости наблюдается в 17–20 лет, когда организм чрезвычайно чувствителен к нервным перегрузкам. Это особенно ярко проявляется в призывном возрасте, когда происходит адаптация человека к новым условиям трудовой деятельности – служба в рядах Вооруженных сил [3, 6].

По материалам призывных комиссий в Республике Башкортостан заболеваемость язвенной болезнью среди призывников возросла к 2009 году в 2,5 раза по сравнению с предыдущим, и в 4,5 раза по сравнению с 2005 годом. Среди лиц призывного воз-

раста у 25% язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки протекает с частыми обострениями в осложненной форме, что является причиной досрочного увольнения с военной службы [1, 3]. Решение данной проблемы имеет государственное значение, так как молодежь играет особую роль в формировании трудового и оборонного потенциала страны. Своевременное выявление, лечение и применение новых медицинских технологий по профилактике язвенной болезни могут повысить процент годности к военной службе, что и определило актуальность данного исследования.

Цель исследования – оценка эффективности предложенных восстановительных технологий для призывников с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были призывники с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Частота факторов риска развития ЯБДПК анализировалась по опроснику ВОЗ CINDI. Проводилось полное клиническое обследование. Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) проводили фиброэндоскопом «OLYMPUS GIF» типа Q-10 (Япония). Экспрессию *Helicobacter pylori* оценивали в соответствии с рекомендациями Российской группы гистобактериоскопическим методом с окраской по Гимзе и уреазным методом (HELPIIL – «Синтана СМ», Россия). Психологическое здоровье оценивали по тесту «САН» – оперативная оценка самочувствия, активности и настроения, личностную и реактивную

тревожность – по Спилбергеру–Ханину. Обучающую программу «Гастрошкола» проводили в течение года среди призывников с язвенной болезнью, в первые 2 месяца занятия были 1 раз в неделю, потом дополнительно проводили групповые консультативно-тренинговые занятия с призывниками 1 раз в месяц – 10 раз, а индивидуальные – 1 раз за период наблюдения. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере IBM PC с применением стандартного пакета программного обеспечения «Statistica for Windows 6,0» (StatSoft), с использованием общепринятых методов параметрического анализа: *t*-критерий Стьюдента, среднее арифметическое значение (*M*), ошибка средней арифметической (*m*) и непараметрического анализа (критерий Фишера).

Для определения эффективности разработанных нами лечебно-профилактических мероприятий были отобраны 112 призывников с ЯБДПК методом случайных чисел, сформированы три группы: 1-я группа сравнения (*n* = 36) – призывники с ЯБДПК, состоявшие на диспансерном учете в поликлинике, 2-я группа (*n* = 41) – призывники с язвенной болезнью, дополнительно прошедшие обучение в гастрошколе и 3-я группа (*n* = 35) – призывники, прошедшие обучение в гастрошколе и дополнительно получившие кумысолечение.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным нашего исследования, установлена высокая частота факторов риска развития ЯБДПК. Большую тревогу вызывает рост поведенческих факторов риска: курение более 3-х лет – у 66,9%, употребление алкоголя 4–5 раз в месяц – у 53,6%, отсутствие регулярного приема пищи, преимущественное питание едой всухомятку у 87,5%, наследственная отягощенность по желудочно-кишечным заболеваниям отмечалась у каждого четвертого призывника.

При изучении характера клинического течения ЯБДПК нами оценивалась частота обострений у 37,5% больных – 1 раз в год, у 47,3% – до 2 раз в год, у 5,4% – чаще 2-х раз в год и у 9,8% – без обострений. Типичная клиническая картина заболевания с локализацией болей в пилородуоденальной зоне и эпигастрии наблюдались у 73,2% призывников ЯБДПК, у 41,1% больных болевой синдром возникал через 1,5–2 часа после приема пищи, а у 42,0% в ночное время суток. Наиболее частой причиной возникновения болей в животе призывники с ЯБДПК отметили погрешности в диете, основной причиной обращений в стационар был болевой или диспепсический синдром.

Результаты применения обучающей программ призывникам с ЯБДПК с психокоррекцией мотивационной сферы показали позитивную динамику поведенческих факторов риска развития заболевания. Бросили курить во 2-й группе – 12,2%, в 3-й группе – 22,9%, попытки бросить ку-

рить во 2-й группе – 21,9% и в 3-й группе – 28,6%. Уменьшили количество выкуриваемых сигарет в 1-й группе – 16,7%, во 2-й группе – 19,5% и в 3-й группе – 25,7% (*p* < 0,001) призывников.

Проведение образовательной программы среди призывников ЯБДПК показало увеличение числа лиц, занимающихся физкультурой и спортом во 2-й группе на 51,2% и в 3-й группе на 53%. Выявлено, что во 2-й и 3-й группах призывников с ЯБДПК к концу обучения достоверно уменьшилось число лиц, потребляющих крепкие спиртные напитки на 18,7 и 26,9% (*p* < 0,05) соответственно, по сравнению с 1-й группой.

Наиболее выраженная позитивная динамика клинических проявлений ЯБДПК была в 3-й группе, с первых дней на фоне кумысолечения уменьшился болевой и диспепсический синдромы, с полным их исчезновением на 21-й день у 94,3%, *p* < 0,001. Устранение желудочно-кишечного дискомфорта способствовало у них повышению веса тела на $1,34 \pm 0,4$ кг. Обострений ЯБДПК в течение 12 месяцев наблюдения не отмечалось у 91,4% призывников 3-й группы, у 82,9% – 2-й группы, а в группе сравнения – 55,6% (*p* < 0,05).

Улучшилась эндоскопическая картина слизистой двенадцатиперстной кишки в 1-й группе у 77,8%, во 2-й группе у 90,2%, в 3-й группе у 94,3% (*p* < 0,05), исчезли отек и гиперемия слизистой оболочки, произошла эпителизация эрозий и мелких надрывов слизистой оболочки.

В результате проведенных лечебно-профилактических мероприятий по данным цитологической верификации (обсемененности), *Helicobacter pylori* слизистой оболочки у призывников ЯБДПК через 12 месяцев показали, что в 1-й группе слабая степень инфицирования отмечалась у 13,9%, умеренная – 11,1%, отрицательная – 22,2%; во 2-й группе – 7,3, 9,8 и у 17,1%; в 3-й группе – 5,7, 2,9 и у 8,6% (*p* < 0,05) соответственно. У призывников с ЯБДПК эрадикация достигнута в 1-й группе у 77,8%, в 2-й группе – 82,9% и в 3-й группе – 91,4% (*p* < 0,05).

Анализ психоэмоционального статуса у призывников с ЯБДПК показал, что через 12 месяцев наблюдения снизилось число лиц с высоким уровнем реактивной тревожности в 1-й группе на 37%, а во 2-й группе на 40%, и в 3-й группе на 43,9% (*p* < 0,05).

В результате применения предложенных нами восстановительных технологий позитивная динамика в состоянии здоровья у призывников с ЯБДПК наиболее выражена в 3-й группе, значительное улучшение достигнуто в 51,4%, улучшение – 45,7%, отсутствие динамики – 2,9%, во 2-й группе –

41,5, 46,3, 12,2%, и в 1-й группе – 33,3, 36,1, 30,6% ($p < 0,05$) соответственно. Психологическое исследование по опроснику САН показало достоверное повышение уровня «Самочувствия» на 2,54 балла ($p < 0,05$) в 1-й группе, во 2-й группе на 2,62 балла и в 3-й группе на 2,65 балла ($p < 0,05$); «Активности» на 2,01 балла ($p < 0,05$), на 2,02 балла и на 2,17 балла ($p < 0,05$); «Настроения» на 0,35 балла ($p < 0,05$), на 0,45 балла и на 0,72 балла ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение

Таким образом, в результате применения образовательной программы по формированию здорового образа жизни среди призывников с ЯБДПК повысилось число желающих бросить курить, удалось уменьшить негативные поведенческие привычки, такие как употребление кофе, крепких спиртных напитков. За время обучения в «Гастрошколе» увеличилось число лиц, занимающихся физкультурой и спортом, соблюдающих режим питания, у большинства уменьшился уровень тревожности и повысилась приверженность к выполнению профилактических рекомендаций.

Список литературы

1. Габбасова Л.В. Факторы риска и клинические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин молодого возраста // Вопросы теоретической и

практической медицины: материалы науч.-практич. конф. – Уфа, 2007. – С. 51–52.

2. Гильмутдинов А.Р. Применение кумыса в санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни // Вестник восстановительной медицины. – 2007. – № 1. – С. 58–60.

3. Зиангиров Р.А. Профилактика и методы коррекции хирургических заболеваний у мужчин призывников в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 37 с.

4. Крюкова А.Я. Образовательные программы в профилактике заболеваний системы пищеварения / А.Я. Крюкова, Т.Х. Ахмадуллина, О.А. Курамшина // Образовательные программы в профилактике заболеваний, улучшении качества жизни больных и здоровых в практике врача: руководство для врачей. – Уфа, 2003. – 87 с.

5. Attributable risk of *H. pylori* in peptic ulcer disease: does declining prevalence of infection in general population explain increasing frequency of non-*H. pylori* ulcers? / T. Sugiyama, K. Nishikawa, Y. Komatsu [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2001. – Vol. 46, №2. – P. 7–10.

6. Risk factors for failure of *Helicobacter pylori* therapy: results of an individual data analysis of 2751 patients / N. Broutet Tchamgoue S. Pereira E. [et al.] // Aliment. Pharmacol. Therap. – 2003. – Vol. 17, №1. – P. 99–109.

Рецензенты:

Крюкова А.Я., д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа;

Зулькарнаев Т.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей гигиены с экологией ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 28.04.2011.