

На правах рукописи

ПРУДИЁВА ТАТЬЯНА ВИКТОРОВНА

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ОТРАСЛИ:
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ**

14.00.05 – внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Архангельск, 2009

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет (г.Архангельск) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на кафедре пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель:

доктор медицинских наук ОГАНЕЗОВА Инна Андреевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор МАРТЮШОВ Сергей Иванович

доктор медицинских наук САБЛИН Олег Александрович

Ведущая организация:

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Защита диссертации состоится «___» _____ 2009 г. в «___» часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.004.02 при Северном государственном медицинском университете по адресу: 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Северного государственного медицинского университета

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

ТИТОВА Лариса Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на огромный поток публикаций в нашей стране и за рубежом, язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) по-прежнему находится в центре внимания теоретической и практической гастроэнтерологии. Связано это, прежде всего, с нуждами здравоохранения, так как снижение показателей смертности и уменьшение числа госпитализаций не сочетается со снижением заболеваемости и величины экономических потерь (Помогаева Н.С., 2001; Щепин О.П., 2001; Glise H. 1990; Zivanovic M. et al., 1999). Данный факт имеет принципиальное теоретическое значение, поскольку отражает неадекватность локалистического подхода к проблеме ЯБ. В последние годы проблема изучения ЯБ в значительной мере ограничивалась рамками представлений, базирующихся на оценке инфекции *Helicobacter pylori* (HP) и ее роли в развитии заболевания, однако, триггерные механизмы ее манифестации остались не выясненными до конца (Blaser M.J., 1999; Siavoshi F. et al., 2005). Результаты лечения и профилактики ЯБ по-прежнему недостаточно удовлетворительны, несмотря на синтез новых поколений лекарств, разработку и внедрение новых схем и подходов (Циммерман Я.С., 2007).

ЯБ, будучи хроническим заболеванием, требует многолетнего эффективного сотрудничества врача и пациента (Белоусова Е.А. и соавт., 2004). При наблюдении и лечении больных преимущественно оценивают такие показатели, как частота и длительность рецидивов, скорость рубцевания язвенного дефекта, наличие осложнений. И напротив, недостаточное внимание уделяется показателям не менее, а, возможно, и более значимым для пациента – изменениям качества жизни и социального статуса, степени эмоциональной напряженности, самооценке болей (Колесникова И.Ю. и соавт., 2005, Баранов А.А. и соавт., 2006; Jones P.W., 1998). Психосоматический подход к изучению соматической патологии означает стремление найти более полное, по сравнению с возможностями традиционного подхода, понимание этиологии и патогенеза заболеваний, причин вариабельности их течения, а также терапевтической проблематики (Беляева Ф.И., 2007; Шемятенков В.Н., 2001; Levenstein S. et al., 1995).

Одной из важнейших задач современной медицины является сохранение здоровья и работоспособности людей, работающих в специфических условиях (Сорокин О.Н., 2000). Пребывание человека в экстремальной производственной среде предъявляет высокие требования к психическим, физиологическим и биологическим возможностям организма. В последние годы активно развивается новое направление в медицине - экология человека опасных профессий – комплексная дисциплина, включающая медико-социальные проблемы охраны здоровья и сохранения профессионального долголетия специалистов, подвергающихся в процессе выполнения своих социально значимых обязанностей комплексному воздействию целого ряда неблагоприятных факторов среды и деятельности (Ушаков И.Б., 2000). Железнодорожная медицина с этой точки зрения представляет собой раздел медицины, не только занимающийся

специальными для железнодорожного транспорта медицинскими вопросами, но и являющийся неотъемлемой частью концепции экологии человека опасных профессий (Кузнецов К.Б., 2005).

Профессиональная деятельность специалистов, обеспечивающих движение поездов, характеризуется воздействием на организм целого комплекса взаимно усиливающих друг друга неблагоприятных факторов среды (Вильк, М.Ф., 2001). С точки зрения потенциального влияния на формирование болезней органов пищеварения необходимо выделить, прежде всего, сменный режим труда, длительное пребывание в неблагоприятных вибро-акустических условиях, психо-эмоциональное напряжение в штатном режиме деятельности. Кроме этого, хронические болезни органов пищеварения, в том числе ЯБ желудка и ДПК, являются достаточным условием для частичного ограничения профессиональной пригодности специалистов основных профессиональных групп на железнодорожном транспорте (Цфасман А.З., 2005; Панкова В.Б. и соавт., 2007).

Таким образом, проведение исследований, в целях выявления и должной клинической интерпретации особенностей течения язвенной болезни у представителей декретированных контингентов, работающих в экстремальных условиях, имеет глубокое теоретическое и практическое обоснование, поскольку позволит планировать эффективную стратегию сохранения здоровья и профессионального долголетия стажированных специалистов (Куделькина Н.А. и соавт., 2004; Оганезова И.А. и соавт., 2004).

Цель исследования: провести комплексную оценку клинических и психосоматических паттернов течения язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта с целью определения контингента лиц, нуждающихся в коррекции психосоматического состояния, и оптимизации мероприятий по совершенствованию качества оказания медицинской помощи и восстановительного лечения железнодорожников.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать некоторые медико-социальные показатели и клинические особенности течения язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта, в том числе в отдельных профессиональных группах.

2. Изучить основные характеристики психологического статуса при язвенной болезни в фазу рецидива заболевания у работников железнодорожной отрасли – представителей различных профессиональных групп.

3. Выявить сопряженность паттернов клинического течения язвенной болезни с психодиагностическими показателями у представителей профессиональных групп железнодорожников.

4. Охарактеризовать закономерности формирования типов реагирования на заболевание при язвенной болезни в профессиональных группах лиц, обеспечивающих движение поездов, их связь с клиническими особенностями рецидива и исходными психодиагностическими параметрами.

5. Изучить влияние клинико-психологических паттернов заболевания на показатели качества жизни больных язвенной болезнью с учетом их профессиональной принадлежности.

Научная новизна исследования. Впервые разработан и осуществлен системный анализ особенностей течения язвенной болезни с позиций профессиоцентрического подхода в отношении лиц, обеспечивающих движение поездов. Проведено исследование комплекса информативных для дополнительной оценки течения заболевания психодиагностических параметров, детерминированных состоянием профессиональной напряженности. Определена сопряженность паттернов клинического течения язвенной болезни с особенностями внегастродуоденальных проявлений заболевания. Изучены закономерности формирования типов реагирования на заболевание при язвенной болезни в профессиональных группах работников железнодорожного транспорта, их связь с клиническими особенностями рецидива.

Впервые проведено исследование показателей качества жизни (КЖ) при язвенной болезни у представителей декретированной профессиональной группы железнодорожников. Показано системообразующее значение фактора социального ролевого функционирования в формировании структуры клинико-психологических корреляционных матриц.

Практическая значимость работы. В интересах практического здравоохранения проведена систематизация параметров, характеризующих клиническое течение язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта. Установлено, что принадлежность к определенной профессиональной группе обуславливает особенности структуры клинических проявлений заболевания, которые необходимо учитывать при лечении пациентов и планировании профилактических мероприятий.

Выявлен комплекс сопряженных с профессиональной принадлежностью психодиагностических паттернов язвенной болезни, свидетельствующий о наличии у большинства пациентов состояния выраженной психо-социальной дезадаптации, которое сопровождается существенными сдвигами показателей качества жизни. Доказана тесная взаимосвязь выраженности тревожно-депрессивных расстройств с клинико-эндоскопическими характеристиками язвенного процесса.

Даны рекомендации по совершенствованию системы медицинской реабилитации страдающих язвенной болезнью работников железнодорожной отрасли, позволяющие организовать специальные программы оздоровления с целью сохранения и восстановления профессионально значимых функций работников.

Создана уникальная база данных, содержащая многомерные клинико-психологические параметры рецидива язвенной болезни у представителей профессиональной группы лиц, обеспечивающих движение поездов, которая может быть использована для сравнения при проведении последующих научно-исследовательских работ.

Внедрение в практику. Основные положения результатов исследования нашли применение в практической работе терапевтических отделений НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД». Имеется акт внедрения результатов научно-исследовательской работы в практическое здравоохранение от 23 октября 2008г.

Положения, выносимые на защиту:

1. Доля болезней органов пищеварения в структуре общей заболеваемости работников железнодорожного транспорта превышает 10%, при этом язвенная болезнь определяет около трети случаев в структуре временной нетрудоспособности, обусловленной болезнями желудочно-кишечного тракта. Существуют особенности клинического течения язвенной болезни у специалистов, обеспечивающих движение поездов, характер и выраженность которых детерминированы влиянием комплекса производственных факторов, формируются на ранних стадиях заболевания и имеют устойчивый характер.

2. Рецидив язвенной болезни сопровождается развитием у большинства пациентов признаков социально-психологической дезадаптации, сопряженных с актуальными клинико-эндоскопическими характеристиками заболевания. При этом наблюдаются принципиальные отличия как среднегрупповых значений основных психодиагностических параметров, так и механизмов их формирования в профессиональных группах железнодорожников.

3. Особенности профессиональной группы, в которой осуществляется микросоциальное взаимодействие больного язвенной болезнью, формируют устойчивые типы реагирования на заболевание тесно связанные с основными клинико-психологическими показателями. Рецидив язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта сопровождается снижением основных показателей качества жизни, при этом системообразующим является изменение социальной роли.

Апробация работы. Материалы диссертации были доложены на различных научных конференциях и симпозиумах, в том числе: на конференции молодых ученых Северного государственного медицинского университета (Ломоносовские чтения, Архангельск, 2006), 9 и 10 Международном Славяно-Балтийском научно-медицинском форуме (Санкт-Петербург, 2007-2008), II съезде врачей железнодорожного транспорта России (Москва, 2008), научно-практической конференции «Безопасность на железнодорожном транспорте» (Москва, 2008).

Работа выполнена в рамках региональной программы «Пути совершенствования ведомственной железнодорожной восстановительной медицины», имеет номер государственной регистрации 01200701389.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, в том числе 1 статья в журнале из списка ВАК для кандидатских диссертаций.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 121 странице машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 30 рисунками. Список литературы включает 197 источников, в том числе 76 иностранных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выборка больных, вошедших в исследование, формировалась в результате их отбора (методом случайной выборки) и наблюдения в амбулатории и стационаре негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД». В программу исследования не включались больные с сопутствующими заболеваниями, которые могли бы оказать влияние на возникновение и течение язвенной болезни, например ишемическая болезнь сердца, ревматические заболевания, сахарный диабет. Формирование групп пациентов происходило поэтапно. На первом этапе была определена медико-социальная значимость патологии органов пищеварения и, в частности, ЯБ для профессиональной группы железнодорожников. Для этого были выкопированы и изучены материалы ежегодных медицинских осмотров за 2005-2007 гг. Следующим этапом стало формирование: основной группы – из работников железнодорожной отрасли с установленным диагнозом ЯБ (всего 61 человек, средний возраст $41,57 \pm 1,23$ год); контрольной группы – из работников железнодорожной отрасли, признанных медицинской комиссией здоровыми (всего 20 человек, средний возраст $41,21 \pm 1,93$ год) и группы сравнения – из числа лиц гражданских специальностей с установленным диагнозом ЯБ (всего 27 человек, средний возраст $45,23 \pm 1,74$ лет). На заключительном этапе для изучения влияния особенностей профессиональной деятельности на формирование клинко-психологических характеристик ЯБ основная группа пациентов с учетом профессиональной принадлежности и влияния сходных профессиональных факторов была разделена на 3 обобщенные подгруппы: машинистов (всего 14 человек, средний возраст $41,22 \pm 4,02$ год), проводников (всего 18 человек, средний возраст $46,07 \pm 1,76$ лет) и работников пути (всего 20 человек, средний возраст $39,21 \pm 2,13$ лет).

Всем пациентам было проведено подробное общеклиническое обследование, включая сбор и оценку жалоб, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного исследования, которые фиксировались в специально разработанной «Карте обследования больного». Для объективизации субъективных восприятий болевых ощущений нами использовался Мак-Гилловский болевой опросник (R.Merzak et W.Torgerson, 1971), составленный в виде анкеты, после заполнения которой, рассчитывались следующие показатели: ИДО (индекс дескрипторов общий) – количество слов-определителей, выбранных больным по всем подшкалам; ИРО (индекс рангов общий) – сумма рангов выбранных дескрипторов по всем подшкалам; ИДСШ (индекс дескрипторов сенсорной шкалы) – количество слов-определителей, выбранных больным по подшкалам от 1 до 13; ИДАШ (индекс дескрипторов аффективной шкалы) – количество слов-определителей,

выбранных по подшкалам от 14 до 19; ИРСШ (индекс рангов сенсорной шкалы) – сумма рангов выбранных дескрипторов по подшкалам от 1 до 13; ИРАШ (индекс рангов аффективной шкалы) – сумма рангов выбранных дескрипторов по подшкалам от 14 до 19. Эндоскопическим критерием ЯБ в стадии обострения считали дефект слизистой оболочки (СО) с четкими границами, овальной или округлой формы, при этом измеряли размеры язвенного дефекта и рассчитывали его площадь, а также косвенно оценивали моторно-эвакуаторную функцию желудка (признаки функциональной недостаточности кардии, заброс желчи из ДПК – дуоденогастральный рефлюкс), а также характер морфологических изменений СО. Забор материала гастродуоденальной слизистой оболочки (ГДСО) осуществляли с использованием биопсийных щипцов из края, дна язвенных дефектов и периульцерозной зоны (не менее 3 точек), биопсийный материал использовали, как для гистологического исследования, так и для обнаружения инвазии СО *Helicobacter pylori*. Определение инфицированности слизистой оболочки желудка и ДПК НР выполнялось методом микроскопии нативных мазков-отпечатков слизистой, полученных при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) и окрашенных гематоксилин-эозином, который дублировался биохимическим методом, основанным на уреазной реакции. Больной ЯБ считался НР-позитивным только при совпадении результатов двух методов исследования. Исследование кислотообразующей функции желудка проводили методом внутрижелудочной пристеночной рН-метрии специальным рН-зондом с двумя оливами и системой для забора желудочного содержимого.

Для оценки состояния психологического статуса использовали ряд стандартизованных методик: опросник Н.Eysenk EPI для выявления эмоциональной лабильности и оценки уровня нейротизма; опросник Ch.Spielberger для выявления личностной и реактивной тревожности; шкалу депрессии W.Zung с расчетом специального коэффициента SDS, учитывающего поправку на удельный вес каждого из используемых в шкале симптомов; для диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) была использована методика, разработанная в лаборатории клинической психологии института им. В.М.Бехтерева. Для оценки качества жизни больных ЯБ использовали наиболее распространенный в клинических исследованиях общий опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey).

Все клинические, лабораторно-инструментальные и экспериментально-психологические показатели, полученные в процессе исследования, были адаптированы для математической обработки. В отношении качественных переменных был использован метод дуального шкалирования, количественные переменные изучались в абсолютном выражении. Для проверки близости к нормальному распределению наблюдавшихся значений факторов были использованы критерии Колмогорова-Смирнова. Сравнение средних величин проводили при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок, в том числе с применением поправки Бонферрони для множественных сравнений. Для измерения степеней зависимости применяли метод корреляционного анализа Пирсона. Статистический анализ данных был проведен с использованием программного продукта STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе состояния заболеваемости работников железнодорожного транспорта, обеспечивающих движение поездов по Минераловодскому отделению Северо-Кавказской железной дороги за 2005-2007 гг. установлено, что доля болезней органов пищеварения в структуре общей заболеваемости составила $11,99 \pm 0,18\%$, в том числе в структуре первичной заболеваемости – $2,77 \pm 0,15\%$. В структуре временной нетрудоспособности специалистов данной категории, обусловленной болезнями органов пищеварения, удельный вес ЯБ за этот же период составил $29,09 \pm 2,11\%$, а хронического гастродуоденита, являющегося предъязвенной патологией – $42,24 \pm 2,29\%$.

При изучении основных клинико-anamnestических показателей установлено, что распространенность абдоминального болевого синдрома составила 100% в группе железнодорожников и 92,3% в группе гражданских лиц; преобладали боли ноющего характера (53,06 и 66,67% соответственно) с преимущественной локализацией в эпигастральной области (60,65 и 58,33%). Проявления диспепсического синдрома достоверно чаще наблюдались в основной группе пациентов - 83,6% у железнодорожников и 46,2% у гражданских. Практически в 2 раза чаще у железнодорожников выявляли такие факторы риска ульцерогенеза, как нарушения режима питания (77,1 и 30,8%) и наличие в анамнезе предъязвенной патологии – хронического хеликобактерного гастродуоденита (60,6 и 38,5%). При этом наличие предъязвенного анамнеза тесно коррелировало со степенью инфицированности гастродуоденальной слизистой *Helicobacter pylori* ($r=0,76$; $p=0,018$).

Таблица 1

Сравнительная клинико-anamnestическая характеристика групп исследования

Параметры	ЖД n=61	ГЛ n=27	Группа 1 n=14	Группа 2 n=18	Группа 3 n=20
Возраст, $M \pm m$	$41,57 \pm 1,23$	$45,23 \pm 1,74$	$41,22 \pm 4,02$	$45,89 \pm 1,76$	$39,51 \pm 2,13$
Возраст дебюта ЯБ, $M \pm m$	$36,85 \pm 1,17$	$37,15 \pm 2,45$	$38,11 \pm 3,79$	$40,64 \pm 1,67$	$34,42 \pm 2,09$
Давность ЯБ, $M \pm m$	$4,46 \pm 0,74$	$8,07 \pm 2,27$	$2,87 \pm 0,99$	$5,39 \pm 1,43$	$4,73 \pm 1,62$
ЯБ ДПК, %	88,52	84,62	57,14 ($p < 0,05$)	77,78	95,00
Ассоциация НР, %	68,85	46,15	78,57	77,78	63,16
Нарушение режима питания, % ($p < 0,01$)	77,05	30,77	77,78	71,43	78,95

Семейный анамнез, %	37,71	30,77	66,67 (p<0,01)	35,71	31,58
Предъявленная патология, %	60,65 (p<0,01)	38,46	55,55	64,29	68,42
Осложненное течение ЯБ, %	18,03	16,67	28,57	22,22	15,01

При внутригрупповом сравнении установлено, что у представителей профгруппы работников пути заболевание дебютировало в более молодом возрасте - (34,42 лет, $p=0,036$) и при меньшем профессиональном стаже (7,75 лет, $p=0,014$), чем в профгруппах машинистов и проводников (табл. 1). При этом у представителей группы пути ЯБ желудка выявлена в 5,00%, в то время как в группе машинистов ее частота составила 42,86% ($p<0,001$), а в группе проводников – 22,22% ($p<0,05$). Различалась также и частота выявления таких факторов риска язвообразования, как положительный семейный анамнез – встречался в 2 раза чаще в группе машинистов (66,67, 31,57 и 35,71%, $p<0,01$) и ситуации хронического стресса – чаще встречались у машинистов и проводников.

Для количественной характеристики абдоминальной боли с точки зрения ее сенсорных качеств, эмоциональной окраски и интенсивности был использован Мак-Гилловский болевой опросник, который показал достаточную информативность в гастроэнтерологической практике (Парфенов А.И., 2008). У представителей группы железнодорожников выявлены более высокие значения ранговых показателей сенсорной и аффективной шкал, что свидетельствует о яркой эмоциональной окраске болевого синдрома. Выраженность аффективных проявлений болевого синдрома была в значительной степени обусловлена такими факторами, как возраст пациентов в дебюте ЯБ и профессиональный стаж. При этом были выявлены разнонаправленные зависимости: положительные у лиц гражданских специальностей ($r_{ИДАШ-возраст\ дебюта}=0,83$ ($p=0,040$), $r_{ИРАШ-возраст\ дебюта}=0,92$ ($p=0,001$)) и отрицательные у работников железнодорожного транспорта ($r_{ИРАШ-возраст\ дебюта}=-0,45$ ($p=0,031$), $r_{ИРАШ-профстаж}=-0,43$ ($p=0,043$)).

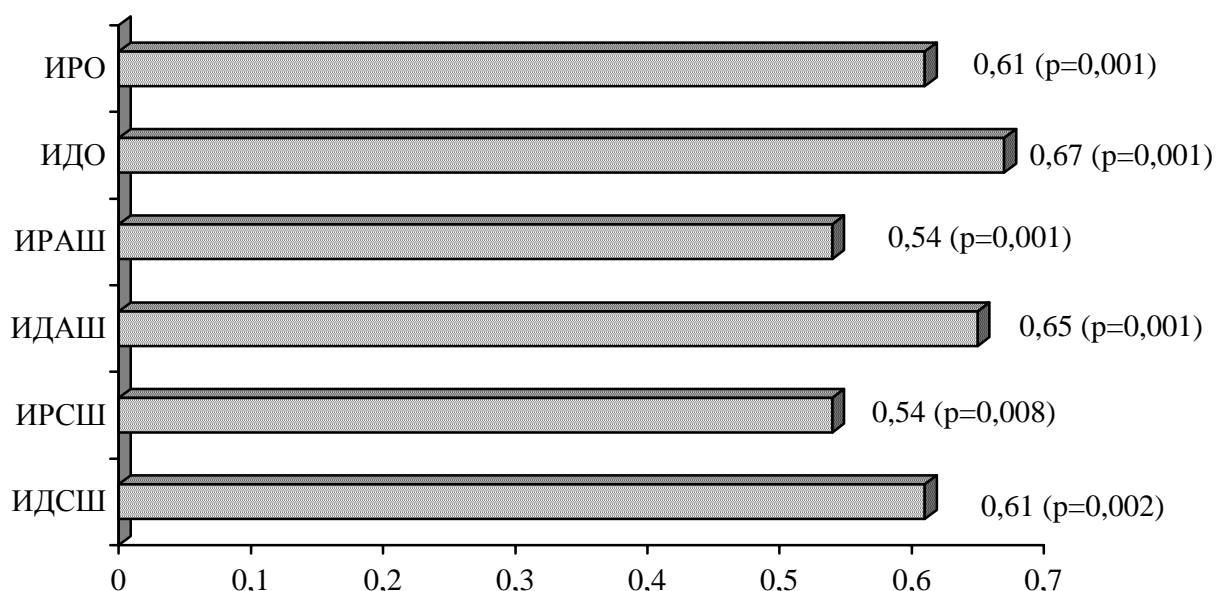


Рисунок 1. Корреляционные связи между параметрами болевого синдрома по McGill при ЯБ и наследственной отягощенностью

Возможно, это объясняется тем, что для лиц гражданских специальностей язвенная болезнь не является дисквалифицирующим заболеванием, в то время как представители декретированной профгруппы максимально сдержанно описывают свои ощущения. В основной группе пациентов наиболее существенным фактором, повлиявшим на сенсорные и аффективные характеристики боли была наследственная отягощенность по язвенной болезни (рис. 1). У лиц с положительным семейным анамнезом выявлены достоверно более высокие значения по всем шкалам МакГилл. Закономерное влияние на сенсорное восприятие абдоминальной боли пациентами оказали исходные психодиагностические характеристики. По мере нарастания выраженности личностной и реактивной тревожности достоверно увеличивалось как количество выбранных дескрипторов, так и ранговые значения аффективной и сенсорной шкал восприятий боли. Д.С. Бордин и соавт. в своей работе (2000) также отмечают тесную связь между характером болевых ощущений и неблагоприятным психологическим статусом пациентов.

При эндоскопическом исследовании состояния слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта признаки катарального воспаления (гиперемия) выявлены у подавляющего числа пациентов в области слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, деструктивные поражения – эрозии – выявлены практически у пятой части пациентов основной группы (эрозии СОЖ – 19,67%, эрозии ДПК – 22,95%), в группе гражданских лиц они встречались в 2,77 раза реже (в 7,69% случаев, $p < 0,05$), при этом признаки деструктивных поражений СО ДПК достоверно чаще выявляли у пациентов с нарушениями процессов ощелачивания в антральном отделе желудка ($r_{\text{эрозии ДПК-рНанtrum}} = -0,44$; $p = 0,034$). Косвенные признаки нарушения моторной функции верхних отделов ЖКТ были выявлены почти у половины пациентов. Так признаки ФНК наблюдались у 24,59%, а ДГР – у 39,34% больных из группы ЖД ($r_{\text{ФНК-ДГР}} = 0,57$;

$p=0,004$), а в группе ГЛ – в 31,76 и 23,08% случаев соответственно. Признаки ФНК чаще выявляли у пациентов молодого возраста ($r_{\text{возраст-ФНК}}=-0,56$; $p=0,037$), приверженных табакокурению ($r_{\text{ФНК-курение}}=0,48$; $p=0,021$). Также у курящих чаще выявляли признаки поражения ГДСО ($r_{\text{курение-эрозии ГДСО}}=0,43$; $p=0,036$) и нарушения процессов ощелачивания в антральном отделе желудка ($r_{\text{курение-рНантрум}}=-0,49$; $p=0,015$). При эндоскопическом обследовании представителей отдельных профессиональных групп установлено, что гиперемия СО пищевода чаще наблюдалась в группах машинистов и проводников (44,44 и 42,86% соответственно, $p<0,05$); в этих же профгруппах чаще выявлялись признаки функциональной недостаточности кардии – 33,33 и 42,84% ($p<0,05$). Подобные изменения, вероятно, могут быть обусловлены длительным влиянием сходных специфических условий профессиональной деятельности - работой на движущемся транспорте, что отмечают и другие авторы (Лифшиц В.Б., Симонова Е.А., 2006; Цфасман А.З., 2000). Деструктивные поражения ГДСО (эрозии желудка и/или ДПК) чаще наблюдались в группе проводников (49,99% обследованных), в то время как в группе пути эрозивные процессы были диагностированы только лишь у 26,31% пациентов ($p<0,05$), что наряду с наименьшими размерами язвенных дефектов в этой группе (средняя площадь язв $54,57\pm 5,19$ мм², $p=0,019$), обусловило более высокую скорость репарации слизистой (средний срок рубцевания язв $16,27\pm 0,69$ дней).

При исследовании показателей тревожного ряда выявлено, что выраженность нейротизма, личностной и реактивной тревожности, депрессии у пациентов, страдающих язвенной болезнью, в полтора-два раза превышала аналогичные показатели в контрольной группе здоровых железнодорожников. Кроме этого, выявлены достоверные отличия средне групповых значений и структуры выше названных параметров в отдельных профгруппах. Наибольшие отклонения в психодиагностических показателях наблюдались в профессиональной группе проводников. При оценке структуры эмоциональной стабильности по методике Н. Eysenk EPI установлено, что параметры выраженного нейротизма (12 и более баллов) встречались в этой профгруппе в 69,23% случаев, показателей выраженной ЛТ (более 45 баллов) – в 71,43%, а выраженной РТ – в 64,28% случаев. Выраженность депрессии по W.Zung была выше нормативных величин во всех исследуемых группах, при этом в группе сопровождения пути ее значения были наиболее высокими ($0,577\pm 0,03$), достоверно отличаясь от аналогичных показателей в 1 и 3 группах (табл. 2).

Корреляционный анализ позволил выявить ряд взаимосвязей между психодиагностическими параметрами и основными клинико-эндоскопическими характеристиками течения язвенной болезни. Так выявлено нарастание выраженности эмоциональной нестабильности по мере увеличения возраста, профессионального стажа и продолжительности ЯБ у обследуемых: в группе машинистов $r_{\text{давность ЯБ-ЛТ}}=0,91$; $p=0,033$; в группе проводников $r_{\text{возраст-ЛТ}}=0,72$; $p=0,028$; в группе пути $r_{\text{возраст-нейротизм}}=0,73$; $p=0,024$; $r_{\text{профстаж-нейротизм}}=0,78$; $p=0,014$. У лиц эмоционально нестабильных чаще выявляли деструктивные поражения гастродуоденальной слизистой и наблюдали более медленное течение репарационных процессов: $r_{\text{эрозии ГДСО-РТ}}=0,51$; $p=0,013$; $r_{\text{эрозии}}$

ГДСО-ЛТ =0,50; p=0,015; $r_{\text{эрозии ГДСО-SDS Цунг}} =0,63$; p=0,001; $r_{\text{рубец-нейротизм}}=0,69$; p=0,026; $r_{\text{рубец-SDS Цунг}} =0,51$; p=0,014. Следует отметить, что изменения психодиагностических параметров были более значимыми у пациентов с локализацией язвенного процесса в желудке: в группе проводников $r_{\text{ГЯБЖ-ЛТ}}=0,83$; p=0,005; $r_{\text{ГЯБЖ-РТ}}=0,69$; p=0,036; в группе пути $r_{\text{ГЯБЖ-нейротизм}}=0,71$; p=0,033; $r_{\text{ГЯБЖ-SDS Цунг}} =0,80$; p=0,009.

Таблица 2

Некоторые психодиагностические параметры, выявленные при исследовании по методикам Н.Eysenk, Ch.Spielberger, W.Zung ($M \pm m$)

Параметры	Личностная тревожность	Реактивная тревожность	SDS (депрессия)
Нейротизм			
ЖД, n=61 12,68±0,63	43,42±1,18	40,49±1,55	0,502±0,02
ГЛ, n=27 13,45±1,21	44,91±2,91	40,83±3,55	0,507±0,03
ЗД, n=20 6,80±0,71	29,76±1,23	25,74±0,71	0,395±0,02
p ЖД-ЗД 0,032	0,011	0,001	0,025
p ГЛ-ЗД 0,018	0,022	0,001	0,021
Группа 1, n=14 12,67±1,84	36,55±1,39	36,56±2,32	0,454±0,03
Группа 2, n=18 14,46±1,66	50,07±2,31	48,00±3,72	0,577±0,03
Группа 3, n=20 10,53±1,07	40,50±1,99	34,74±2,53	0,456±0,02
p 1-2 нд	0,001	0,033	0,025
p 2-3 0,048	0,004	0,005	0,003

Хроническое соматическое заболевание существенно изменяет возможности пациента в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни (Губачев Ю.М., 1990; Дерягина Л.Е., 2001). По мнению ряда авторов, влияние особенностей профессиональной деятельности на формирование типа реагирования на соматическое заболевание очень существенно для тех контингентов, работа которых связана с жесткой регламентацией деятельности – в декретированных профессиональных группах (Зараковский Г.М., Зацарный Н.Н., 2000; Оганезова И.А. и соавт., 2004; Ishoy T. et al., 1999). Анализируя структуру типов реагирования на заболевание, мы установили, что «чистый» тип встречался в группе железнодорожников в 51,7% случаев, а в группе гражданских лиц – в 69,2%, смешанный тип – в

43,32 и 23,1% случаев соответственно, диффузный тип – в 7,7 и 5% случаев. При этом диффузный тип реагирования, характеризующийся неопределенным, несформировавшимся отношением к своему состоянию, был выявлен только в одной профгруппе железнодорожников – группе рабочих пути (рис. 2).

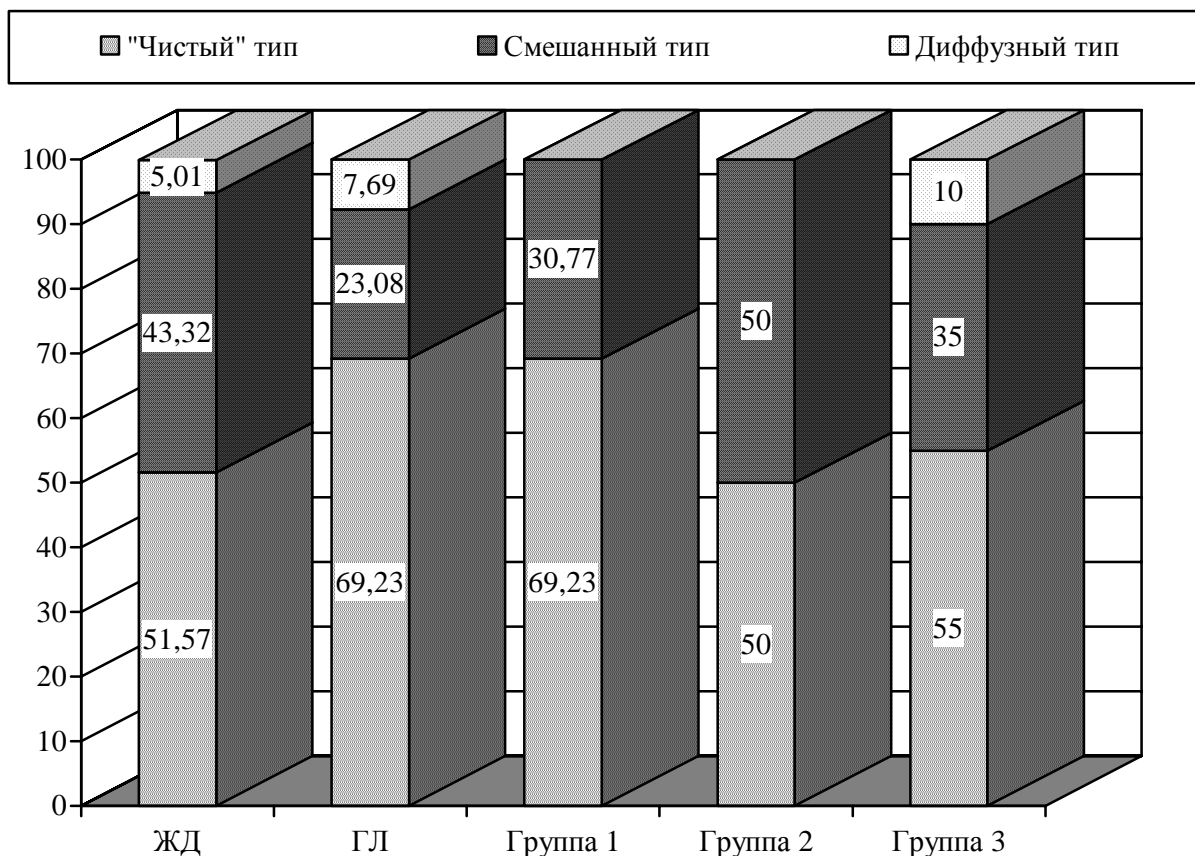


Рисунок 2. Структура типов реагирования на заболевание при ЯБ в различных группах (%).

В структуре чистого типа реагирования в обеих группах преобладали типы, отражающие наибольшую степень социальной адаптации пациентов к состоянию болезни - гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Однако у работников железной дороги анозогнозический вариант реагирования, характеризующийся активным отбрасыванием мыслей о болезни и ее возможных последствиях, приписыванием проявлений болезни случайным обстоятельствам, наблюдали у трети пациентов (32,26%), в то время как у лиц гражданских специальностей чаще выявляли эргопатический тип (44,44%). Различные авторы отмечают, что анозогнозический тип реагирования на заболевание часто приводит к нарушению комплайенса, затрудняя тем самым процесс взаимодействия врача с пациентом (Колесникова И.Ю. и соавт., 2005; Jones P.W., 1998). Так, Н.Н. Петрова и соавт., в своей работе (2005) приводят данные о том, что нарушение комплайенса и формирование анозогнозического ТОБ (который авторы оценивают, как неконструктивный механизм копинга) сопровождаются существенным снижением КЖ больных

ЯБ. Гармоничный тип реагирования, характеризующийся наиболее реалистичной, взвешенной оценкой своего состояния и сохранением активного социального функционирования выявлялся не более чем у 10% железнодорожников: в группе машинистов в 7,69% случаев, в группе проводников – в 5,55%, в группе пути – в 15,00% (от числа всех пациентов соответствующей группы).

При анализе корреляционных зависимостей установлено, что по мере увеличения возраста и профессионального стажа в группе машинистов нарастали значения по шкале гармоничного отношения к болезни ($r_{\text{возраст-гармоничный ТОВ}}=0,93$; $p=0,022$; $r_{\text{профстаж-гармоничный ТОВ}}=0,95$; $p=0,014$), снижались проявления анозогнозии ($r=-0,89$; $p=0,043$) и эргопатии ($r=-0,89$; $p=0,045$), а также значения по шкале сенситивного ТОВ ($r_{\text{возраст-сенситивный ТОВ}}=-0,47$, $p=0,024$; $r_{\text{профстаж-сенситивный ТОВ}}=-0,52$, $p=0,011$), что свидетельствует об определенной степени уверенности стажированных специалистов в своей востребованности. Аналогичная тенденция (но с меньшей степенью выраженности) наблюдалась и в группах проводников и работников пути. По мере увеличения давности заболевания в исследуемых группах наблюдалось дезадаптивные проявления, характеризующиеся преимущественно интрапсихической направленностью реагирования: тревожным, ипохондрическим, неврастеническим и меланхолическим типами. На изменение психической сферы у больных ЯБ на разных стадиях заболевания указывает в своих работах и Л.Д. Фирсова (2003-2007). Установлено, что при наличии наследственной отягощенности, то есть осведомленности пациентов о сущности заболевания на примере родственников, достоверно реже выявляли анозогнозический тип реагирования ($r_{\text{наследственность-анозогнозический ТОВ}}=-0,43$, $p=0,038$). Выраженность психоэмоциональной дезадаптации (нейротизм, личностная и реактивная тревожность) сопровождалась нарастанием показателей по шкалам неврастенического, ипохондрического, меланхолического типов. Наиболее устойчивые психоэмоциональные реакции демонстрировали при этом представители профгруппы машинистов, что, вероятно, связано с жестким предварительным психофизиологическим отбором.

Одним из новых критериев эффективности лечения хронических заболеваний, получивших в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины, является качество жизни. Показатели качества жизни в клинической медицине часто используют в качестве критерия определения эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных программ, а также как показатель индивидуального мониторинга состояния больного (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004; Caporali R. et al., 2005). При исследовании качества жизни в группах железнодорожников и гражданских лиц, достоверных средне групповых различий выявлено не было. Наиболее существенные изменения качества жизни пациенты отмечали в связи с ухудшением физического состояния, жизнеспособности-энергичности, общего здоровья, выраженностью болевого синдрома. Полученные нами результаты несколько отличаются от данных других авторов. Так, Новик А.А. и соавт. (1999) указывают, что при обострении ЯБ наиболее существенные различия с популяционной нормой наблюдаются по шкалам ролевого физического функционирования, боли, жизнеспособности и эмоционального функционирования.

По данным М.Г.о.Гусейнадзе (2006) наиболее существенные отклонения от нормы параметров КЖ при ЯБ выявляются по шкалам физического функционирования, боли и общего здоровья, при этом автор также отмечает зависимость между показателями КЖ, продолжительностью заболевания и частотой обострений.

При изучении качества жизни в профгруппах железнодорожников установлено (табл. 3), что самые низкие значения физической работоспособности, энергичности, эмоционального состояния, психического здоровья демонстрировали представители профессиональной группы сопровождения движения (проводников).

Таблица 3

Результаты исследования КЖ по методике SF-36 при ЯБ в профессиональных группах ЖД

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	р 1-2	р 2-3
PF	83,33±4,79	61,43±6,61	83,95±5,09	0,026	0,011
RF	55,56±13,01	50,00±9,81	59,21±8,38	нд	нд
BP	44,44±8,35	44,28±5,71	30,00±6,21	нд	нд
GH	51,11±2,61	51,43±2,89	45,53±5,14	нд	нд
VT	61,67±4,17	44,28±2,91	60,53±5,14	0,001	0,018
SR	58,33±4,17	50,00±5,71	48,03±3,21	нд	нд
RE	85,18±11,26	45,24±11,38	73,68±6,54	0,027	0,028
MH	72,00±3,59	49,14±3,34	70,31±4,36	0,001	0,001

При анализе взаимосвязей между основными характеристиками язвенного процесса и показателями качества жизни установлено, что в группе гражданских лиц наибольшие отклонения качества жизни в связи с заболеванием касались таких параметров, как физическое (RP) и эмоциональное функционирование (RE), жизнеспособность-энергичность (VT). В то же время для пациентов-железнодорожников системообразующими факторами качества жизни были общее психическое (MH) и физическое здоровье (PF), а также социальное ролевое функционирование (SF), оценка которого достоверно уменьшалась по мере увеличения продолжительности заболевания ($r_{SF-давность\ ЯБ} = -0,66$; $p=0,043$). Также установлено, что пациенты с желудочной локализацией язвенного дефекта в целом ниже оценивали основные показатели КЖ ($r = -0,42$; $p=0,045$). По данным различных авторов, среди основных причин снижения КЖ при ЯБ, помимо основных клинических проявлений самого заболевания, больные отмечают необходимость ограничительного поведения (63,3-71,1%), нарушение социальных контактов (58,3%) и трудности

в профессиональной сфере (58,3%), ведущие к экономическим проблемам (Малышенко О.С. и соавт., 2005; Колесникова И.Ю. и соавт., 2005; Рутгайзер Я.М., 1999).

Фактор социального ролевого функционирования был ведущим и в структуре взаимосвязей между показателями качества жизни и типом реагирования на заболевания у железнодорожников, что подтверждает значение профессиональной составляющей в формировании отношения к болезни у декретированных контингентов. Так в группах машинистов и проводников типы реагирования на заболевание без выраженных нарушений социальной адаптации чаще выявляли у пациентов с высокой самооценкой социальной роли: r_{SF} -гармонический ТОВ=0,71; $p=0,031$, r_{SF} -эргопатический ТОВ=0,82; $p=0,007$. В обеих группах меланхолический (витально-тоскливый) ТОВ, характеризующийся свехдрусченностью болезнью, был сопряжен с низкой оценкой своей социальной роли ($r=-0,83$; $p=0,001$) и психического здоровья ($r=-0,97$; $p=0,001$). Особенности труда рабочих-путейцев связаны с необходимостью, прежде всего, выполнения напряженной физической работы в вынужденной рабочей позе. Вероятно поэтому, значимые корреляционные связи в этой профгруппе были образованы также такими параметрами КЖ, как энергичность и физическая работоспособность.

ВЫВОДЫ

1. В структуре временной нетрудоспособности специалистов, обеспечивающих движение поездов, обусловленной болезнями органов пищеварения, удельный вес ЯБ составляет $29,1 \pm 2,1\%$. Течение заболевания у работников железнодорожного транспорта характеризуется высокой распространенностью факторов риска ulcerогенеза (нарушения режима питания – 77,1%, предъязвенный анамнез – 60,6%), выраженностью диспепсических (83,6%) и моторных (63,9%) расстройств, большой частотой эрозивных поражений ГДСО (42,6%). Выраженность абдоминального болевого синдрома характеризуется высокими показателями сенсорных и аффективных параметров, тесно связана с положительным семейным анамнезом и индивидуальными психологическими характеристиками тревожного ряда.

2. Принадлежность к конкретной профессиональной группе специалистов на железнодорожном транспорте обуславливает особенности структуры клинических паттернов заболевания. В профгруппах машинистов и проводников чаще выявляются любые признаки поражения ГДСО (в том числе эрозии желудка и/или ДПК в 49,9% случаев) и моторные нарушения (до 42,8%), осложненное течение ЯБ наблюдается в 1,5-1,9 раз чаще. У представителей профгруппы работников пути ЯБ дебютирует в более молодом возрасте ($34,4 \pm 2,1$ лет, $p=0,036$) и при меньшем профессиональном стаже ($7,7 \pm 1,2$ лет, $p=0,014$) и характеризуется благоприятным течением.

3. Рецидив ЯБ у работников железнодорожного транспорта сопровождается развитием у большинства пациентов признаков социально-психологической дезадаптации: высокими уровнями нейротизма (55,6%), личностной (86,7%) и ситуативной (77,1%) тревожности, депрессии (SDS $0,502 \pm 0,02$), которые в большей степени выражены в профгруппе проводников. Существуют тесные прямые корреляционные связи между выраженностью тревожно-депрессивных

расстройств, частотой эрозивных поражений ГДСО, желудочной локализацией язвенного процесса, профессиональным стажем и давностью заболевания.

4. У больных ЯБ железнодорожников формируются устойчивые типы реагирования на заболевание, обусловленные особенностями профессиональной группы, в которой осуществляется микросоциальное взаимодействие больного. В структуре отношения к болезни у железнодорожников гармоничный тип отношения к болезни встречается только лишь в 16,14% случаев (в группе проводников – 5,6%), преобладает анозогнозический вариант реагирования (от 32,3 до 45,4%), проявления которого сглаживаются по мере увеличения продолжительности заболевания. Деадаптивные типы реагирования чаще развиваются у пациентов с исходными психоэмоциональными расстройствами, у которых ЯБ дебютировала в молодом возрасте.

5. Рецидив ЯБ у работников железнодорожного транспорта сопровождается снижением таких показателей качества жизни, как социальное ролевое функционирование, физическое функционирование, жизнеспособность, общее здоровье, выраженность болевого синдрома. При этом наиболее низкие значения выше названных показателей выявляются в профгруппе проводников. Более низкие показатели КЖ наблюдаются у пациентов с большим профессиональным стажем и давностью заболевания, желудочной локализацией язвенного процесса, низкой эффективностью социально-психологической адаптации. В структуре корреляционных матриц системообразующим компонентом КЖ у железнодорожников является показатель социального ролевого функционирования, что подтверждает значение профессиональной составляющей в формировании отношения к болезни у декретированных контингентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Профилактические мероприятия и характер противоязвенной терапии у лиц, обеспечивающих движение поездов, должны определяться профессионально обусловленными особенностями клинического течения язвенной болезни: ранним дебютом в профгруппе работников пути; выраженностью абдоминального болевого и диспепсического синдромов, склонностью к развитию эрозивных процессов и нарушений моторики ЖКТ в группах машинистов и проводников.

2. Неблагоприятная динамика сдвигов психодиагностических характеристик в клинической картине язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта позволяют предположить, что индукции ремиссии заболевания можно достигнуть лишь при одновременном воздействии, как на местные факторы язвообразования, так и на интегральные (психологические) механизмы адаптивной регуляции. Внедрение научно обоснованных критериев психологического тестирования лиц, обеспечивающих движение поездов, позволит планировать мероприятия по сохранению и восстановлению психосоматических и профессионально значимых функций работников, организовать специальные программы оздоровления и реабилитации в учреждениях здравоохранения ОАО «РЖД».

3. В целях профилактики развития и рецидивирования психосоматической патологии у работников железнодорожного транспорта медицинская реабилитация должна осуществляться при соблюдении единства принципов, включающих своевременную диагностику, комплексное применение всех видов лечения, а также использование индивидуальных программ оздоровления на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Важная роль должна отводиться психотерапевтической деятельности по проведению психокоррекции с формированием мотивации на активное возобновление трудовой деятельности.

4. Изучение профессионально обусловленных особенностей течения язвенной болезни, организации психосоматических соотношений и основ психотерапии при данной патологии должны быть включены в программу последипломной подготовки и усовершенствования железнодорожных врачей, что позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи в системе здравоохранения ОАО «РЖД».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Клинические паттерны язвенной болезни в профессиональных группах железнодорожников / Т.В. Прудиева, И.А. Оганезова, В.А. Сопочкина // Материалы 10-го Славяно-Балтийского научно-медицинского форума «Санкт-Петербург-Гастро-2008».- Санкт-Петербург, 2008.- С.97.
2. Некоторые характеристики течения язвенной болезни у работников железнодорожного транспорта / Т.В. Прудиева, И.А. Оганезова, П.С. Ястребов // Материалы юбилейной конференции, посвященной 175-летию С.П.Боткина – Санкт-Петербург, 2007. – С. 65.
3. Особенности регуляции сердечного ритма у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / И.А. Оганезова, Т.В. Прудиева // Материалы 9-го Славяно-Балтийского научно-медицинского форума «Санкт-Петербург-Гастро-2007».- Санкт-Петербург, 2007.- С.123.
4. Психологические характеристики в профессиональных группах железнодорожников, страдающих язвенной болезнью / И.А. Оганезова, Т.В. Прудиева, В.А. Сопочкина // Материалы 10-го Славяно-Балтийского научно-медицинского форума «Санкт-Петербург-Гастро-2008».- Санкт-Петербург, 2008.- С.89.
5. Сравнительная клиничко-психологическая характеристика течения язвенной болезни в некоторых профессиональных группах железнодорожников / И.А. Оганезова, Т.В. Прудиева, В.И. Ларин // Пути совершенствования ведомственной железнодорожной восстановительной медицины. Сб. статей.- Ставрополь, Изд.: СГМА, 2008.- С. 80-84.
6. Язвенная болезнь у работников железнодорожной отрасли: влияние профессиональной принадлежности на формирование клиничко-психологических паттернов / И.А. Оганезова, Т.В. Прудиева, В.И. Ларин // Экология человека.- 2008. - №12. – С. 24-28.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/