

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

EFFICIENCY OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ULCERANT COLITIS

O. Neganova

Summary. The results of rehabilitation of patients with ulcerative colitis are presented. Modifiable and non-modifiable risk factors for ulcerative colitis are discussed, with an emphasis on regional characteristics and their influence on the course and rate of disease progression. As part of the optimization of the rehabilitation program, the prospects for the inclusion of cytokine therapy in the Program for the Comprehensive Rehabilitation of Patients were analyzed. A prospective study was conducted with a follow-up endpoint of 12 months to assess the prospects for the inclusion of recombinant leukiniferon (Roncoleukin drug) in the Comprehensive Rehabilitation Program. The drug has a proven immunomodulatory effect and was included in the therapy of outpatients during a period of stable remission or minimal disease activity.

Keywords: ulcerative colitis, quality of life, rehabilitation, psychological correction.

Неганова Ольга Андреевна

Аспирант, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
o_neganova@mail.ru

Аннотация. Представлены результаты реабилитации пациентов с язвенным колитом. Обсуждаются модифицируемые и не модифицируемые факторы риска язвенного колита с акцентом на региональные особенности и их влияние на особенности течения и скорость прогрессирования заболевания. В рамках оптимизации программы реабилитации проанализированы перспективы включения цитокинотерапии в Программу комплексной реабилитации пациентов. Проведено проспективное исследование с конечной точкой наблюдения в 12 месяцев с целью оценки перспектив включения в Программы комплексной реабилитации рекомбинантного лейкинферона (препарат Ронколейкин). Препарат обладает доказанным иммуномодулирующим эффектом и подключался к терапии амбулаторных пациентов в период стойкой ремиссии или минимальной активности заболевания.

Ключевые слова: язвенный колит, качество жизни, реабилитация, психологическая коррекция.

Важнейшей целью оптимизации реабилитации пациентов язвенным колитом является повышение качества жизни с учетом вклада социальных, индивидуально-типологических факторов, осложнений самого заболевания, коморбидной патологии и уточнения особенностей ассоциированного течения заболеваний. При язвенном колите недостаточно изучены биопсихосоциальные взаимодействия цикла «стресс — язвенный колит». Не ясно, является ли система пищеварения органом-мишенью и «жертвой» хронического стресса и роль длительных нарушений качества и режима питания. Важно уточнить модифицируемые и не модифицируемые факторы риска язвенного колита с акцентом на региональные особенности и их влияние на особенности течения и скорость прогрессирования заболевания. В «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита» Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России от 2020 года указывается на отсутствие специфических мер реабилитации больных язвенным колитом [8,9,11,12]

В рамках оптимизации реабилитации пациентов ЯК, нами разработана и апробирована программа — «Школа пациента с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника». Главными задачами лечения определены: образовательный блок, физическая нагрузка, оценка и коррекция психологического статуса и рациона и типа питания, медикаментозной терапии с включением цитокинотерапии для достижения метаболического и эндоскопического контроля. Длительность Программы — 30 дней.

Этапы программы:

1. Первый приём: определение задач и объема исследования.
2. Второй этап:
 - ♦ оценка и коррекция выявленных метаболических нарушений; обучение пациентов и их ближайших родственников принципам рациональной диетотерапии;
 - ♦ разработка приемлемых для пациентов видов физической нагрузки;

- ♦ оценка психологического статуса и психоэмоционального состояния пациентов, совместный с пациентом анализ его копинг-поведения, ауто-тренинг;
 - ♦ оценка эффективности и коррекция медикаментозной терапии.
3. Третий этап: мониторинг состояния здоровья пациентов, оказание консультативной помощи, психологической и социальной поддержки.

Электронная поддержка Программы — с апреля 2019 года и ее расширение в период пандемии COVID19. Создание совместно с пациентами «групп в контакте» или «телеграмм — канала».

Материалы и методы

Обследовано 35 пациентов ЯК в возрасте от 18 до 65 лет, из них 21 женщина и 14 мужчин. В основную группу вошло 15 больных ЯК, в программу терапии которых была включена цитокиноterapia — препарат Ронколейкин. Ронколейкин применялся в дозе 0,25 мг ежедневно, курс лечения составил 5 суток. В группу сравнения вошло 20 больных ЯК, которые были также включены в образовательную Программу, но не получали цитокиноterapia. Анализировалась динамика клинических данных, результаты оценки качества жизни и психологического состояния.

Общеклиническое обследование включало анализ медицинской документация больных: амбулаторных карт, результатов предыдущих обследований, выписок из стационаров, консультаций смежных специалистов. Выяснялось, как были распознаны ЯК, его давность до установления диагноза. Оценивался спектр медикаментозного лечения больных, эффективность терапии. Уточняли наследственную отягощенность по хроническим воспалительным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, онкопатологии. Оценивали наличие вредных привычек, профессионально-трудовой анамнез, характер и режим питания, режим дня.

Программа «Школа пациента с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника» включала физическую реабилитацию, оценку и коррекцию психологического состояния пациентов, пищевого поведения, обучение пациентов принципам рационального питания, соблюдения его режима.

Физическая реабилитация была связана с самостоятельным выбором пациентами вида физической нагрузки по согласованию с врачом, которая включала не менее 60 минут умеренной физической активности ежедневно. Все пациенты предпочли занятие скандинавской ходьбой и каждый второй из них — танцы.

Целью коррекции пищевого поведения и диеты было научить пациента понимать и соблюдать диетические предписания пожизненно.

Медикаментозная терапия. Медикаментозная терапия проводилась с учетом международных рекомендаций (Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis) и «Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенного колита Министерства здравоохранения РФ» Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России, одобренной в 2020 году Научно-практическим Советом Минздрава РФ [8,13]

Диспансерное наблюдение предполагало не только амбулаторный прием пациентов с обсуждением результатов терапии, но и курацию пациентов, проживающих в отдаленных районах Удмуртии с on-lain через интернет контролем состояния 1 раз в 2–3 недели. Очные осмотры осуществлялись не реже 1 раза в квартал. По требованию проводилось стационарное клиничко-лабораторное обследование.

Биологическая терапия назначалась только 8 пациентам с непрерывно прогрессирующим или гормонозависимым течением, при формировании гормонорезистентности с устойчивостью к глюкокортикоидам при низкой эффективности терапии 5-АСК.

В рамках оптимизации программы реабилитации проанализированы перспективы включения цитокино-терапии в Программу комплексной реабилитации пациентов[3,7,10]. Проведено проспективное исследование с конечной точкой наблюдения в 12 месяцев с целью оценки перспектив включения в Программы комплексной реабилитации рекомбинантного лейкинферона (препарат Ронколейкин) [2,7]. Препарат обладает доказанным иммуномодулирующим эффектом и подключался к терапии амбулаторных пациентов в период стойкой ремиссии или минимальной активности заболевания[1,4,5,6].

У всех пациентов повторно проведен мониторинг типичных признаков язвенного колита, показателей качества жизни, иммунограммы, показателей колоноскопии и психологического состояния через 1–1,5 месяца от начала реализации Программы и повторно через 6 и 12 месяцев (рис. 1 и 2.).

Статистика

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась на персональной ЭВМ, а также с помощью пакета программ STATISTICA6,0 (Matematica®, Matlab®, HarvardGraphics®), StatSoft(США 1995 г.).

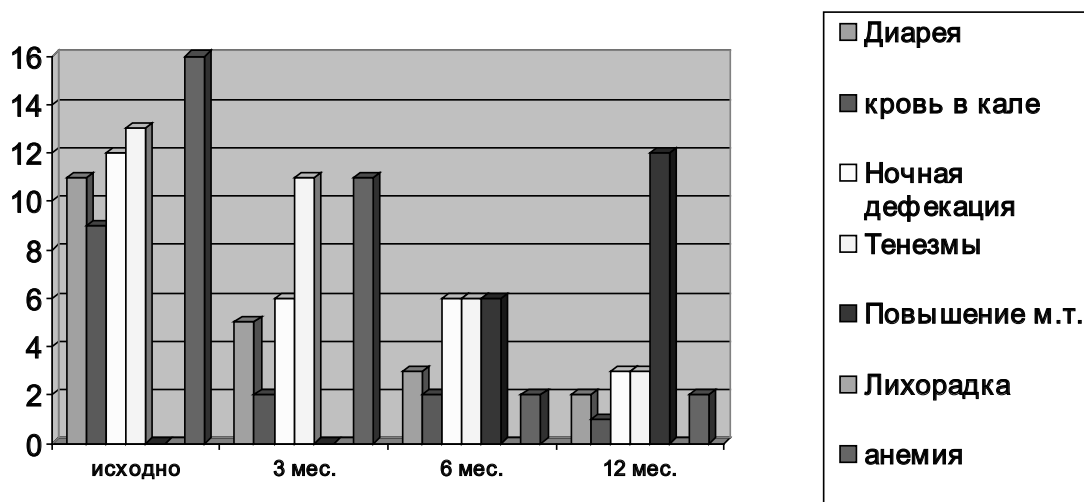


Рис. 1. Динамика типичных признаков ЯК у пациентов, включенных в программу комплексной реабилитации

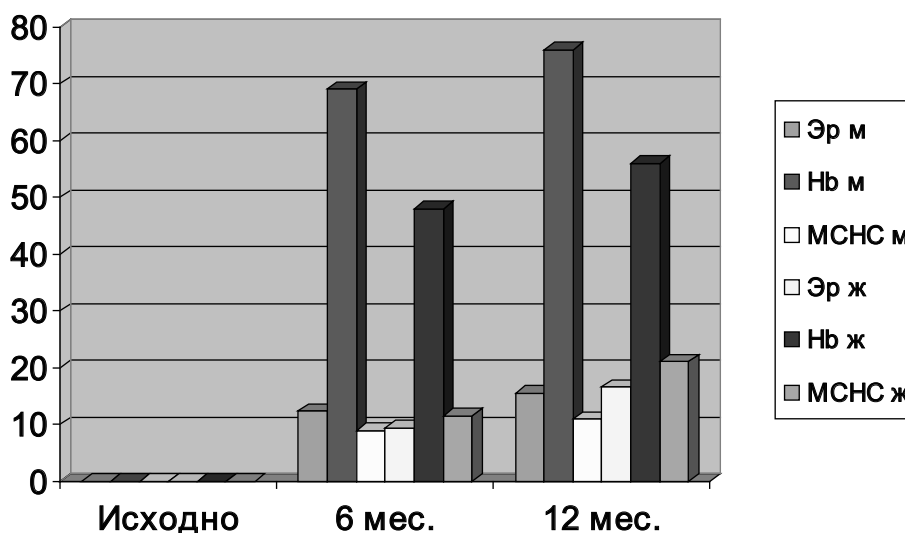


Рис. 2. Динамика прироста уровня эритроцитов, гемоглобина и средней концентрации гемоглобина в эритроците (%) на этапах реабилитации

Полученные результаты

Как представлено на рис. 1, в течение первых 3 месяцев реабилитации было зарегистрировано значимое улучшение большинства клинических характеристик ЯК: в два раза снизилась частота ночных дефекаций и синдрома диареи. Только у 2 (22,2%) пациентов из 9 периодически регистрировалась кровь в кале. Во всех случаях у пациентов отсутствовала лихорадка. Отмечена тенденция к снижению синдрома анемии. Положительная динамика клинической картины ЯК в дальнейшем сохранялась.

Начиная с 4 месяца, у больных регистрировалась тенденция к повышению индекса массы тела (ИМТ). Ди-

намика средних показателей ИМТ на этапах наблюдения составила $17,2 \pm 0,9$ – $18,1 \pm 0,8$ – $19,9 \pm 1,1$ – $22,9 \pm 0,9$ кг/м². Повышение ИМТ связывалась пациентами с улучшением общего состояния, повышением аппетита и возможности расширения диеты.

Еще один важный критерий эффективности программы реабилитации пациентов — коррекция анемии. Исходно при включении пациентов в группу наблюдения анемия зарегистрирована в 16 случаях со средним уровнем показателя эритроцитов у женщин $2,9 \times 10^{12}$ при уровне гемоглобина 98 г/л и у мужчин — $3,0 \times 10^{12}$ при уровне гемоглобина 114 г/л. Динамика показателей представлена на рис. 2.

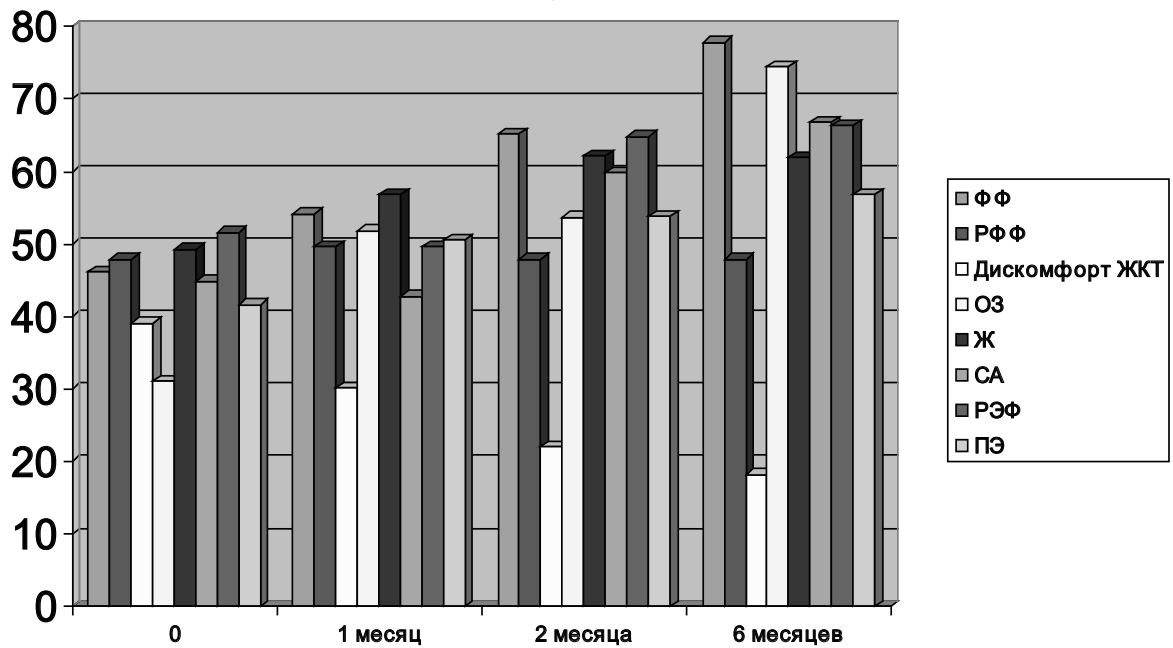


Рис. 3. Эффективность реабилитации пациентов ЯК при включении в терапию рекомбинантного лейкоинферона и динамика качества жизни

Примечание: ФФ — физическое функционирование; РФФ — ролевое физическое функционирование; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; Ж — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ — психическое здоровье.

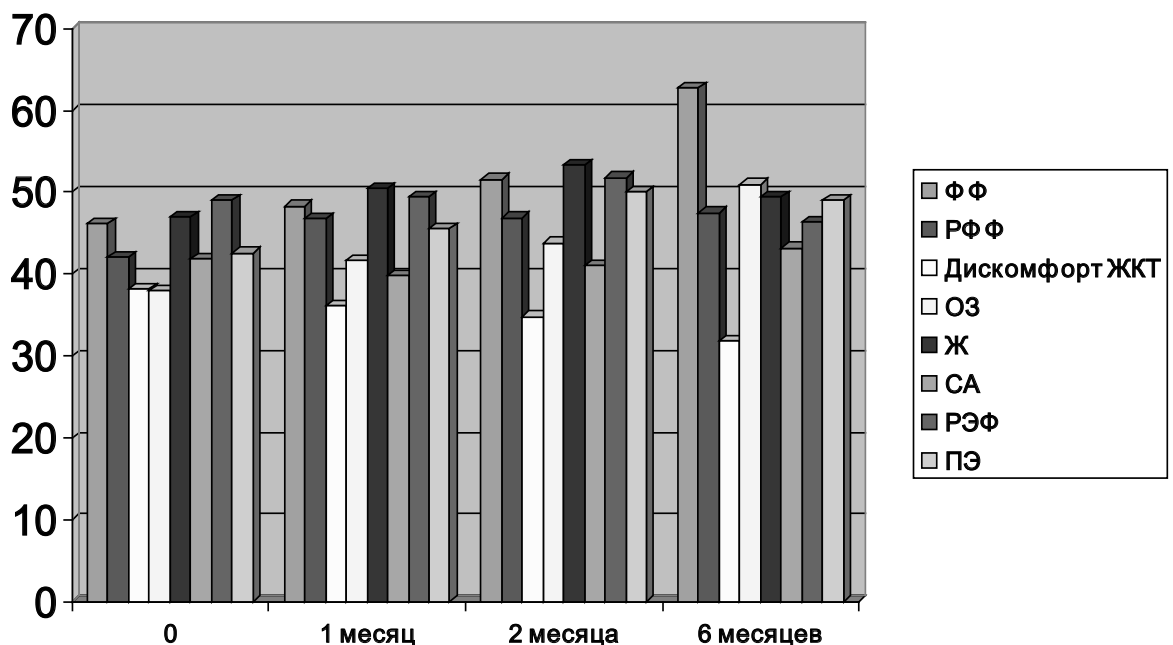


Рис. 4. Эффективность реабилитации пациентов ЯК и динамика качества жизни пациентов группы сравнения

Примечание: ФФ — физическое функционирование; РФФ — ролевое физическое функционирование; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; Ж — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ — психическое здоровье.

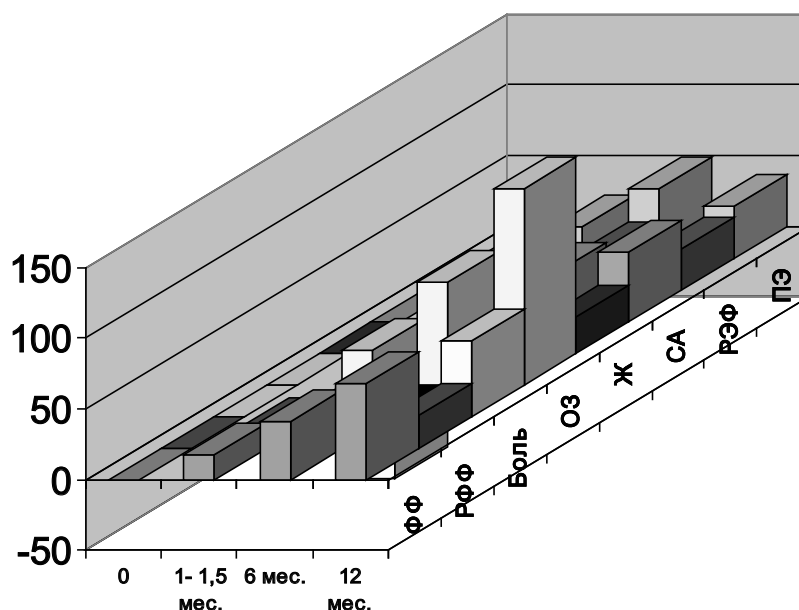


Рис. 5. Динамика показателей КЖ при проведении Программы реабилитации пациентов с ЯК с иммунокоррекцией (%)

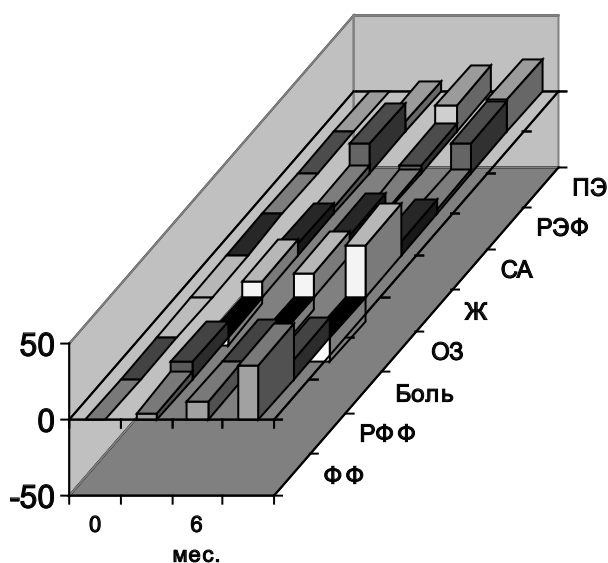


Рис. 6. Динамика показателей КЖ при реабилитации пациентов ЯК без цитокинотерапии (%)

Положительная динамика показателей зарегистрирована во всех случаях и была более значима у мужчин, за исключением динамики МСНС — средней концентрации гемоглобина в эритроците, которая превалировала у женщин.

В обеих группах пациенты отметили положительный эффект реализации программы. При сопоставлении динамики показателей зарегистрировано, что главным

фактором в повышении качества жизни пациентов явилась индивидуальная работа с пациентами, донесение до них и их родственникам сути того, что заболевание не является исключительным, и таких больных много, что современные возможности позволяют полноценно жить и трудиться (рис. 3, 4, 5, 6, 7.).

Значимая положительная динамика КЖ пациентов с ЯК, в программу терапии которых был включен Рон-

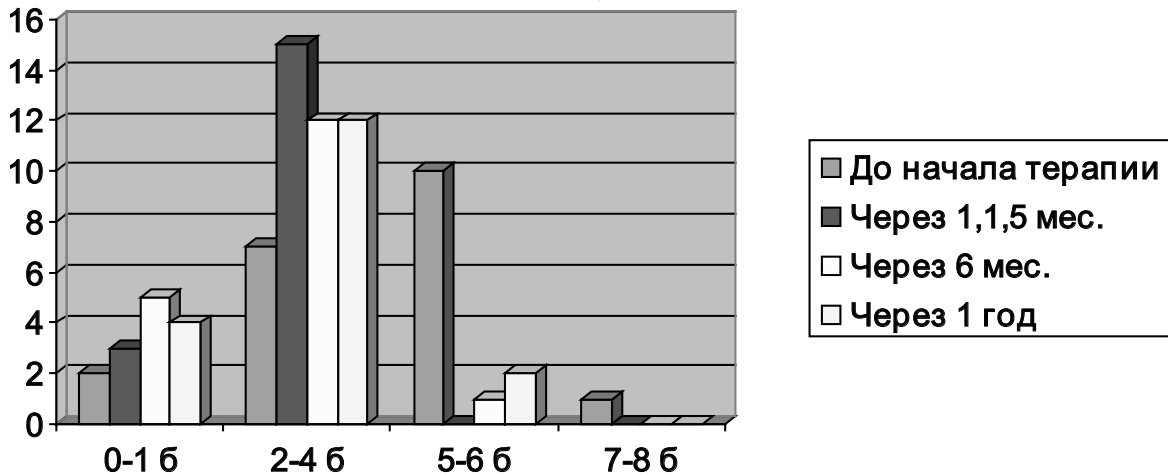


Рис. 7. Динамика показателей эндоскопической активности пациентов с ЯК при включении в терапию рекомбинантного лейкинферона

Примечание: от 0 до 1 соответствует ремиссии, 2–4 балла — минимальная активность, 5–6 баллов — умеренная активность, 7–8 баллов — выраженная активность

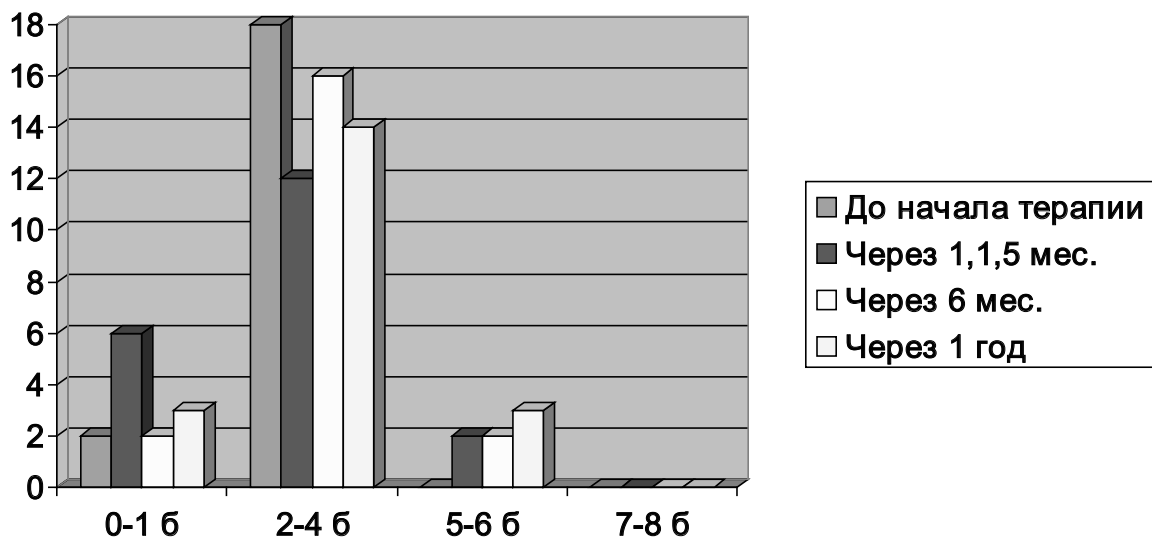


Рис. 8. Динамика показателей эндоскопической активности пациентов ЯК при реализации Программы реабилитации больных ЯК без иммунокоррекции

Примечание: от 0 до 1 соответствует ремиссии, 2–4 балла — минимальная активность, 5–6 баллов — умеренная активность, 7–8 баллов — выраженная активность

колейкин, зарегистрирована уже на этапах исследования по показателям физического функционирования: 17.3% — 41.1% ($p < 0,05$) — 68.4% ($p < 0,001$). Значимая положительная динамика РФФ отмечалась только к концу года. Тенденция к снижению степени выраженности показателей «абдоминальная боль» и «дискомфорт желудочно-кишечного тракта» регистрировалась уже на первой неделе от начала терапии, но достоверное улучшение отмечено на 6 и 12 месяцах наблюде-

ния: — 23% ($p < 0,05$) и —53,4% ($p < 0,01$), соответственно, как и улучшение показателя «общее здоровье»: 72,7% и 137,8% (рис. 5).

Результаты эффективности проведения программы реабилитации больных ЯК, которым не проводилась цитокинотерапия, представлены на рис. 5.6. Анализ полученных данных в группе сравнения выявил достоверную динамику показателей физического функционирования:

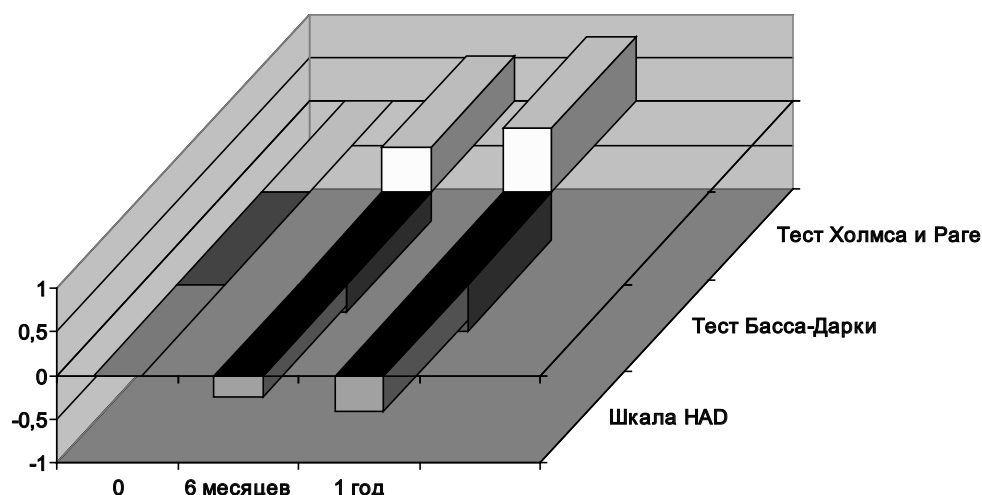


Рис. 9. Эффективность реабилитации пациентов ЯК и динамика психологического состояния больных при включении рекомбинантного лейкинферона в Программу реабилитации

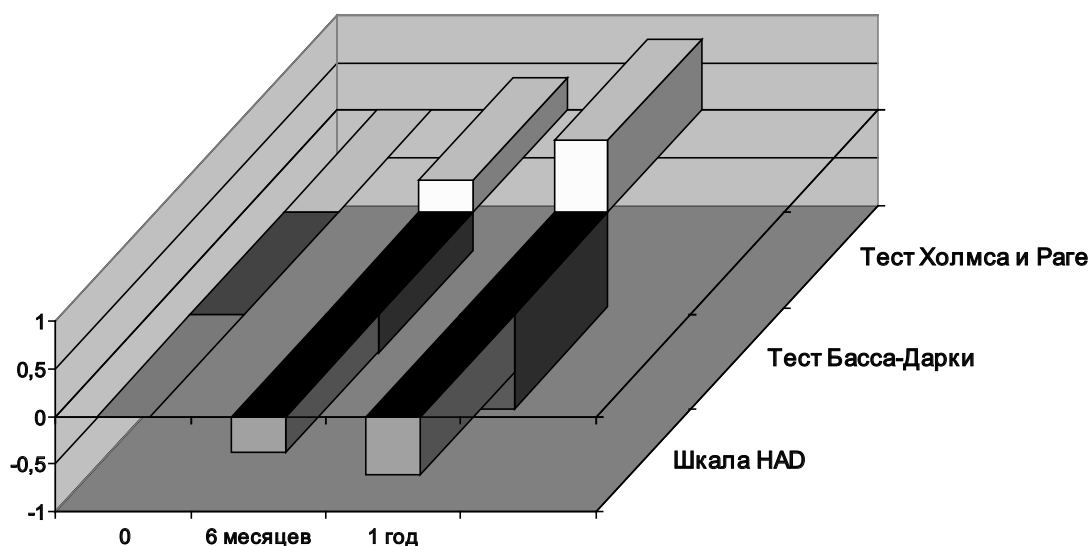


Рис. 10. Эффективность реабилитации пациентов ЯК и динамика психологического состояния больных без включения в Программу цитокинотерапии

4,8% — 11,9% — 36,2%; общего здоровья: 10% — 15,6% — 34,6% ($p < 0,01$) и снижение проблем, связанных с абдоминальным синдромом: -5% — -8,7% — -16,2% ($p < 0,01$). По остальным показателям имелась лишь тенденция к улучшению.

Динамика показателей эндоскопической активности представлена на рис. 7. и 8.

При анализе динамики показателей эндоскопической активности важно подчеркнуть, что для проведения цитокинотерапии больным ЯК на амбулаторно-поликлиническом звене отбирались пациенты в состоянии

эндоскопической ремиссии заболевания и при минимальной активности процесса. В группу сравнения, которым в Программу реабилитации не включили Ронколейкин, вошло 11,1% человек с ремиссией ЯК и 88,9% человек с минимальной активностью ЯК (рис. 8). Таким образом, до начала терапии у всех пациентов показатель эндоскопической активности не превышал 4 баллов.

Через месяц в группе сравнения количество больных с показателями эндоскопической ремиссии заболевания возросло в 3 раза ($p < 0,01$) за счет перераспределения пациентов из подгруппы с минимальным обострением

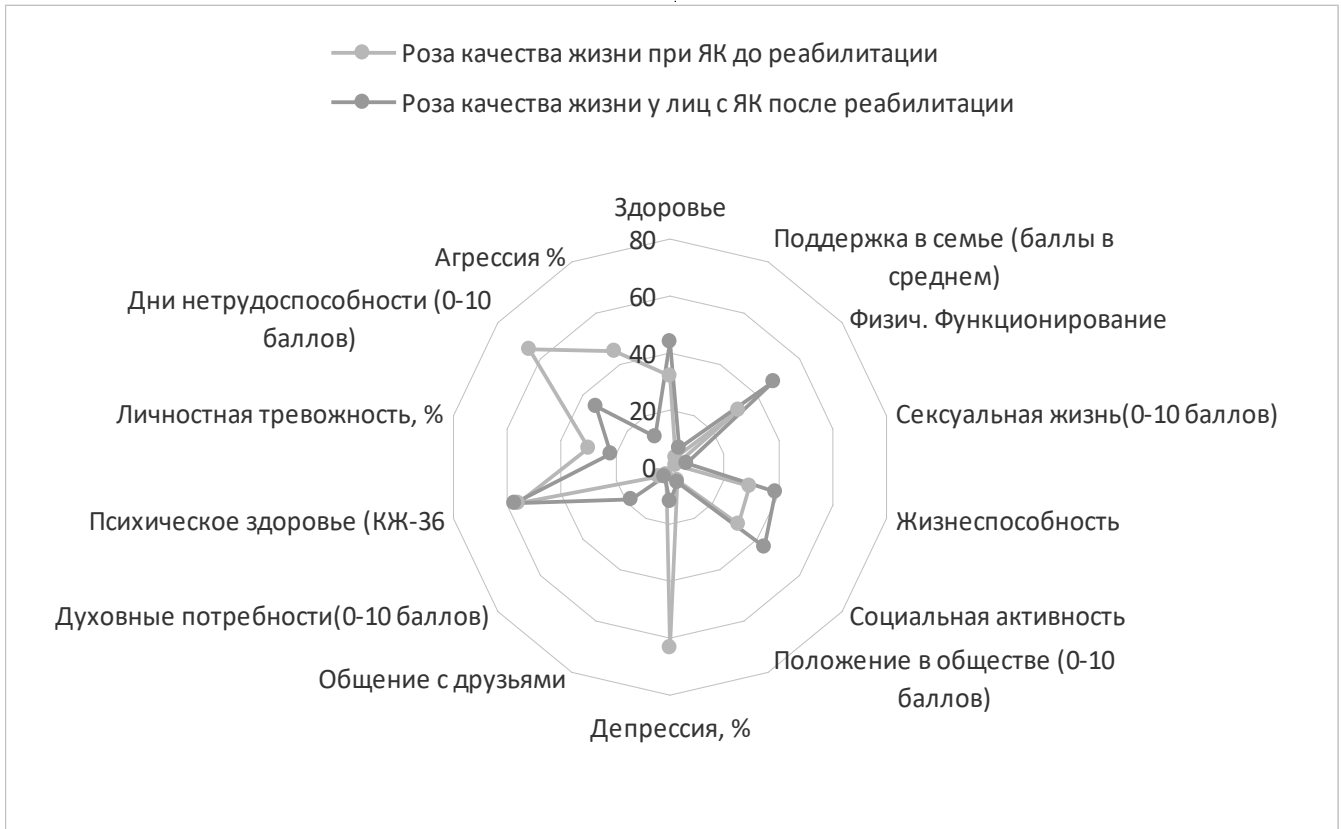


Рис. 11. Роза качества жизни пациентов ЯК, прошедших Программу реабилитации

ЯК. Однако через 6 и 12 месяцев показатели вернулись к исходным значениям.

Положительная динамика эндоскопической активности зарегистрирована в основной группе, где были реализованы задачи Программы с включением рекомбинантного лейкинферона (представлена на рисунке 8)

Количество пациентов с отсутствием эндоскопической активности, составив до начала исследования 10%, на ее этапах возросло до 30%, но через год снизилось, составив 15% от всех обследованных. В то же время, отмечена положительная динамика случаев с умеренной активностью процесса, частота регистрации прироста которых на этапах мониторинга составила: 10% — 10% — 15%.

В течение полугода от начала реализации Программы у 12 (31,6%) больных повысился индекс массы тела на 10–21%. Все эти пациенты были исходно со сниженной массой тела. Динамика массы тела не имела различий в группах наблюдения.

В обеих группах зарегистрирована положительная динамика показателей психологического статуса па-

циентов (рис. 9, 10.). Динамика показателей не имела значимых различий между пациентами, получающими и не получающими цитокинотерапию. Отмечено снижение частоты регистрации синдрома вегетативной дистонии ($p < 0,01$) и коррекция астенического синдрома в среднем ($p < 0,01$).

При анализе динамики психологического состояния больных мы ограничились наиболее значимыми для прогноза и чувствительными критериями: тревога — депрессия (шкала HAD), агрессивность (тест Басса-Дарки) и стрессоустойчивость (тест Холмса — Page). Динамика показателей представлена на рис. 9. У пациентов обеих подгрупп отмечены снижение степени тревоги и депрессии, агрессия с повышением стрессоустойчивости и социальной адаптации пациентов. Не выявлено статистически значимых различий в динамике показателей при реализации Программы в группах пациентов, не получающих цитокинотерапию, и при включении в терапию рекомбинантного лейкинферона (за исключением показателей теста на оценку агрессивности поведения).

В основной группе через 6 месяцев от начала реализации Программы реабилитации зарегистрирована тенденция к улучшению всех показателей Достоверные раз-

личия в группах получены по шкале НАД, составив через 6 месяцев 25 у.е., в основной группе и 38,5 у.е. в группе сравнения ($p < 0,001$). Оценка эффективности образовательной Программы, включающей коррекцию поведения и поведения, позволяющей совладать со стрессом, по вопроснику Холмса-Раге, выявила значимое улучшение стратегии социального отвлечения, имеющей в приоритете эмоции ($p < 0,05$).

У больных сформировалось желание пойти к друзьям, родственникам, детям. Снизилась потребность многословно рассказывать врачу о «подлых» друзьях и равнодушных родственниках и бессердечных медицинских работниках. Появлялось желание думать о хорошем, потребность в посещении магазинов, кино, театров. Динамика практически всех показателей тестов значимо коррелировала с показателями улучшения физического самочувствия, составив ($p < 0,001$). (рис. 11).

В течение года наблюдения в группе пациентов, получавших Ронколейкин, зарегистрировано снижение числа дней нетрудоспособности в 3,34 раза, в группе сравнения — в 1,67 раза за период наблюдения.

Заключение

Зарегистрированы достоверные улучшения показателей физического и ролевого физического функционирования ($p < 0,05$) при снижении степени выраженности болевого синдрома с сохранением общего абдоминального дискомфорта, которые не зависели от проводимых реабилитационных мероприятий.

Низкая физическая активность пациентов, сложные психоэмоциональные взаимоотношения в семье

и на работе, проблемы с лекарственным обеспечением, дефекты питания и другие факторы ведут к срыву адаптационных механизмов, истощению иммунной системы и нарушению в нейроэндокринной и иммунной регуляции физиологических процессов организма.

Страх за свое здоровье и боязнь осложнений заболевания увеличивают степень психоэмоционального напряжения, нарушая комплайнс «врач-больной». У некоторых пациентов хронический стресс и психические травмы оказываются ведущими, определяя резкое снижение качества их жизни — программируемый стресс, следствием которого могут стать рефлекторные нарушения сердечно-сосудистой, респираторной, нейроэндокринной и других систем.

Анализ эффективности предложенной комплексной реабилитации пациентов язвенным колитом с включением в программу методов психологической коррекции, диетотерапии и физической реабилитации и цитокино-терапии показал их значимость и перспективность.

Особенностью качества жизни больных ЯК, посещающих «Школу пациентов с ЯК» является тенденция к улучшению всех показателей качества жизни и, прежде всего, общего здоровья, показателей физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья. В период пандемии COVID19 было важным продолжить мониторинг состояния здоровья пациентов, оказание консультативной помощи, психологической и социальной поддержки. Это возможно только совместно с пациентами при создании «групп в контакте» или «телеграмм-канала», где они получают возможность общения друг с другом, что самое основное, а также имеют возможность контакта с врачом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блаженко, Ирина Леонидовна. Нарушение иммунологической реактивности при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона и возможности иммунокоррекции: специальность 14.00.36: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук / Блаженко Ирина Леонидовна; Киевский ордена Трудового красного знамени медицинский институт имени академика А.А. Богомольца. — Киев, 1991. — 20 с. — Текст: непосредственный.
2. Дусанов, А.Д., Мамурова, Н.Н. Клинико-иммунологическая характеристика неспецифического язвенного колита / А.Д. Дусанов, Н.Н. Мамурова. — Текст: непосредственный // Достижения науки и образования. — 2020. — № 5 (59). — С. 65–68.
3. Евдокимова, Е.Ю. Первый опыт антицитокиновой терапии воспалительных заболеваний кишечника в Приморском крае / Евдокимова Е.Ю., Чеснокова О.В., Мухина И.Л. и др. — Текст: непосредственный // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2013. — № 3 (53). — С. 76–78.
4. Конович, Е.А. Иммунопатогенез воспалительных заболеваний кишечника. / Е.А. Конович, И.Л. Халиф, М.В. Шапина. — Текст: непосредственный // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2013. — № 4. — С. 69–78.
5. Цитокины сыворотки крови у больных язвенным колитом с различной клинической активностью / Е.А. Конович, И.Л. Халиф, М.В. Шапина, К.Е. Широких. — Текст: непосредственный // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2014. — Т. 24. — № 4. — С. 51–56.
6. Левитан, М.Х. Иммунологические показатели у больных неспецифическим язвенным колитом / М.Х. Левитан, Б.П. Шадрин, И.Л. Халиф и др. — Текст: непосредственный // Клиническая медицина. — 2008. — С. 94–98.
7. Останин, А.А. Цитокиноterapia ронколейкином в комплексном лечении и профилактика хирургических инфекций: учебное пособие / А.А. Останин, Е.Р. Черных. — СПб, 2009. — 56 с. — Текст: непосредственный.

8. Российская Федерация. Клинические рекомендации. Язвенный колит. МКБ 10: K51 / Российская Федерация. Клинические рекомендации. // Судебные и нормативные акты РФ. — Москва, 2020. — URL: <https://clck.ru/UkQ4i/> (дата обращения: 24.02.2022). — Текст: электронный.
9. Стяжкина, С.Н. Пути решения проблем психосоматических расстройств у больных с язвенным колитом и болезнью Крона / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, Ю.В. Ковалев и др. — Текст: электронный // Медицинская психология в России. — 2018. — № 4. — С. 1–8. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/puti-resheniya-problem-psihsomaticheskikh-rasstroystv-u-bolnyh-s-yazvennym-kolitom-i-boleznyu-krona?> (дата обращения: 24.02.2022). Режим доступа: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка».
10. Хаитов, Р.М. Иммуномодуляторы: классификация и клиническое применение / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин. — Текст: непосредственный // Аллергология и иммунология. — 2013. — 2 (4). — С. 65–66.
11. Халиф, И.Л. Воспалительные заболевания кишечника: неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: клиника, диагностика и лечение: монография / И.Л. Халиф. — М.: Миклош, 2014. — 188 с. Текст: непосредственный.
12. Шифрин, О.С. Современные подходы к лечению больных язвенным колитом / О.С. Шифрин. — Текст: непосредственный // Фарматека. — 2011. — С. 46–48.
13. Stange, E.F. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis / E.F. Stange et al. // Journal of Crohn's and Colitis (for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO)). — 2008. — Vol. 2. — № 1. — P. 1–23.

© Неганова Ольга Андреевна (o_neganova@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



г. Ижевск