

## ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Н.М. Азарков<sup>1</sup>, Б.Д. Жидких<sup>2</sup>, И.В. Коломиец<sup>1</sup>, М.Ю. Маркелов<sup>1</sup>*

Курский государственный технический университет<sup>1</sup>  
Курский государственный медицинский университет<sup>2</sup>

Обследовано 85 пациентов (43 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 42 с синдромом раздраженного кишечника). У 20 больных в каждой нозологической группе к стандартной терапии дополнительно назначался афобазол в дозе 30 мг в сутки в течение 10 дней стационарного лечения. Качество жизни сравнивалось с помощью теста SF-36. В результате использования в лечении афобазола у больных язвенной болезнью достоверно возросли показатели теста SF-36 по шкалам боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, психическое здоровье, а у пациентов с синдромом раздраженного кишечника – боль, жизнеспособность, психическое здоровье, что свидетельствует о положительном влиянии данного препарата на качество жизни. Курс терапии афобазолом в течение 10 дней на фоне стандартной терапии позволяет получить достоверное улучшение качества жизни (физического и психологического компонента) у гастроэнтерологических больных при наиболее распространенных нозологических формах.

**Ключевые слова:** системная патология, качество жизни, язвенная болезнь желудка

Короткое время пребывания больного в гастроэнтерологическом стационаре (около 3 недель), ставит перед лечащим врачом задачу поиска эффективных приемов, влияющих на качество лечения и жизни (КЖ) при наиболее распространенных нозологических формах: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и синдром раздраженного кишечника (СРК). Данная патология сопровождается разнообразным спектром субъективных симптомов дизадаптации (общая слабость, повышенная утомляемость, тревога, снижение настроения и другие), которые снижают КЖ больных данного профиля. Игнорирование субъективных проявлений болезни приводит к несоответствию во взглядах врача и больного и в дальнейшем к разрушению терапевтического союза, разочарованию от контакта и формированию отрицательной установки на следование рекомендациям при выписке, независимо от правильного выполнения стандартов лечения [1].

**Цель исследования:** оценить влияние нового отечественного анксиолитика афобазола на КЖ гастроэнтерологических больных в процессе стационарного лечения.

### Материалы и методы

КЖ изучалось с помощью международной адаптированной методики SF-36 [1] у 85 больных, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении (43 человека с ЯБДК и 42 с СРК). По 20 пациентов с ЯБДК и с СРК, которые

составили основную группу, в течение первых 10 дней пребывания в стационаре дополнительно принимали афобазол в дозе 10 мг 3 раза в день. Сравнительный анализ динамики КЖ за аналогичный период проводился в контрольной группе из 43 больных (21 из которых были с ЯБДК и 22 пациента с СРК) на фоне стандартной терапии в соответствии с формулярной системой и дополнительным назначением amitriptilina 50 мг днем и феназепам 0,25 мг на ночь. Статистическая обработка данных проводилась с помощью парного критерия Стьюдента с использованием программного пакета SPSS. Данные считались достоверными при  $P < 0,05$  – \*.

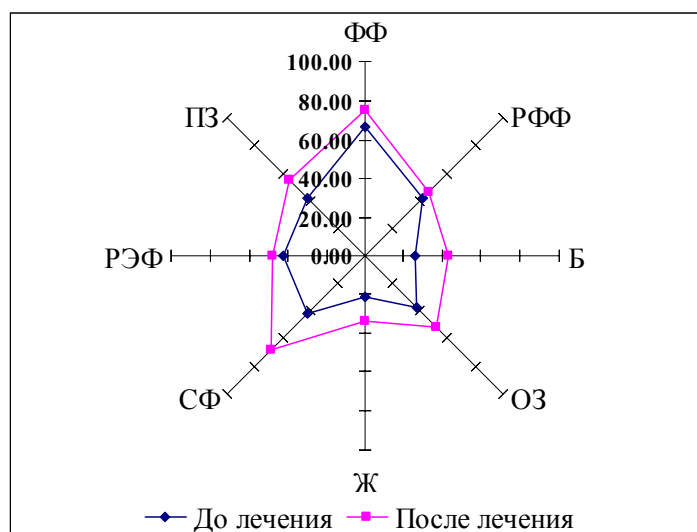
### Результаты и их обсуждение

Изучению влияния афобазола на КЖ больных ЯБДК и СРК предшествовало исследование данного показателя у аналогичных больных на фоне стандартной терапии с дополнительными назначениями amitriptilina и феназепам. Результаты статистической обработки данных у больных с ЯБДК представлены в таблице 1, а динамика показателей шкал теста SF-36 на рис. 1 и 2.

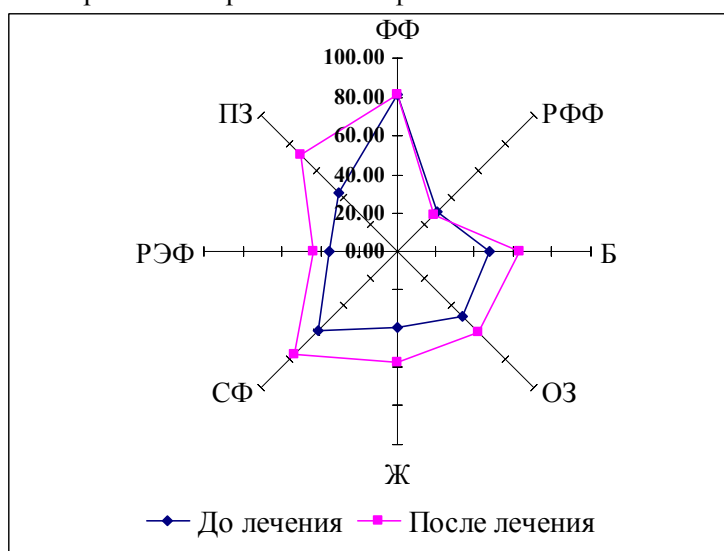
Таблица 1

**Среднестатистические значения составляющих теста SF-36 у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в основной и контрольной группе ( $M \pm m$ )**

Показатель теста SF-36	Контрольная группа больных ЯБДК		Основная группа больных ЯБДК	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Физическое функционирование	66,51±8,16	75,15±4,11	80,88±4,12	81,47±3,45
Ролевое физическое функционирование	42,05±5,35	46,25±5,23	29,41±6,24	26,47±5,29
Боль	26,15±6,83	43,35±6,75	47,41±5,21	63,18±6,34*
Общее здоровье	37,63±4,54	52,23±4,24	47,35±6,22	59,12±6,45*
Жизнеспособность	21,35±4,39	33,53±4,44*	39,41±4,34	57,65±4,25*
Социальное функционирование	42,29±5,44	68,08±6,36*	58,03±6,26	75,74±6,24*
Ролевое эмоциональное функционирование	42,34±4,65	47,83±3,25	35,28±6,35	43,13±5,43
Психическое здоровье	42,23±3,88	55,22±3,52*	43,53±7,52	70,82±5,28*



**Рис. 1.** Профиль КЖ больных ЯБДК на фоне стандартной терапии и дополнительного приема amitриптилина и феназепама



**Рис. 2.** Профиль КЖ больных ЯБДК на фоне стандартной терапии и дополнительного приема афобазола

Результаты статистической обработки теста SF-36 в контрольной группе пациентов с ЯБДК выявили достоверное улучшение КЖ по шкалам Ж ( $P=0,021$ ), СФ ( $P=0,002$ ), ПЗ ( $P=0,003$ ) и на уровне тенденции – Б ( $P=0,084$ ) и ОЗ ( $P=0,066$ ) (табл. 1).

В группе больных ЯБДК, принимавших афобазол, полученные данные (табл. 1) свидетельствуют о достоверном улучшении КЖ больных по шкалам Б ( $P=0,001$ ), ОЗ ( $P=0,038$ ), Ж ( $P=0,024$ ), СФ ( $P=0,017$ ) и ПЗ ( $P=0,003$ ) теста SF-36. Улучшение показателей по шкале Б отражает снижение интенсивности боли и уменьшение влияния ее на способность больных заниматься повседневной деятельностью, шкала ОЗ – оценку больным своего состояния в настоящий момент

и перспектив лечения. Рост показателей по шкале Ж соответствует увеличению жизненной активности, рост показателей по шкале СФ указывает на увеличение социальных контактов, а ПЗ – на устранение тревожно-депрессивной симптоматики.

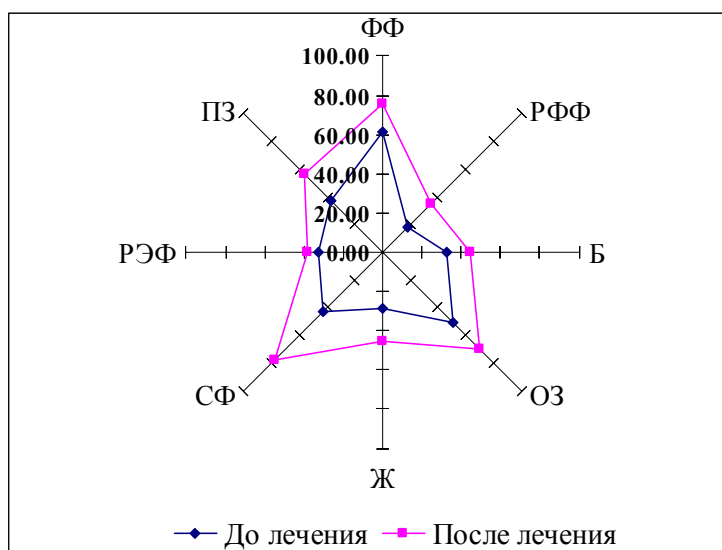
Статистический анализ теста SF-36 у больных в контрольной группе с СРК представлен в табл. 2.

Таблица 2

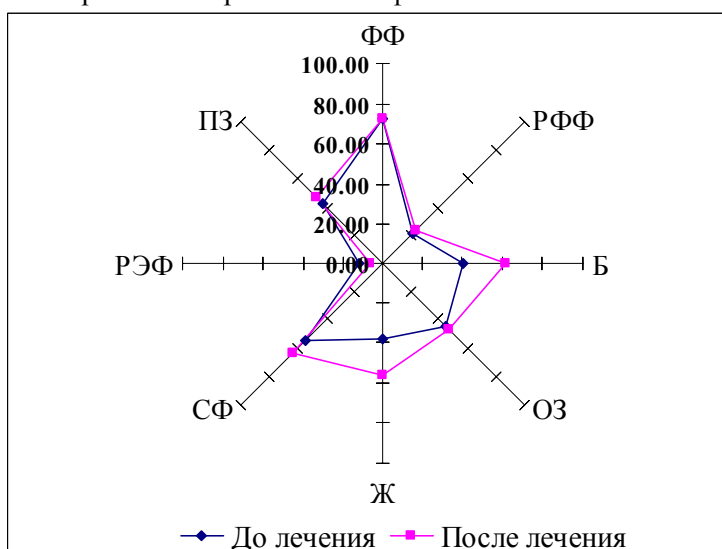
***Показатели качества жизни при синдроме раздраженного кишечника  
( $M \pm m$ , баллы)***

Показатель теста SF-36	Контрольная группа больных СРК		Основная группа больных СРК	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Физическое функционирование	61,58±8,17	75,56±4,11	72,38±3,43	72,62±4,73
Роль физическое функционирование	17,55±3,34	35,05±6,32	21,25±6,27	22,50±6,38
Боль	32,22±6,28	44,43±8,35	40,04±4,24	61,40±4,47*
Общее здоровье	51,10±8,65	70,04±3,37	45,24±4,93	46,90±3,15
Жизнеспособность	28,50±5,32	45,28±3,44*	37,62±4,41	55,93±4,44*
Социальное функционирование	42,50±6,39	77,25±2,78*	54,32±6,27	64,04±5,69
Роль эмоциональное функционирование	32,49±6,24	38,56±5,72	11,87±3,34	6,05±2,08
Психическое здоровье	36,47±5,45	56,31±4,36*	42,48±4,25	47,30±5,58*

Профиль теста SF-36 после лечения у больных с СРК соответствует достоверной выраженности по шкалам Ж ( $P=0,003$ ), СФ ( $P=0,003$ ), ПЗ ( $P=0,001$ ) и на уровне тенденции – ФФ ( $P=0,090$ ), РФФ ( $P=0,067$ ), Б ( $P=0,078$ ).



**Рис. 3.** Профиль КЖ больных СРК на фоне стандартной терапии и дополнительного приема амитриптилина и феназепама



**Рис. 4.** Профиль КЖ больных СРК на фоне стандартной терапии и дополнительного приема афобазола

Десятидневная терапия афобазолом больных СРК также отразилась на улучшении их КЖ, что обнаружено по шкалам Б ( $P=0,017$ ), Ж ( $P=0,014$ ), ПЗ ( $P=0,044$ ) и на уровне тенденции по шкале СФ ( $P=0,067$ ) (рис. 3, рис. 4).

В клинических условиях показана безопасность и эффективность афобазола в терапии пограничных психических расстройств в психиатрии и соматической клинике [2, 3, 4, 5, 6]. К особенностям эффективности афобазола у больных ЯБДК и СРК следует отнести его способность достоверно влиять на уменьшение болевых ощущений в отличие от амитриптилина и феназепама.

На всех этапах эволюции боль сохраняла свое приспособительное значение и была направлена на предупреждение возникновения и распространение повреждений и могла возникать в результате даже крайне незначительных и

кратковременных изменений в организме. Приспособительное значение боли особенно велико в связи с включение ее в другие процессы, например в травматический и воспалительный. В формировании связи между всеми этими процессами важное значение имеют активация симпато-адреналовой системы, изменение гормональных и других гуморальных влияний. Несмотря на выраженность болевых ощущений, боль в любом случае сохраняет сигнальное значение – становится причиной обращения больного к врачу [7]. С момента формирования во время лечебного процесса системы «врач-больной», актуальность регулирования уровня болевых ощущений связана не только с очевидным положительным влиянием афобазола на КЖ, но и с учетом психофизиологического механизма боли, возможностью затормозить вовлечение в патологический процесс других органов и систем.

### **Выводы**

Таким образом, курс терапии афобазолом больных ЯБДК и СРК в течение десяти дней на фоне стандартной терапии в условиях стационара позволяет получить достоверное улучшение КЖ, его физического и психологического компонента. Учитывая, что максимум эффекта от приема данного препарата наступает через 4 недели, следует сделать вывод о потенциальной возможности данного препарата влиять на КЖ гастроэнтерологических больных в условиях амбулаторного приема афобазола до полной ликвидации симптомов дизадаптации или стабилизации психосоматического статуса под контролем гастроэнтеролога и психотерапевта.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320с.
2. Акарачкова Е.С. Афобазол – современная патогенетическая терапия больных нейроциркуляторной дистонией//РМЖ. – 2006. – № 16. – С.11-13.
3. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапия в кардиологии//РМЖ. – 2006. – № 10. – С.8-10.
4. Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Соломонова С.В. Применение афобазола в комплексном лечении расстройств адаптации//Журн. психиатрия и психофармакотерапия (экстравыпуск). – 2006. – С.24-26.
5. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике (методическое пособие для врачей)//Научно-практический рецензируемый медицинский журнал (приложение). – 2007. – № 1. – С.1-24.
6. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством)//РМЖ. – 2006. – № 9. – С.3-7.
7. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. М.: Медицина, 1997. – 608с.

## **THE INFLUENCE OF AFOBASOL ON THE PATIENTS LIFE QUALITY DURING THE SYSTEM PATHOLOGY**

N.M. Agarkov, B.D. Zhidkih, I.V. Kolomiets, M.J. Markelov

**85 patients (43 with a stomach ulcer of a duodenal gut and 42 with a syndrome of the angry intestines) are surveyed. At 20 of patients in everyone nosology to group to standard therapy it was in addition appointed afobazol in a doze of 30 mg day within 10 days of hospitalization. Quality of a life was compared by means of test SF-36. As a result of use parameters of test SF-36 have authentically increased in treatment afobazol at sick of a stomach ulcer on scales a pain, the general health, viability, social functioning, mental health, and at patients with a syndrome of the angry intestines – a pain, viability, mental health that testifies to positive influence of the given preparation on quality of a life. The rate of therapy afobazol within 10 days on a background of standard therapy allows to receive authentic improvement of quality of a life (a physical and psychological component) at gastroenterology patients at the most widespread nosology forms.**