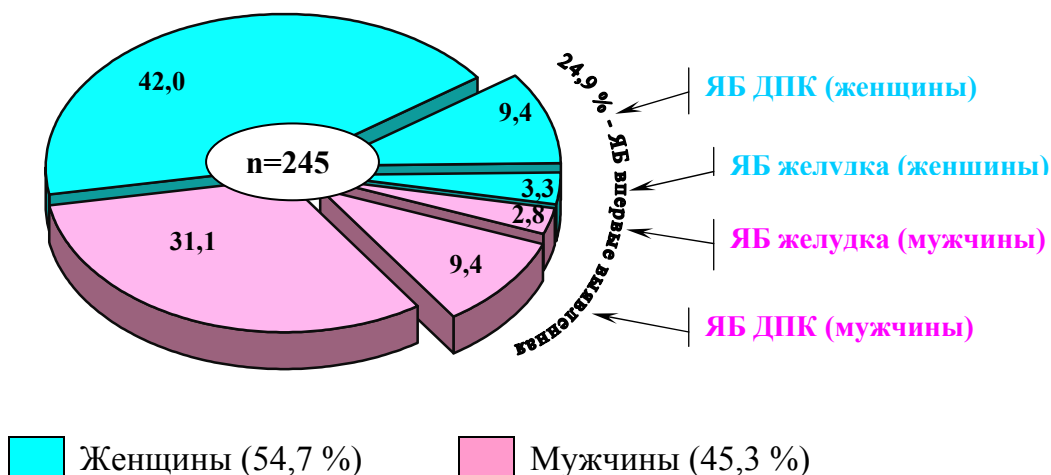


ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭРОЗИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Язвенная болезнь и изолированные гастродуоденальные эрозии у пациентов с пограничными ПР относятся к часто встречающимся заболеваниям как у мужчин, так и у женщин. Среди обследованных с ЯБ - 54,7% женщин и 45,3% мужчин; среди пациентов с ГДЭ - 50,5% женщин и 49,5% мужчин. Анализ таблиц сопряженности позволил выявить наличие статистически значимых взаимосвязей между ПР и ЯБ ($df=3$; $\chi^2=24,826$; $p=0,001$; $\phi=0,131$), а также ПР и ГДЭ ($df=3$; $\chi^2=19,165$; $p=0,001$; $\phi=0,115$).

В 61 случае (24,9%) ЯБ была впервые выявлена в период госпитализации пациентов в отделение пограничных состояний (12,7% женщин, 12,2% мужчин) (рис.5). Впервые выявленные **гастродуоденальные эрозивные поражения** составили 82 случая (73,8%), наблюдались у 35,1% женщин и 38,7% мужчин от общего числа пациентов с изолированными ГДЭ.

Исследование структуры ПР у 245 пациентов с ЯБ в зависимости от локализации язвенного дефекта и пола пациентов показало, что у больных с ЯБ ДПК аффективные расстройства составили 13,0%, у больных ЯБЖ – 10,5%. В обоих случаях аффективные расстройства были выявлены преимущественно у женщин по сравнению с мужчинами ($p<0,001$), максимальный удельный вес которых (депрессивный эпизод, дистимия) составил 20,4% в группе женщин с ЯБ ДПК.



Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства встречались в 48,5% случаев при ЯБ ДПК и в 46,1% - при ЯБЖ. Выявлены у женщин в 52,2% случаев, у мужчин в - 36,0% ($p<0,05$) в одинаковых соотношениях при ЯБ ДПК и ЯБЖ. Максимальный удельный вес невротических расстройств составил 56,1% у женщин с ЯБЖ, минимальный - 34,3% у мужчин с ЯБЖ. Органические ПР выявлены в 29,6% случаев при ЯБ ДПК и в 38,2% при ЯБЖ. У женщин диагностированы в 15,7% случаев, у мужчин - в 52,3% ($p<0,001$). Максимальный удельный вес органических расстройств (62,9%) определен у мужчин с ЯБЖ, минимальный (15,0%) – у женщин с ЯБ ДПК. Расстройства личности обнаружены в 13,6% случаев при ЯБ ДПК и в 10,5% при ЯБЖ, у женщин - в 14,9%, у мужчин - в 9,0% ($p<0,05$).

Психическое состояние больных с ЯБ ДПК характеризовалось преобладанием аффективных расстройств и расстройств личности, которые наиболее часто диагностировались у женщин. Органические ПР чаще выявлялись у мужчин с ЯБЖ.

Частота невротических расстройств при ЯБ ДПК и ЯБЖ была одинаковой и составила 52,2% у больных ЯБ.

Психическое состояние пациентов, квалифицированное на синдромальном уровне, отличалось разнообразной психопатологической симптоматикой при различных фазах течения ЯБ. Установлены статистически значимые взаимосвязи между ЯБ и психопатологическими синдромами в общей группе пациентов ($df=7$; $\chi^2=39,161$; $p=0,001$; $\phi=0,170$) и в группах мужчин ($df=7$; $\chi^2=19,055$; $p=0,008$; $\phi=0,211$) и женщин ($df=7$; $\chi^2=27,138$; $p=0,001$; $\phi=0,171$). Взаимосвязи с психопатологическими синдромами обнаружены и в общей группе пациентов с ГДЭ ($df=7$; $\chi^2=19,888$; $p=0,006$; $\phi=0,121$).

В зависимости от вида гастродуоденальной патологии, стадии течения ЯБ определены различия в психопатологической картине больных. С помощью анализа таблиц сопряженности изучена сравнительная частота ведущих психопатологических синдромов ($df=63$; $\chi^2=89,447$; $p=0,016$; $\phi=0,382$) и сочетанной (коморбидной) психопатологической симптоматики ($df=63$; $\chi^2=611,975$; $p=0,001$; $\phi=0,819$), обусловивших формирование текущего ПР у больных ЯБ и ГДЭ.

В результате многофакторного анализа установлена взаимосвязь фазы течения язвенного процесса (клинико-эндоскопической характеристики развития, рецидива или обострения ЯБ, затухающего обострения, ремиссии), возраста первых проявлений и продолжительности ПР, пола пациентов ($df_1=10$; $df_2=245$; $F=2,91$; $p=0,0018$), ($df=5$; $F=2,63$; $p=0,0242$). Во всех случаях рецидива или обострения ЯБ при наличии язвенного или эрозивного дефекта, соответствующего разным стадиям язвенного процесса, появление психического расстройства предшествовало эндоскопической диагностике ЯБ и у мужчин, и у женщин с пограничной психической патологией.

Полиморфизм психопатологических расстройств, их динамика у больных с ЯБ и ГДЭ определялись клинической динамикой язвенного или эрозивного процесса - от стадии «свежего» язвенного или эрозивного дефекта до стадии эндоскопической ремиссии, а также полом пациентов.

Сравнительная клинико-эндоскопическая и клинико-психопатологическая характеристика больных ЯБ и ГДЭ представлена в таблице 12. Частота психических расстройств у больных язвенной болезнью и гастродуоденальными эрозиями в зависимости от клинико-эндоскопической характеристики отражена на рисунках 6а и 6б.

У пациентов, в психическом состоянии которых доминировали депрессивные расстройства независимо от их нозологической природы (депрессивный эпизод, дистимия, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, нозогенные реакции), при эндоскопическом исследовании преимущественно выявлялся «свежий» язвенный дефект или эрозивное поражение гастродуоденальной слизистой.

У больных, при эндоскопическом исследовании которых обнаруживался язвенный дефект слизистой на фоне рубцовой деформации луковицы ДПК, сочетающейся с ГДЭ, в психическом состоянии преобладали симптомы депрессии, дистимии и усиливались симптомы ипохондрии. Ипохондрическая симптоматика была наиболее выраженной у больных с рецидивирующим течением ЯБ, протекающей на фоне рубцовых изменений луковицы ДПК и эрозивных дефектов, характеризующейся длительным периодом обострения и продолжительной стадией затухающего обострения. По мере стихания воспалительного процесса, уменьшения признаков обострения и формирования рубца у больных ЯБ нарастала тревожно-депрессивная, тревожная, тревожно-фобическая, истерическая (конверсионная) симптоматика, достигая максимума у пациентов с ЯБ в стадии эндоскопической ремиссии.

Таблица 12

Клинико-эндоскопическая и психопатологическая характеристика пациентов в зависимости от фазы, стадии течения язвенной болезни и гастродуоденальных эрозий

Ведущие психопатологические синдромы	Деформация луковицы ДПК (n=53)	Язвенный дефект (n=15)	Язвенный дефект, рубцовая деформация луковицы (n=39)	Стадия рубцевания язвы и рубцовая деформация ДПК (n=36)	Стадия рубцевания язвы (n=49)	Изолированные гастродуоденальные эрозии (n=111)	Эндоскопическая ремиссия (n=53)
Депрессивный	45,3	53,3	41,0	33,3	44,9	35,1	33,9
Дистимический	17,0	13,3	30,8	13,9	12,2	15,3	11,3
Ипохондрический	2,0	6,7	7,7	16,7	4,1	7,2	5,7
Тревожно-депрессивный	11,3	13,3	10,3	11,1	18,4	11,7	9,5
Тревожно-фобический	9,4	6,7	7,7	13,9	12,2	18,1	17,0
Истерический	7,5	0	2,5	2,8	6,2	7,2	11,3
Астенический	7,5	6,7	0	8,3	2,0	5,4	11,3

Частота сочетанных синдромов в структуре ведущих психопатологических синдромов (в %)

24,6	24,7	15,1	40,0	20,0	0,7	30,8	21,5	7,7	14,0	16,6	19,9	22,5	28,5	16,3	10,8	2,7	3,6	17,0	28,2	18,9
I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III

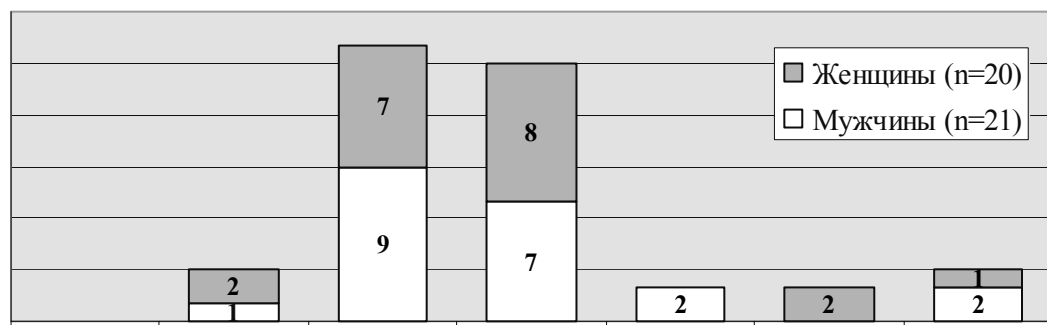
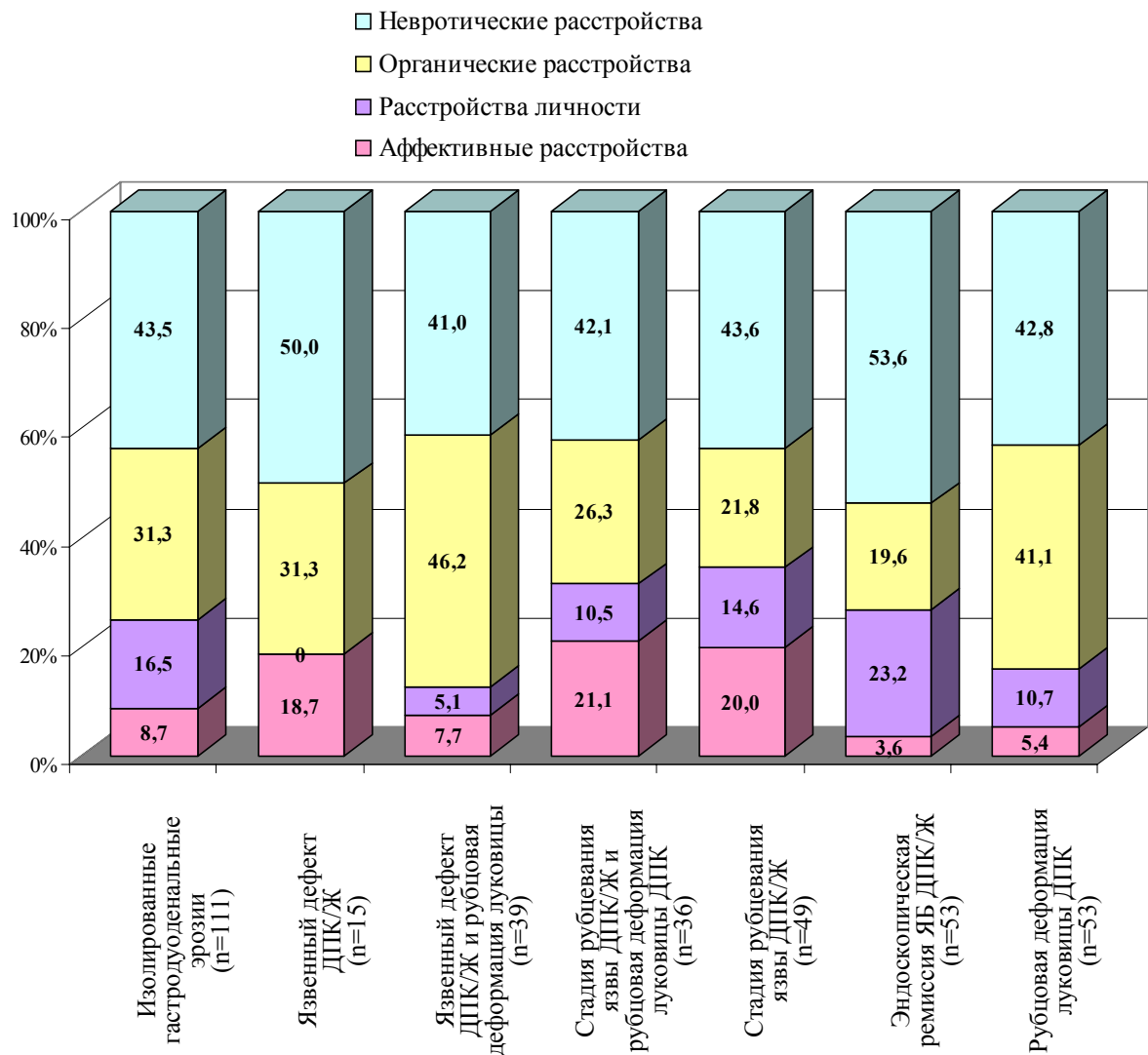
					Синдромы, сочетанные с ведущими: I – Астенический синдром II – Ипохондрический синдром III – Истерический синдром
I	II	III			
					Ведущий психопатологический синдром, обусловивший максимально значимые статистические различия в группах

Наряду с ведущими психопатологическими синдромами выявлялись нозофобии ипохондрического содержания (канцерофобия, кардиофобия), сенестопатии, дисфория, конверсионные наслоения. Наибольший удельный вес сочетанных психопатологических расстройств встречался у 58,6% больных с ЯБ в стадии эндоскопической ремиссии и у 52,8% пациентов с рубцовой деформацией луковицы ДПК. Приблизительно в одинаковой степени выявлялись у больных с ЯБ в фазе обострения или рецидива - в 45,4% и у больных с ГДЭ - в 43,2%.

Невротические расстройства наиболее часто встречались у больных с разными фазами и стадиями течения ЯБ и ГДЭ. Отличительные особенности психического состояния больных обусловлены также органическими, аффективными расстройствами и расстройствами личности. В фазе «свежего» язвенного дефекта, обострения или рецидива ЯБ у пациентов преобладали органические и аффективные расстройства. По мере стихания признаков воспаления, в стадии затухающего обострения увеличивалось число расстройств личности, при этом

уменьшалась доля органических расстройств. В фазе эндоскопической ремиссии и клинически невыраженных признаков воспалительного процесса у больных ЯБ психическое состояние характеризовалось преимущественно невротическими расстройствами и расстройствами личности. Вероятно, личностные расстройства в этих случаях являлись конституционально-биологическими предрасполагающими факторами, участвовавшими в механизмах развития или рецидива язвенной болезни.

Рисунок ба. Частота психических расстройств у больных язвенной болезнью и гастродуоденальными эрозиями в зависимости от клинко-эндоскопической характеристики



Абс. (n=41)

Рисунок бб. Частота гастродуоденальных эрозий в зависимости от фазы и стадии течения язвенной болезни у больных с пограничными психическими расстройствами

Невротические расстройства в зависимости от глубины поражения и динамики от невротической реакции до невротического развития личности занимали промежуточное положение. Бессимптомное течение ЯБ сопровождалось невротическими реакциями. У пациентов с истерическими и зависимыми чертами личности наблюдались снижение стрессоустойчивости и формирование стойких невротических расстройств. Декомпенсации психического состояния, обусловленного провоцирующими психотравмирующими факторами, сопутствовали обострение или рецидив ЯБ. В связи с этим до определенного момента ЯБ не диагностировалась. Таким образом, данные факторы можно рассматривать как дополнительные факторы агрессии в этиопатогенетических механизмах нарушенного равновесия между факторами агрессии и защиты в течении язвенной болезни.

Язвенная болезнь у пациентов с ПР не имела выраженных клинических признаков болевого или диспепсического синдрома. Периоды обострения или рецидивов длительное время протекали бессимптомно. Первые клинические признаки в виде невыраженных алгических, диспепсических симптомов проявлялись в периоды декомпенсации ПР на фоне актуальных психопатологических расстройств, явившихся причиной обращения за консультативной помощью к психиатру, которые по сути маскировали соматические нарушения. К таким проявлениям отнесены абдоминалгии неопределенной локализации, не связанные с приемом пищи, явления дисфагии, ком в горле, кардиалгии, сердцебиение, респираторные нарушения, кожные парестезии и ощущения онемения.

Позднее первичное выявление ЯБ у пациентов с пограничными ПР наиболее характерно для женщин. Трудности диагностики определялись отсутствием классической симптоматики ЯБ и «язвенной настороженности» у врача при обследовании женщин. Во всех случаях обострения, рецидивирующего течения ЯБ начало манифестации ПР было первичным по отношению к моменту диагностирования впервые выявленного язвенного или эрозивного дефекта слизистой или рецидива язвенного дефекта, или стадии рубцевания язвы. Клинические симптомы ЯБ в период развернутой клинической картины ПР зачастую оставались незамеченными или неправильно интерпретированными.

Вариант течения ЯБ в этом случае определялся атипичностью алгического синдрома, его мозаичной характеристикой, обусловленными не столько нозологической категорией, сколько своеобразием и полиморфизмом проявлений психопатологического синдрома, сопровождающегося сенестопатическими включениями у больных с ипохондрическими расстройствами, а также яркими вегетативными дисфункциями и конверсионными проявлениями у пациентов с истерическими расстройствами, которые можно рассматривать как потенциальные эквиваленты ЯБ, особенно в группе женщин. Трудности выявления ЯБ также обусловлены личностными особенностями больных, фиксацией их на психотравмирующих ситуациях. ЯБ встречалась у женщин со смешанными чертами личности (истероэпилептоидными, истеровозбудимыми, истеропсихастеническими, мозаичными). У женщин с ГДЭ была обнаружена связь с истерическими и тормозимыми чертами характера. Анализ личностных особенностей у мужчин показал, что ЯБ чаще встречалась у лиц при психастеническом и тормозимом типах. На бессимптомность или малосимптомность предшествующего рецидивирующего течения ЯБ указывало то, что в 52,2% случаев у пациентов с ПР диагностировались рубцовые изменения или деформация луковицы ДПК. Оценка психиатрами описанного болевого синдрома как соматоформного, фобического или другого расстройства не позволяла купировать его использованием только психотропных препаратов. Присоединение классической схемы терапии ЯБ обеспечило достижение положительного эффекта как в лечении расстройств психической

сферы, так и ЯБ. Своевременное лечение расстройств адаптации и других расстройств невротического круга адекватными дозами психотропных препаратов, присоединение профилактической противоязвенной терапии базисными препаратами (блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, в частности фамотидина, сочетающегося с небольшими дозировками сульпирида 100 мг/сут), позволяло предотвратить развитие рецидива или обострения язвенной болезни.