

## Факторы прогнозирования язвенной болезни и гастродуоденальных эрозий у пациентов с пограничными психическими расстройствами

В соответствии с задачами исследования методом логистической регрессии установлена значимость психосоциальных, психологических факторов в развитии и течении ЯБ и ГДЭ, наряду с другими известными этиопатогенетическими факторами. У пациентов с язвенно-эрозивными гастродуоденальными заболеваниями определены неспецифические для ЯБ клинические симптомы соматического, психического, психологического уровней, препятствующие их своевременной диагностике.

Оценка параметров уравнений логистической регрессии показала высокую степень прогнозирования ЯБ (Concordant 77,0-83,1%; Somers' D 0,543-0,622). Для общей группы больных ЯБ значимым прогностическим фактором являлся признак наследственной предрасположенности, отягощенности семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ ( $p=0,0001$ ), который с первого шага логистического уравнения обеспечивал 24,0% правильного прогнозирования ЯБ у пациентов с пограничными ПР. Из соматических факторов имели значение наличие хронического гастрита, дуоденита (гастродуоденита), инфицированных НР ( $p=0,0015$ ); желчнокаменной болезни ( $p=0,0300$ ); показатели иммунного статуса (изменение количественного содержания Т- и В-лимфоцитов) ( $p=0,0174$ ), фактор агрессии - дуоденогастральный рефлюкс ( $p=0,0015$ ).

По мнению ряда авторов (Епишин А.В. и соавт., 1988; Белобородова Э.И., 1995; Циммерман Я.С., Михалева Е.Н., 2000), дисбаланс иммунной системы является одним из неблагоприятных прогностических критериев ЯБ. Многофакторным анализом установлена взаимосвязь показателей гуморального звена иммунитета у больных ЯБ и ГДЭ с невротическими ПР ( $df=4$ ;  $F=2,66$ ;  $p=0,0388$ ), ( $df=4$ ;  $F=2,98$ ;  $p=0,0241$ ). На фоне угнетения показателей клеточного иммунитета повышена концентрация сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов М, А. У пациентов с невротическими расстройствами и выявленной ЯБ уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) составил  $138,43 \pm 71,94$  усл. ед; у больных с невротическими расстройствами, не имевших ЯБ, уровень ЦИК оставался в пределах  $106,83 \pm 50,46$  усл. ед. Обнаружен эффект взаимосвязи невротических расстройств и повышения концентрации сывороточных IgM, составившей  $1,57 \pm 0,59$  г/л у больных с ЯБ ( $df=3$ ;  $F=4,00$ ;  $p=0,0106$ ). Выявлен эффект взаимодействия невротических расстройств и расстройств личности с повышенным содержанием IgA ( $2,59 \pm 0,94$  г/л) у больных ЯБ по сравнению с группами пациентов без ЯБ ( $df=3$ ;  $F=3,12$ ;  $p=0,0272$ ).

В данной когорте пациентов с ЯБ прогностическое значение имели психосоциальные факторы: давность ПР ( $p=0,0001$ ); возраст начала ПР ( $p=0,0013$ ); стрессорные факторы: жизненные события ( $p=0,0021$ ); медицинские факторы ( $p=0,0002$ ); факторы семейно-бытового плана ( $p=0,0379$ ); условия воспитания в детстве (строгое воспитание) ( $p=0,0324$ ); семейное положение (бракоразводная ситуация) ( $p=0,0136$ ).

Факторы, имеющие клиническое значение, но не являющиеся специфическими симптомами ЯБ, представлены психическими, психовегетативными, соматовегетативными предикторами: психопатологический синдром, определяющий текущее психическое состояние ( $p=0,0009$ ); пароксизмы страха смерти ( $p=0,0006$ ); гипотимия ( $p=0,0003$ ); ипохондрическая фиксация на соматических ощущениях ( $p=0,0124$ ); гипертензивные кризы с вегетативными проявлениями ( $p=0,0017$ ); парестезии, ощущения онемения ( $p=0,0025$ ), дизурические расстройства ( $p=0,0252$ ); слезливость ( $p=0,0299$ ). Для этих пациентов характерна такая форма защиты, как «бегство в болезнь» ( $p=0,0084$ ).

Примечательным был порядок предикторов в данном уравнении. Значимым фактором, вошедшим в уравнение с первого шага, был признак наследственной принадлежности по заболеваниям ЖКТ. Далее алгоритмом отобраны предикторы, составившие группу с практически одинаковым процентом предсказания, которые отнесены к провоцирующим факторам развития ЯБ: стрессорные жизненные события, гипотимия, давность ПР. Роль этих предикторов в развитии ЯБ возрастала при наличии факторов медицинского характера (соматические заболевания, травмы, периоды гормональной перестройки, нарушения эндокринной регуляции, состояние иммунной системы, хеликобактерный гастрит, гастродуоденит, рефлюксная болезнь).

Следующая группа предикторов характеризовалась клиническими симптомами соматических, психических и психовегетативных проявлений (ведущий психопатологический синдром, вегетативные расстройства), указывающих на вторичный характер возникновения в период декомпенсации как ПР, так и соматического заболевания. Совокупность перечисленных факторов составила 81,0% правильного прогнозирования ЯБ у пациентов с ПР.

Анализ прогностических факторов ЯБ у пациентов с пограничными ПР выявил отличительные особенности в подборе предикторов в *группах мужчин и женщин* при общем значимом предикторе семейной отягощенности по заболеваниям ЖКТ. Психическое состояние у **мужчин** обусловлено преимущественно факторами экзогенно-органического происхождения ( $p=0,0023$ ), при которых важную роль играли медицинские стрессорные факторы ( $p=0,0018$ ). У мужчин ЯБ протекала на фоне других соматических заболеваний: хронической бронхообструктивной болезни ( $p=0,0010$ ); НТГ или СД 2 типа ( $p=0,0002$ ); хронического НР-гастродуоденита, рефлюксной болезни ( $p=0,0379$ ). Выявлялись симптомы депрессии (гипотимия) ( $p=0,0016$ ); тревоги ( $p=0,0457$ ); кардиалгии ( $p=0,0079$ ); ком в горле ( $p=0,0024$ ); неудовлетворенность общим состоянием ( $p=0,0163$ ). Имели значение социальное положение в обществе, уровень образования ( $p=0,0340$ ); отягощенность семейного анамнеза по психопатологии ( $p=0,0110$ ); ССЗ ( $p=0,0261$ ). Прогностический уровень перечисленных предикторов составил Concordant=84,6% и Somers'D=0,693.

Психическое состояние **женщин** с ЯБ взаимосвязано с психотравмирующим воздействием стрессорных факторов (жизненных событий) ( $p=0,0160$ ); межличностными проблемами ( $p=0,0198$ ); стрессорными медицинскими факторами ( $p=0,0167$ ), которые являлись причинами невротических расстройств, расстройств адаптации, реакций на тяжелый стресс. Имели значение возраст начала ПР ( $p=0,0096$ ); давность ПР ( $p=0,0001$ ); условия воспитания в детском возрасте ( $p=0,0133$ ), отягощенность семейного анамнеза по психопатологии ( $p=0,0041$ ). Предрасполагающими факторами были дисгормональные нарушения, связанные с периодами возрастных изменений, дисфункциями яичников (дисменорея, климакс) ( $p=0,0247$ ); заболевания щитовидной железы ( $p=0,0052$ ); заболевания кишечника (СРК) ( $p=0,0092$ ); иммунные нарушения, бронхиальная астма и респираторный аллергоз ( $p=0,0011$ ). При этом ЯБ протекала на фоне выраженных вегетативных расстройств с пароксизмами страха смерти ( $p=0,0024$ ); гипертензии ( $p=0,0092$ ); отмечены дизурические нарушения ( $p=0,0249$ ); парестезии ( $p=0,0046$ ); неустойчивость настроения ( $p=0,0013$ ); аффективная несдержанность ( $p=0,0080$ ); слезливость ( $p=0,0374$ ), демонстративность (эгоцентризм) ( $p=0,0040$ ). Были характерны высокий уровень депрессивных расстройств ( $p=0,0061$ ), ипохондрическая фиксация на телесных ощущениях ( $p=0,0280$ ). Прогнозирование ЯБ у женщин достигало Concordant=82,8%; Somers'D=0,660.

Пациенты с **эрозивными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки** имели отличительные особенности в подборе спектра предикторов. В процедуре пошагового отбора с первого шага логистического уравнения алгоритм отобрал предиктор – абдоминалгии ( $p=0,0001$ ), который характеризовался необычными или неопределенными болевыми ощущениями в различных частях живота при отсутствии типичной «язвенной» алгической симптоматики. Абдоминалгии в качестве эквивалентных симптомов, наряду с наследственной отягощенностью по заболеваниям ЖКТ ( $p=0,0155$ ), НР-инфицирования ( $p=0,0038$ ), характерологическими особенностями личности ( $p=0,0018$ ), синдромом гипервентиляции ( $p=0,0003$ ), синдромами дисплазии соединительной ткани сердца (ПМК, АРХ) ( $p=0,0098$ ), ипохондрической фиксацией на состоянии своего здоровья и соматических проявлениях ( $p=0,0025$ ), нарушением социальной адаптации ( $p=0,0289$ ) и другими факторами, в 83,1% случаев обеспечивали правильное прогнозирование заболевания.

В прогнозировании ГДЭ у мужчин имели значение не только медицинские факторы ( $p=0,0102$ ), но и психогенные, которые вошли в качестве предикторов как стрессорные факторы семейно-бытового и межличностного характера ( $p=0,0222$ ); ПР ( $p=0,0041$ ); гипотимия ( $p=0,0088$ ); застреваемость ( $p=0,0380$ ). Соматические заболевания представлены хроническим описторхозом ( $p=0,0387$ ); НТГ или СД 2 типа ( $p=0,0001$ ), хроническим обструктивным бронхитом ( $p=0,0236$ ), вегетативными кардиальными расстройствами ( $p=0,0019$ ), пароксизмами гипертензии ( $p=0,0044$ ).

В прогнозировании ГДЭ у женщин с семейной отягощенностью по заболеваниям ЖКТ усиливалось неблагоприятное влияние соматических заболеваний, стрессорных медицинских факторов ( $p=0,0007$ ), учитывалось психическое состояние пациенток, характеризовавшееся симптомами депрессии ( $p=0,0001$ ), ипохондрическими переживаниями ( $p=0,0004$ ), при этом существенным фактором являлась давность психического расстройства ( $p=0,0006$ ).

Результаты проведенного исследования позволили выявить ряд клинических и статистически значимых факторов внутренней и внешней агрессии, оказывающих неблагоприятное провоцирующее воздействие на развитие психосоматического заболевания. Реализация указанных механизмов происходила на нескольких уровнях: конституциональном-биологическом, личностном и социальном. Изменения в любом звене сложного динамического процесса, рассматриваемого в рамках системы известных взаимодействующих факторов агрессии и защиты, могут приводить к нарушению их равновесия под влиянием неблагоприятных факторов, прежде всего воздействующих на нейроэндокринные механизмы регуляции нормального баланса. В перечень факторов, способствующих развитию ЯБ и появлению ГДЭ, диагностическим алгоритмом отобраны соматические сопутствующие заболевания и состояния (хронический гастродуоденит, ассоциированный НР, заболевания гепатобилиарной системы, ЖКБ, хронический описторхоз, заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем, дисгормональные нарушения у женщин, дисбаланс иммунной системы), выступающие в роли медицинских стрессорных факторов.

В равной степени к значимым для пациентов с ЯБ и ГДЭ были отнесены психологические и психосоциальные факторы. Стрессорные факторы являлись ведущими предикторами из группы психосоциальных, обусловившими развитие ПР. Текущее психическое состояние больных с язвенными и эрозивными процессами определялось не только видом психопатологии, но и было взаимосвязано с локализацией процесса, фазой течения и стадией ЯБ, полом пациентов. При этом имели значения тесные взаимоотношения возрастных факторов: возраста начала психического расстройства, возраста начала

(первичной диагностики) язвенного или эрозивного процесса, длительности воздействия ПР на соматическое состояние пациента. «Перевес» факторов психического и психологического воздействия над соматическими приводил к тому, что у пациентов с пограничными ПР язвенная болезнь длительное время не диагностировалась и выявлялась на стадии уже сформировавшейся рубцовой деформации луковицы ДПК. Клиническими эквивалентами в течении ЯБ становились симптомы соматического, соматовегетативного, психовегетативного, психического, психологического характера, затрудняющие ее своевременную диагностику. Конституционально-биологические значимые факторы были представлены отягощенностью семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ и психопатологии, личностными особенностями пациентов, состоянием эндокринной и иммунной систем. К предрасполагающим факторам отнесены ряд социально значимых: условия воспитания в детском возрасте, уровень образования, социальное положение. Совокупность наследственно-обусловленных, соматических, психических, психологических, социальных факторов оказывала влияние на клинические особенности течения ЯБ и ГДЭ у пациентов с психическими расстройствами. Своеобразие клинических проявлений наиболее выражено у женщин с пограничными психическими расстройствами.