

УДК 616.342-002.44-056.7-092

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ИМЕЮЩИХ НАСЛЕДСТВЕННУЮ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

Курамшина О.А., Крюкова А.Я.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава,
Уфа, e-mail: liligab@yandex.ru

Статья затрагивает проблемы этиопатогенеза язвенной болезни. Исследовались группы больных: обследовано 120 пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: основную группу составили больные с наследственно обусловленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (ЯБДК с НО) – 42 человека. Группу сравнения составили пациенты, страдающие язвенной болезнью и не имеющие генетической предрасположенности (ЯБДК без НО) – 78 человек. Контрольную группу составили 37 здоровых лиц, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клиническое течение наследственно обусловленной ЯБ имеет ряд особенностей: манифестация заболевания в детском и юношеском возрасте, яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, частыми обострениями и осложнениями. Результаты эндоскопического исследования в исследуемой группе пациентов выявили, что у них достоверно чаще встречается повышенное кислотообразование и дуодено-гастральный рефлюкс. Характерен больший размер и поздняя эпителизация язвенного дефекта, чем в группе сравнения. У больных ЯБДК с генетической предрасположенностью, наряду с соматическими проявлениями (болевым, диспептическим, астеновегетативным синдромами), имеются и психоэмоциональные нарушения с преобладанием тревожно-депрессивных и астено-невротических расстройств. Кроме того, больные ЯБ характеризуются пониженной стрессоустойчивостью. Все это в совокупности характеризует ее как менее благоприятную в клиническом и прогностическом плане форму заболевания.

Ключевые слова: язвенная болезнь, наследственно обусловленная ЯБ, психосоматика

CLINICAL-ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER WITH HEREDITARY PREDISPOSITION

Kuramshina O.A., Kryukova A.Y.

The Bashkir state medical university, Ufa, e-mail: liligab@yandex.ru

The article affects problem of the pathogenesis of peptic ulcer disease. We studied groups of patients: We investigated 120 patients suffering from duodenal ulcer diseases: study group consisted of patients with the inherited duodenal ulcer in the acute stage – 42. The comparison group consisted of patients suffering from peptic ulcer disease and without hereditary predisposition – 78 people. The control group consisted of 37 healthy persons without diseases of the gastrointestinal tract. Clinic for the inherited peptic ulcer has several features: a manifestation of the disease in childhood and adolescence, clear clinical picture with severe pain syndrome, frequent exacerbations and complications. Results of endoscopy in the study group of patients revealed that they had significantly more frequently elevated acid production and duodeno-gastral reflux. There are characterized by larger size and later epithelialization of the ulcer than in the comparison group. In patients with a hereditary predisposition, together with somatic manifestations (pain, dyspeptic, asthenic-vegetative syndromes), there are psycho-emotional disorders with a predominance of anxiety-depressive and asthenic-neurotic disorders. Furthermore patients with peptic ulcer are characterized by low stress levels. All combine to characterize it as less favorable in the clinical prognosis and illness.

Keywords: peptic ulcer disease, hereditary predisposition, psychosomatics

На современном этапе знаний возникновения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) рассматривается как нарушение равновесия между факторами защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и факторами агрессии, с перевесом в пользу последних, основным из которых признана колонизация слизистой оболочки *Helicobacter pylori* [2, 6, 7]. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки по праву можно считать социально-экономической проблемой, так как поражает людей в наиболее активном трудоспособном возрасте [4]. Частота наследственной предрасположенности, по данным различных авторов,

составляет от 5,5 до 50% [1, 3, 5]. В связи с этим видится актуальным изучение особенностей патогенеза, клиники генетически обусловленной язвенной болезни.

Цель нашего исследования:

1 Выявить клинические особенности и характер эндоскопических изменений больных с генетически обусловленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

2. Изучить особенности психоэмоционального состояния и личностные особенности больных ЯБ, имеющих наследственную предрасположенность в зависимости от выраженности болевого синдрома и давности заболевания.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: основную группу составили больные с наследственно обусловленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (ЯБДК с НО) – 42 человека. Группу сравнения составили пациенты, страдающие язвенной болезнью и не имеющие генетической предрасположенности (ЯБДК без НО) – 78 человек. Контрольную группу составили 37 здоровых лиц, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Наследственная отягощенность была выявлена с помощью методики, внедренной Институтом медицинской генетики РАМН (Альтшуллер В.А., Рицнер М.С. 1979), модифицированной Коноваловым С.В. [1], которая включает в себя две большие группы признаков: генеалогические (возраст, пол, наличие у родственников заболеваний системы пищеварения) и генетические (группа крови системы АВО и резус, статус выделительства антигенов АВН, способность ощущения вкуса фенилтиокарбамида).

Все исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст больных составил $21 \pm 2,3$ года. Обследование пациентов проводилось в период обострения заболевания.

Диагнозы заболеваний были верифицированы в соответствии со стандартами диагностики 2009 г., согласно которым всем больным была проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки со дна и краев язвы. В связи с тем, что *H. pylori* выявляется более чем у 90% больных ЯБДК [2, 6], его определение проводилось серологическим методом и не представляло особого значения для настоящего исследования.

Оценка личностных характеристик в исследуемых группах проводилась с применением Миннесотского многомерного личностного опросника – ММРІ, модифицированного Ф.Б. Березиным и соавт. (1981 г.) – «Мини-мульти». Опросник содержит 71 вопрос, 11 шкал, из которых 8 являются базисными и 3 – оценочными. Пятая шкала в этом варианте опросника отсутствует. Дополнительно всем обследованным лицам проводилось анкетирование с целью выявления нервно-психического перенапряжения как на работе, так и в семье, проводилась оценка стрессоустойчивости всех пациентов по методике Холмса-Рея (1967 г.).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica 6.0» и PASW Statistics 18, с использованием t-критерия, χ^2 и доверительных интервалов.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами изучены особенности клинических проявлений и психосоматического развития личности при наследственно обусловленной язвенной болезни. Наследственная отягощенность была выявлена с помощью методики, внедренной Институтом медицинской генетики РАМН (Альтшуллер В.А., Рицнер М.С., 1979), модифицированной Коноваловым С.В.

В группе больных, имеющих наследственную предрасположенность, дебют заболевания отмечался в подростковом воз-

расте – $14 \pm 0,1$ лет, в группе сравнения начало заболевания отмечено в среднем в $19,0 \pm 0,2$ лет (t-критерий для независимых выборок = 19,5; $p < 0,0001$).

У подавляющего большинства (85 \pm 3,5%) пациентов первой группы в клинической картине преобладал типичный болевой синдром, в то время как у больных второй группы выраженный болевой синдром отмечали 65 \pm 3,2%, что достоверно меньше ($p < 0,05$). Диспепсический синдром в виде желудочной диспепсии (изжога, отрыжка и др.) также отмечали преобладающее число пациентов обеих групп: 75 \pm 2,2 и 64 \pm 2,8% ($p < 0,05$). В группе больных, имеющих наследственную предрасположенность, улучшение клинического состояния (уменьшение основных клинических синдромов) на фоне применения стандартных схем лечения ЯБ наступало на 5–7 дней позже, чем в группе сравнения.

Прогрессирующее течение ЯБ с частыми ежегодными обострениями (3–4 раза в год) отмечалось у 72,7 \pm 3,4% пациентов, имеющих наследственную предрасположенность, что достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе без генетической отягощенности 43,8 \pm 3,7%.

Осложнения ЯБ в виде кровотечений, перфораций и стенозирования наблюдались в обеих группах сравнения, причем в подгруппе с генетически обусловленной ЯБДК осложнения наблюдались у 14,3% больных, в то время как в группе сравнения осложнения встречались лишь у 3,8% ($\chi^2 = 4,6$; $p < 0,04$).

Резюмируя вышеизложенное, клиническое течение наследственно обусловленной ЯБ имеет ряд особенностей. Это манифестация заболевания в детском и юношеском возрасте, яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, частыми обострениями и осложнениями.

Эндоскопическая картина в обеих группах характеризовалась наличием язвенного дефекта различных размеров и местоположения. Эндоскопическое исследование позволило не только выявить язвенный дефект, но и дало возможность обеспечить контроль над его рубцеванием, а гистологическое исследование биоптатов, полученных прицельной биопсией, позволили оценить морфологические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Градация размеров язвенного дефекта у пациентов была следующей: малая язва (менее 0,5 см) обнаружена у 21,2% больных, размер язвы, не превышающий 1,0 см, обнаружена в 78,8% случаев ($p < 0,001$). Средний размер язвы в исследуемой группе

составил $0,73 \pm 0,09$ см, в группе сравнения язвенный дефект двенадцатиперстной кишки в среднем равнялся $0,66 \pm 0,03$ см ($p < 0,05$). Преобладала круглая форма язвы (63,2%). Овальная форма язвенного дефекта встречалась в 32,1% случаев, щелевидная – у 4,7% больных. Глубина язвы не превышала 0,5 см. Достоверных различий по форме и глубине язвенных дефектов в группах сравнения получено не было.

При гастроскопии язва имела следующую картину: слизистая вокруг язвы гиперемирована и отечна, имеется язвенный вал. При изучении материалов прицельной биопсии со дна и краев язвы отмечалась повышенная активность воспалительного процесса в слизистой оболочке: выраженная нейтрофильная инфильтрация (86,2%), лимфоидная инфильтрация (86,7%). Сосудистые изменения характеризовались явлениями периваскулярного отека и картины артериита с повреждением всех слоев стенки сосуда, сужение его просвета.

Дуодено-гастральный рефлюкс, признаками которого считали наличие желчи в желудочном соке, верифицирован у 76% в подгруппе больных с наследственно обусловленной ЯБДК и лишь у 56,4% ($\chi^2 = 4,6$; $p < 0,04$) в группе сравнения. Анализ желудочного содержимого выявил преобладание повышенной кислотности у 78,6% больных исследуемой группы и лишь у 52,6% ($\chi^2 = 7,8$; $p < 0,005$) пациентов в группе сравнения.

Эпителизация язвенного дефекта, обычно начинающаяся через 2 недели после начала лечения, в группе сравнения составила 88%. В группе исследования эпителизация

в указанный срок была отмечена лишь у 68% больных ($\chi^2 = 8,4$; $p < 0,004$). Средние сроки эпителизации язвенного дефекта в исследуемой группе составили $33,7 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения – $28,7 \pm 0,2$ дня соответственно ($p < 0,0001$).

Таким образом, результаты эндоскопического исследования больных ЯБ, имеющих наследственную предрасположенность, свидетельствуют о ряде особенностей: у них достоверно чаще встречается повышенное кислотообразование и дуодено-гастральный рефлюкс. Характерны больший размер и поздняя эпителизация язвенного дефекта, чем в группе сравнения.

Анализ профиля ММРІ в группе здоровых и больных ЯБДК показал усредненность показателей по всем шкалам многомерного личностного опросника, т.е. колебания всех шкал не выходили за пределы нормативного диапазона (40–60 стандартных единиц), что свидетельствует об отсутствии психопатических расстройств у данной категории исследуемых лиц.

При анализе шкал ММРІ в группе больных ЯБДК с НО в стадии обострения выявилось достоверное ($p < 0,0001$) повышение значений по шкалам 1, 2, 8, 9 в сравнении группой больных ЯБДК без генетической предрасположенности и здоровыми. Высокие показатели (более 70) отмечены по шкалам ипохондрии (1) – $76,3 \pm 4,2$, депрессии (2) – $72,1 \pm 3,7$ и психоастении (7) – $71,0 \pm 6,5$. Это свидетельствует о том, что данная группа наблюдения характеризуется тревожно-мнительным и астено-невротическим типами реагирования, нерешительностью и постоянными сомнениями.

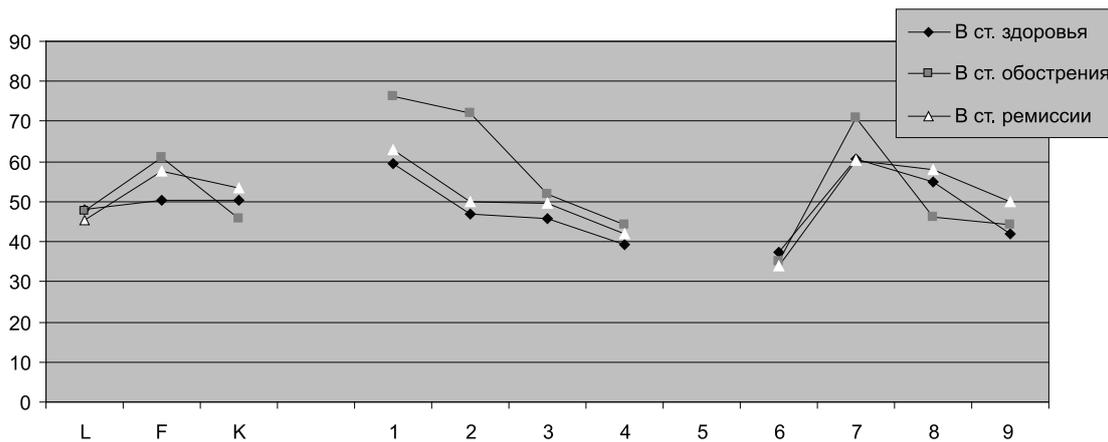


Рис. 1. Психологический профиль (ММРІ) пациентов исследуемых групп

Таким личностям свойственны пассивность, покорность, а также нерешительность и постоянная тревожность. Многие проблемы решаются «уходом в болезнь», когда симптомы соматического заболевания используются как средство избежать ответ-

ственности и уйти от проблем. Несмотря на то, что в делах они старательны, добросовестны и высокоморальны, такие люди не способны самостоятельно принимать решения и при малейших неудачах легко впадают в отчаяние.

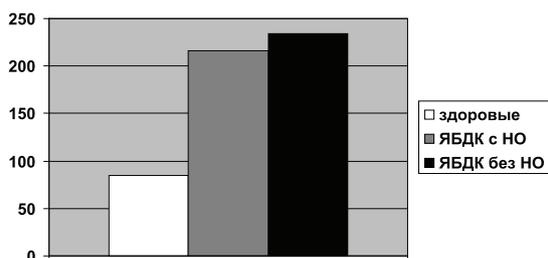


Рис. 2. Оценка стрессоустойчивости по Холмсу и Рею пациентов в группах сравнения

Из рис. 1 видно, что в группе больных ЯБДК с наследственной отягощенностью в стадии обострения более высокие значения по сравнению с другими группами сравнения ($p < 0,01$) по шкале F $61,1 \pm 9,9$, которая отражает установку больных на поиск помощи. Данное обстоятельство указывает на потребность больных в поддержке и руководстве со стороны. Одновременные пики по 1 и 7 шкалам и повышение профиля по 2 и 9 шкалам рассматриваются как пессимистическая бесперспективная оценка ситуации. В сочетании с высоким показателем по шкале F и относительно низкими показателями по шкале K они свидетельствуют о высокой степени тревожности и потребности в помощи данной группы пациентов.

Анализ стрессоустойчивости показал наличие у больных с наследственно обусловленной ЯБ в стадии обострения «пороговой» сопротивляемости к стрессовым ситуациям – $233,8 \pm 40,9$ баллов, что достоверно выше, чем в группах сравнения ($p < 0,0001$).

Выводы

Проведенное исследование показало, что клиника язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющей наследственную предрасположенность, имеет ряд особенностей: характеризуется ранним проявлением заболевания в детском и юношеском возрасте, яркой клинической картиной с выраженным болевым синдромом, частыми обострениями и осложнениями, склонностью к рецидивирующему течению.

Эндоскопическая картина больных ЯБ, имеющих наследственную предрасположенность, характеризуется: следующим у них достоверно чаще встречается повы-

шенное кислотообразование и дуодено-гастральный рефлюкс. Характерны большой размер и поздняя эпителизация язвенного дефекта, чем в группе сравнения.

У больных ЯБДК с генетической предрасположенностью, наряду с соматическими проявлениями (болевой, диспептический, астеновегетативный синдромы), имеются и психоэмоциональные нарушения с преобладанием тревожно-депрессивных и астено-невротических расстройств.

Кроме того, больные ЯБДК исследуемой группы характеризуются пониженной стрессоустойчивостью. Все это в совокупности характеризует наследственно обусловленную ЯБДК, как менее благоприятную в клиническом и прогностическом плане форму заболевания.

Список литературы

1. Альтшуллер Б.А. Генетические исследования язвенной болезни / Б.А. Альтшуллер, М.Ю. Меликова. // Клиническая медицина. – 1980. – №3. – С. 13–19.
2. Ивашкин В.Т. Лечение язвенной болезни: новый век – новые достижения – новые вопросы / В.Т. Ивашкин, Т.П. Лапина. // РМЖ. – 2002. – Т.4. – С. 1–4.
3. Коновалов С.В. Наследственные язвы двенадцатиперстной кишки и их лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1995.
4. Лазебник Л.Б. Фармакоэкономические аспекты применения ингибиторов протонной помпы / Л.Б. Лазебник, А.А. Машарова, М.Г. Гусейназаде // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – №4. – С. 1–6.
5. Маев И.В. Болезни двенадцатиперстной кишки / И.В. Маев, А.А. Самсонов. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 512 с.
6. Язвенная болезнь / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина, Л.В. Масловский. – М., 1995. – 152 с.
7. Циммерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*-инфекцией: состояние проблемы и перспективы // Клиническая медицина. – 2006. – №3. – С. 9–18.

Рецензенты:

Кильдибекова Р.Н., д.м.н., профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Уфа;

Фазлыева Р.М., д.м.н., зав. кафедрой факультетской терапии ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 12.05.2011.