**Психосоматические аспекты язвенной болезни**

Павел СИДОРОВ

Язвенная болезнь (ЯБ) занимает одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и является одной из распространенных форм гастроэнтерологической патологии во врачебной практике. Распространенность ЯБ среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. В последние годы наблюдается рост числа больных с ЯБ. Так, за последнее 10 лет число пациентов с указанной патологией по России увеличилось на 8, 3%. Ежегодно на диспансерном наблюдении находится более 1 млн больных с ЯБ, из них каждый второй проходит стационарное лечение.

Заболеванием страдают в большинстве своем лица молодого и среднего, наиболее трудоспособного возраста (25-40 лет). ЯБ часто носит рецидивирующее течение, сопровождается тяжелыми осложнениями. Она является основной причиной кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Развитию осложнений заболевания способствуют неблагоприятные социально-экономические и производственно-профессиональные факторы.

Высокая распространенность ЯБ среди лиц трудоспособного возраста, склонность к рецидивированию и затяжному течению, развитию тяжелых осложнений, ранней инвалидизации и смертности обусловливают большую медико-социальную значимость этой проблемы.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПОЗИЦИИ

С современных позиций ЯБ рассматривается как полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди этиологических факторов, ведущих к развитию ЯБ, важнейшее место занимает наследственность. Однако наследуется не само заболевание, а только предрасположенность к нему.

Установлен ряд генетических факторов, наличие которых способствует возникновению ЯБ: наследственно обусловленное увеличение массы обкладочных клеток, их гиперчувствительность к гастрину; врожденный дефицит мукопротеидов слизи, недостаточность выработки секретируемого IgA и простагландинов; группа крови 0 (1), положительный резус-фактор, наличие HLA-антигенов В5, В15 и В35 и др.

Реализуется наследственная предрасположенность при следующих неблагоприятных воздействиях: инфицирование Helicobacter pylori, нарушение питания, воздействие местных раздражителей, прием лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные средства), курение, прием алкоголя, эмоциональный стресс.

В настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному агенту - H.pylori. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100% язв, локализованных в двенадцатиперстной кишке, и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистированием H.pylori.

Решающим звеном в патогенезе ЯБ является дисбаланс между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К факторам агрессии относят: усиление воздействия ацидо-пептического фактора, связанное с увеличением продукции соляной кислоты и пепсина; нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка, дуодено-гастральный рефлюкс).

Факторами защиты являются: резистентность слизистой оболочки к действию агрессивных факторов; желудочное слизеобразование; адекватная продукция бикарбонатов; активная регенерация поверхности эпителия слизистой оболочки; достаточное кровоснабжение слизистой; нормальное содержание простагландинов в стенке слизистой оболочки; иммунная защита.

Многие из указанных факторов агрессии и защиты генетически детерминированы, а равновесие между ними поддерживается согласованным взаимодействием нейроэндокринной системы, включающей кору головного мозга, гипоталамус, периферические эндокринные железы и гастроинтестинальные гормоны, пептиды. Нарушение соотношения факторов агрессии и защиты может быть различным в каждом конкретном случае.

Важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки играют микроорганизмы H.pylori.

Спектр неблагоприятного влияния H.pylori на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины.

Обсеменение слизистой оболочки желудка H.pylori сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита, ведет к повышению уровня гастрина и снижению уровня соматостатина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обусловливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии, которые быстро заселяются H.pylori. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов в участках метаплазированной слизистой оболочки желудка, формируется язвенный дефект.

У 5-10% больных с дуоденальными язвами и у 15-20% пациентов с язвами желудка развитие заболевания может происходить без участия H.pylori. В первую очередь это относится к симптоматическим гастродуоденальным язвам.

Новым методологическим инструментом изучения ЯБ может являться синергетика - междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетическая модель формирования ЯБ представлена в таблице 1. Для удобства восприятия она приведена в плоскостной проекции, но при этом является многомерной и нелинейной, неустойчивой и незамкнутой. Траектории развития заболевания задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Динамика ЯБ включает фракталы: предиспозиции - ульцерогенная семья, латентный - ульцерогенный диатез, инициальный - предъязвенные состояния, развернутой клинической картины язвенной болезни, хронизации - формы и типы течения ЯБ, исхода - соматоневрологические осложнения ЯБ.

Фрактал ульцерогенной семьи является начальным при формировании ЯБ. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии. Нарушения семейных взаимоотношений в детском возрасте приводят к нарушениям навыков межличностного общения, трудностям адаптации, повышению эмоционального напряжения и тревожности, что неизбежно сказывается на семейных отношениях во взрослой жизни.

У каждого третьего больного имеются психогении в детстве. Психическая травматизация в детстве вызвана постоянными конфликтами в семье или разводом родителей, специфическими методами воспитания по типу «отчуждения». Большинство больных с ЯБ в детские годы оказывались свидетелями, а иногда и невольными участниками постоянных ссор и конфликтов между родителями, которые ограничивали их свободу и были скупы на ласку; испытывали обиды со стороны сверстников; трудно адаптировались к службе в армии; быстро разочаровывались в избранной ими профессии, в связи с чем часто меняли место работы, не испытывая удовлетворения от своего труда. Среди таких больных много дисгармоничных браков, доминирует привязанность к дому, нежелание «выходить в люди», участвовать в компаниях, вообще общаться с людьми. При нарушении эмоциональных связей в детстве язвенная болезнь развивается рано, отличается более тяжелым течением с частыми рецидивами, осложнениями, стойко и трудно купирующимися болями.

Важной психологической особенностью семей с ЯБ является наличие алекситимии, в разной степени выраженной у всех членов семьи. Патологизирующие типы семейного воспитания - «доминирующая (или потворствующая) гиперпротекция» с воспитательной неуверенностью и предпочтением детских качеств закрепляют семейную дисфункцию. В таких семьях отмечается высокий уровень общей семейной тревоги и малоэффективные стратегии совладания со стрессом.

Следующим является фрактал ульцерогенного диатеза. Диатезом (греч. diathesis - расположение) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена веществ, физиологических реакций и т.п. Диатез - это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний. В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

Ульцерогенный диатез - это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т.п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов.

У человека, имеющего ульцерогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается предъязвенное состояние. К нему можно отнести наличие острого или хронического дуоденита (63, 2% случаев).

Воздействие специфичных для ЯБ факторов риска в дальнейшем может привести к развитию клинической картины впервые возникшей ЯБ. При возникновении заболевания, кроме наследственной предрасположенности, соматического состояния человека, стрессового фактора, также играют роль и другие специфичные и предрасполагающие факторы, среди которых нами выделены: H.pylori, курение, алкоголь. Каждый из данных факторов может способствовать развитию заболевания.

Различные формы и типы течения ЯБ отражают многовариантные особенности ее развития. Особенности течения и формы ЯБ зависят от воздействия психологических, социальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

К соматоневрологическим осложнениям ЯБ относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологичес-кие осложнения являются исходом длительно текущего заболевания с частыми обострениями.

Среди соматических осложнений ЯБ можно отметить язвенное кровотечение, стеноз привратника, перфорацию, пенетрацию в поджелудочную железу, малигнизацию язвы.

Имеется зависимость в выраженности невротической симптоматики от тяжести течения язвенной болезни и наличия осложнений заболевания. У больных с доброкачественным течением заболевания характерен профиль тревожно-фобического и депрессивного типа (подавленность, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ранимость, обилие соматических жалоб, трудности в межличностных отношениях). Пациентам с тяжелым и осложненным течением ЯБ свойственны депрессивно-ипохондрические черты и психопатизация личности (неуверенность в будущем, частые колебания настроения, дисфория, склонность к преувеличению своих страданий и асоциальным поступкам). По мере увеличения длительности заболевания у больных ЯБ прогрессирует ипохондрическая и тревожно-депрессивная симптоматика. Возникающие эмоционально-аффективные расстройства (возбудимость, мнительность, тревога, депрессия) могут способствовать хронизации болей, нарушениям сна и появлению вегетативной дисрегуляции с ее перманентными и пароксизмальными проявлениями.

Таблица 1

Биопсихосоциальная модель формирования ЯБ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Периоды | Преддиспозиции | Латентный | Инициальный | Развернутой | Хронизации | Исходы |
| Вектора | (ульцерогенная семья) | (ульцерогенный | (предъязвенное | клинической картины | (формы и типы | (соматоневрологи- |
|  | диатез) | состояние) |  | течения) | ческие осложнения) |
| Соматогенез | Наследственная | Склонность | Предъязвенное | Язвенная болезнь | Формы и типы | Соматические |
|  | отягощенность | к патологическим физиологическим реакциям | состояние |  | течения язвенной болезни | осложнения |
| Психогенез | Психофизиологическая | Преморбидные | Психосоматические | Соматоформные | Психосоматические | Соматопсихические |
|  | диспозиция | личностные особенности | реакции | нарушения | нарушения | нарушения |
| Социогенез | Дисгармония семейных | Дисгармония | Нарушения | Преходящая | Социальная | Социальная |
|  | отношений | социализации | значимых | социальная | декомпенсация | дезадаптация |
|  |  | личности | социальных отношений | дисфункция |  | (инвалидность) |

Далее остановимся на каждом из векторов синергетической модели ЯБ. Ее соматогенез предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности. Почти у 16, 4% обследуемых имеет место наследственная предрасположенность к ЯБ. В латентном фрактале соматогенеза ЯБ можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, тошнотой, усилением моторики при стрессовых ситуациях. Здесь очень важными оказываются другие предрасполагающие к развитию ЯБ факторы.

Почти у 2/3 обследованных имеется инфицирование H.pylori. У 2/3 больных болезнь возникает уже на фоне существующих заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронические гастрит, дуоденит, холецистит, панкреатит). Половина пациентов отмечают нарушения режима и стереотипа питания, несбалансированное питание. Примерно 2/5 обследованных имеют группу крови 0 (I). У каждого десятого отмечается воздействие местных физических, химических или термических раздражителей. Часто выявляются такие факторы, как курение и прием алкоголя. Среди мужчин с язвенной болезнью 4 из 5 курят, а каждый второй злоупотребляет алкоголем. Реже среди факторов риска наблюдаются черепно-мозговая травма и заболевания щитовидной железы (с явлениями гипертиреоза), которые, вероятно, могут приводить к дисфункции гипоталамо-гипофизарной зоны и нарушениям эндокринной системы.

Предъязвенное состояние является функциональным расстройством, так как оно может и не перейти в стадию развитого заболевания. К данному состоянию можно отнести острый или хронический дуоденит. Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания.

ЯБ протекает в различных клинических формах: легкая форма с рецидивами 1 раз в 1-3 года с умеренными болями, купирующимися за 4-7 дней; средней степени тяжести с рецидивами 2 раза в год, значительно выраженным болевым синдромом, купирующимся за 10-14 дней; тяжелая форма с рецидивами чаще 2 раз в год, интенсивными болями, которые купирующимися более чем за 10-14 дней, нередко отмечаются осложнения.

Формы и типы течения ЯБ зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное, с частыми ухудшениями. Конечным фракталом соматогенеза ЯБ являются соматические осложнения, среди которых можно отметить язвенное кровотечение, стеноз привратника, перфорацию, пенетрацию в поджелудочную железу, малигнизацию язвы и др.

Психогенез ЯБ в первом фрактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Среди них можно отметить слабый и среднеслабый типы нервной системы, низкие значения показателей эргичности, темпа, высокую эмоциональность, эмоциональную неустойчивость. От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор. Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить тревожность, мнительность, ипохондрические особенности, ригидность мышления, необщительность, пессимизм.

В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (боли в эпигастрии, метеоризм, кратковременное нарушение стула и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, астенической, фобической, депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер. При тяжелом течении ЯБ здесь вероятно наличие ипохондрической, депрессивной, истерической симптоматики.

В самом последнем фрактале, говорящем об исходе заболевания, возникают сомато-психические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания.

Социогенез ЯБ начинается с дисгармонии семейных отношений, которая может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений в дальнейшем может возникнуть дисгармония социализации личности. Именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором.

В стадии развернутой клинической картины ЯБ могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении болезни возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЯБ

ЯБ часто протекает с изменениями в психоэмоциональной сфере. У почти половины больных отмечается достаточно высокий уровень реактивной и личностной тревожности, эмоциональная лабильность и неуравновешенность, низкая эмоциональная устойчивость, что свидетельствует о напряжении адаптационных механизмов. В состоянии стресса различной степени выраженности находятся 71, 5% пациентов.

У лиц с ЯБ наблюдается интровертированность, замкнутость с выраженным уровнем невротизма. Для этих больных характерны угрюмость, ригидность мышления, пессимизм, необщительность, тревожность. Развитие этих психических дисфункций обусловлено, вероятно, не только частыми стрессовыми ситуациями, но и особенностями личности больных, болевыми ощущениями и всеми другими симптомами язвенной болезни, соматизирующими тревогу, усугубляющими состояние хронического стресса и способствующими развитию язвенного дефекта.

В гастроэнтерологической практике давно известно сочетание ЯБ с повышенным уровнем тревоги. Повышенная тревожность может являться единственной исходной характеристикой, позволяющей прогнозировать неудовлетворительное заживление язвенного дефекта в ходе терапии. Наличие генерализованного тревожного расстройства повышает риск ЯБ в 2, 2 раза, в то же время ЯБ оказывается единственным соматическим заболеванием, повышающим риск генерализованного тревожного расстройства (в 2, 8 раза).

Тревожно-фобические реакции чаще выявляются при манифестации заболевания и развиваются на фоне ипохондрического состояния, в то время как частота депрессивных расстройств нарастает по мере увеличения длительности язвенной болезни. Характерный для больных ЯБ высокий уровень внутренней напряженности, беспокойства, повышенной раздражительности сопровождается нарушением межличностных отношений, снижением социальной адаптации и качества жизни.

Почти постоянной особенностью больных ЯБ является выраженный психовегетативный синдром, характеризующийся ипохондрическими и тревожно-депрессивными чертами, склонностью к интроверсии.

В клинической картине ЯБ нередко наблюдаются стертые (маскированные) депрессии, которые частично маскируются ведущей соматической симптоматикой.

Пациенты с ЯБ чаще имеют состояния эмоциональной напряженности, ипохондрии, пессимизма, отчужденности или, напротив, повышенной потребности в эмоциональной привязанности со стороны окружающих, прежде всего членов семьи.

У больных с впервые выявленной ЯБ отмечаются повышенные значения по шкалам психастении, депрессии, истерии, ипохондрии, то есть для них характерны астенодепрессивное состояние, чрезмерная эмоциональность, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Пациенты с наличием жалоб на тошноту и рвоту имеют более высокие показатели по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии, что может свидетельствовать об их большей невротизации по сравнению с пациентами без диспептических жалоб.

Описанию особенностей личности больных ЯБ, также уделяется много внимания. К настоящему времени выделено 7 профилей личности, обусловливающих не только сам факт развития болезни, но и ее хронизацию, а также клинические особенности течения.

Наиболее частыми типами личности у больных ЯБ являются:

1. «Тиранический пациент». Характеризуется слабым эго, внутренней зависимостью от окружения и в то же время интенсивным страхом перед зависимостью от него, в качестве гиперкомпенсаторной реакции в его поведении выступает стремление к тираническому подавлению окружающих, со вспышками агрессивности в случае неудач; часть пациентов обнаруживает, кроме того, склонность к алкоголизации.

2. Больные с психопатическими чертами характера, «неврозом характера» с компульсивно-депрессивными чертами и столь свойственной им тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих, выражают постоянное недовольство, брюзжат и т.д.

Таблица 2

Программа медико-психосоциальной помощи больным с язвенной болезнью

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фракталы | Виды профилактики | Блоки | | |
|  |  | Медицинский | Психологический | Социальный |
| Предиспозиции: ульцерогенная семья | Первичная | Включение лиц  с наследственной  предрасположенностью  к ЯБ в группу риска  и раннее их  профилактическое  обследование | Выявление лиц  со специфическими  психофизиологическими  особенностями  и включение их  в группу риска | Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений |
| Латентный:  ульцерогенный диатез |  | Выявление лиц,  склонных  к патологическим  физиологическим  реакциям | Коррекция  преморбидных  личностных  особенностей,  повышение  стрессоустойчивости | Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности |
| Инициальный:  предъязвенное  состояние |  | Диагностика острого и хронического гастритов и дуоденитов при профосмотре, медикаментозные и немедикаментозные воздействия | Коррекция психосоматических реакций, психотерапия | Гармонизация значимых социальных отношений |
| Развернутой клинической картины ЯБ | Вторичная | Постановка  клинического  диагноза ЯБ,  назначение  медикаментозной  терапии,  профилактика  осложнений | Коррекция  соматоформных  нарушений,  психотерапия,  психофармакотерапия | Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем |
| Хронизации: формы и типы течения ЯБ |  | Контроль  за соматическим  состоянием,  адекватная  медикаментозная  терапия ЯБ,  профилактика  осложнений | Коррекция  психосоматических  нарушений,  психотерапия,  психофармакотерапия | Профессиональная и семейная адаптация |
| Исход:  соматоневрологические осложнения | Третичная | Лечение соматических и неврологических осложнений ЯБ | Психологическая реабилитация | Социальная реабилитация |

Вероятность формирования ЯБ оказывается более высокой у мужчин «творческого» типа, не озабоченных материальным или семейным благополучием, но активно ищущих общественного признания через эмоционально насыщенную («деятельную») жизнь и/или успехи в профессиональной деятельности. Свойствами, отличающими «язвенный» тип, оказались гипертрофированный самоконтроль, независимость и прямота на пути решения своих основных целей. Женщины, склонные к язвообразованию, характеризуются внутренней неуверенностью в себе и стремлением к одобрению и поддержке окружающих, намеренным ограничением своей эмоциональности. Развившееся заболевание ограничивает продуктивную жизнь женщин, снижает значимость интеллектуального роста, усиливает альтруистические склонности «зрелой» личности. «Язвообразующими» чертами личности женщин можно считать терпимость, всепрощение, искреннее и честное стремление принять чужую точку зрения, что в совокупности и характеризует их незрелость.

У каждого десятого больного ЯБ имеется изначальная психопатизация личности, чаще паранойяльного типа и самозащитный тип реагирования на фрустрационную ситуацию. Каждый второй имеет в характере акцентуированные черты аффективной лабильности, тревожности, циклотимности, демонстративности, повышенной эмоциональной реактивности.

Таким образом, для больных ЯБ характерны различные нарушения в психоэмоциональной сфере и в первую очередь тревожный, ипохондрический, депрессивный синдромы, выраженность которых зависит от тяжести соматического заболевания.

ВЛИЯНИЕ ЯБ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

В современной гастроэнтерологии существуют разработанные и стандартизированные методы диагностики и лечения ЯБ. Однако при наблюдении и лечении больных преимущественно оценивают такие показатели, как частота и длительность рецидивов заболевания, скорость рубцевания язвенного дефекта, наличие осложнений. И, напротив, недостаточное внимание уделяется: изменению качества жизни, степени эмоциональной напряженности, самооценке болей.

В отличие от кардиологии, где интенсивно ведутся подобные исследования, в отечественной гастроэнтерологии в этом направлении делаются лишь первые шаги. Изучение качества жизни и факторов, влияющих на него, может помочь в определении связей между особенностями личности пациента, течения болезни и развития различных механизмов психологической защиты с последующим формированием более однородных групп больных и разработкой более дифференцированной терапии.

Существуют данные об изучении качества жизни больных в гастроэнтерологии с помощью теста качества жизни Кардиологического научного центра, а также опросника SF-36.

С утяжелением заболевания закономерно снижается качество жизни больных ЯБ. При этом увеличивается степень эмоциональной напряженности, нарастает доля лиц с депрессивно-ипохондрическими чертами личности, повышенной эмоциональностью в восприятии болей. Преобладающее влияние на качество жизни у некоторых больных может оказывать не течение болезни, а эмоциональные переживания и невротизация.

У лиц с ЯБ уменьшены физическая и социальная активность, понижены субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. У больных с высоким уровнем личностной тревожности и эмоциональной нестабильностью имеются достоверно худшие показатели качества жизни.

В типологии отношения к болезни у большинства больных ЯБ имеются неврастенический, ипохондрический и тревожный, с обсессивно-фобическими включениями, типы реагирования, что свидетельствует о дезадаптивном характере нарушений. Постоянная угроза возникновения болевого синдрома, ряд ограничений в режиме питания приводят к эмоциональному дискомфорту, раздражительности («язвенный характер»), навязчивым страхам и опасениям за последствия болезни - перфорацию язвы, кровотечение, новообразования. «Уход в болезнь» наблюдается в 16-17% случаев.

У людей молодого возраста с ЯБ преобладают анозогнозический, эргопатический и гармонический типы реакции на болезнь, из чего следует, что болезнь не деформирует адаптивную структуру отношения к ней, что связано с недостаточным знанием и пониманием патологии, ее прогноза, низким социальным опытом.

При ЯБ двенадцатиперстной кишки снижение качества жизни наблюдается у пациентов с жалобами на тошноту и рвоту, которые являются признаками выраженной невротизации больных. У них наблюдаются дезадаптивные тенденции в отношении к болезни, такие как тревожный, неврастенический и эгоцентрический типы отношения к болезни. У больных без диспептических явлений преобладают эргопатический, сенситивный и анозогнозический типы реакции на болезнь.

Имеются различия в реакции на болезнь у больных ЯБ из разных профессиональных групп. Так, у военнослужащих значительно преобладают гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы реагирования на заболевание, свидетельствующие о достаточной степени социальной адаптации. У моряков преобладают реакции, отражающие состояние существенной личностной дезадаптации, с равной степенью выраженности типов реагирования как интрапсихической, так и интерпсихической направленности.

На качество жизни больных с язвенной болезнью влияет степень выраженности психовегетативных отклонений, которые, в свою очередь, сказываются на отношении больного к лечению, точности и длительности выполнения рекомендаций врача.

Таким образом, ЯБ снижает качество жизни больных, и степень снижения зависит от тяжести течения заболевания, наличия невротической симптоматики и типа отношения к болезни.

МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

На основе синергетической концепции формирования язвенной болезни нами разработана программа медико-психосоциальной помощи больным, включающая 3 блока: медицинский, психологический и социальный (см. табл. 2). Биопсихосоциальная синергетическая модель формирования ЯБ требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики, коррекции и реабилитации. Медицинский блок в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, терапевтами, гастроэнтерологами, а при возникновении осложнений - узкими специалистами (хирурги, онкологи). Психологический блок помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем, - психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще в фрактале преддиспозиции (ульцерогенная семья), где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и гармонизацию семейных отношений.

В латентном фрактале мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в изучении жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта у лиц, имеющих нарушения в социализации личности и преморбидные личностные особенности.

В инициальном фрактале при возникновении предъязвенного состояния для профилактики развития ЯБ предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. Необходима стратегия первичной профилактики (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек).

Во фрактале развернутой клинической картины ЯБ требуется ранняя квалифицированная медицинская, психологическая и социальная помощь.

Ведущим клиническим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. При обострении болезни часто встречаются и диспептические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Характерным симптомом является рвота кислым желудочным содержимым. Типичными для язвенной болезни являются сезонные (весна и осень) периоды усиления болей и диспептических расстройств. При обострении заболевания часто отмечается похудение.

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования. Для определения дальнейшей тактики лечения, исключительно большое значение имеют результаты исследования наличия в слизистой оболочке желудка H.pylori.

Развитие ЯБ может быть в значительной степени предотвращено посредством воздействия на модифицируемые факторы риска.

В практике сложилась определенная направленность терапии ЯБ. Принципы лечения острой фазы заболевания подразумевают информирование больного о его заболевании и закрепление у него стойкой мотивации на соблюдение режима питания, здорового образа жизни и строгого соблюдения лечебных рекомендаций, а также обучение больных с целью достижения партнерства в лечении. Известно, что готовность и желание больного строго следовать предписаниям врача являются определенным фактором эффективности лечения.

Основными принципами медикаментозного лечения больных ЯБ являются:

\* воздействие на факторы агрессии и/или защиты;

\* при ЯБ, ассоциированной с H.pylori, - его эрадикация;

\* при необходимости использование лекарственных препаратов, устраняющих дис-пептические и/или невротические симптомы;

\* коррекция медикаментозного лечения с учетом сопутствующих заболеваний;

\* учет индивидуальных особенностей больных (возраст и масса тела, переносимость конкретными больными тех или иных медикаментозных препаратов, активность и т.п.);

\* учет финансовых возможностей стационара и конкретных больных, если лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

При лечении больных пожилого и старческого возраста, страдающих ЯБ, необходимо также дополнительно учитывать следующие принципы лечения:

\* назначение медикаментозных препаратов, улучшающих кровоснабжение, регенерацию и защитный слизистый барьер;

\* снижение обычных дозировок препаратов с учетом возраста больных;

\* предпочтительно применение быстрорастворимых медикаментозных препаратов при лечении особенно ослабленных больных.

Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал.

При возникновении исходного состояния болезни с развитием соматоневрологических осложнений пациентам проводится медицинская, социальная и психологическая реабилитация.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы формирования язвенной болезни и позволяет организовать наиболее раннюю профилактику заболевания еще на донозологическом уровне.

Сегодня совершенно очевидно, что запросами современной жизни продиктовано создание новых организационных форм оказания медицинской помощи больным ЯБ. Мультидисциплинарные бригады, включающие в свой состав терапевта, гастроэнтеролога, психотерапевта, клинического психолога и социального работника, должны стать основной структурой, оказывающей помощь лицам с ЯБ, так как только взаимное сотрудничество специалистов из различных областей может коренным образом улучшить качество жизни больных.

Павел СИДОРОВ, ректор Северного государственного медицинского университета, академик РАМН.

**Список литературы**

Медицинская газета № 57 (7087) 30 июля 2010