

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

К. м. н. А.А. ОПАРИН

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Показано значение проблемы психосоматических соотношений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, проведен обзор теорий, объясняющих влияние психики на соматическое состояние и роль психогенных факторов в ульцерогенезе. Сделан вывод о необходимости учитывать психосоматические соотношения в комплексной терапии.

Психосоматические соотношения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) продолжают оставаться одной из актуальнейших проблем современной гастроэнтерологии [1]. В конце XX в. были созданы многообещающие схемы терапии данного заболевания, в основе которых лежала эрадикация *Helicobacter pylori*, который был объявлен ведущим, если не единственным, фактором, приводящим к язвообразованию [2]. Однако, несмотря на широкое внедрение как у нас, так и особенно за рубежом, анти-Нр-терапии, число больных с данной нозологией не только не уменьшилось, но продолжает увеличиваться [3]. Также и у больных, которым была проведена эта терапия, далеко не всегда наступает обещанное полное излечение. К тому же сегодня показано, что Нр выявляется не у всех пациентов, страдающих ЯБДК, как считали вначале [4].

Поскольку проводимая антибактериальная и анти-секреторная терапия нередко не только не дает ожидаемого результата, но и приводит к тяжелейшим осложнениям, в первую очередь к дисбактериозу [5], и в настоящее время практически сформировалась резистентность Нр к большинству антибиотиков [6], изменилось также и течение самого заболевания, многие ученые все большее значение начинают придавать роли психосоматических факторов в ульцерогенезе [7]. Отсюда следует необходимость учитывать при разработке терапии не только соматический компонент болезни, но и психоэмоциональный статус больного. Было предложено несколько теорий психосоматических реакций, каждая из которых заняла определенную нишу в ульцерогенезе. Одна из них была в свое время разработана академиком И.П.Павловым. В соответствии с ней все психосоматические реакции сводятся лишь к взаимодействию между корой головного мозга и внутренними органами. Таким образом, не учитывалась роль подкорковых структур, вегетативной нервной системы, личностных и социальных факторов в развитии заболевания.

Позднее на основе павловской теории К.М. Быковым и И.Т. Курциным была разработана кортико-висцеральная теория, которая объясняла возникновение психосоматической патологии первичным нарушением управления внутренними органами вследствие перенапряжения процессов торможения и возбуждения в коре мозга. В этой теории учитывалась роль вегетативно-эндокринной системы и лимбико-ретикулярного комплекса в развитии психосоматиче-

ских расстройств, однако она отводила единственную роль в формировании заболевания коре головного мозга, оставляя без внимания личностные факторы [8]. З. Фрейд утверждал, что главнейшую роль в формировании функциональных расстройств в ЦНС играют «внутренние подсознательные конфликты», которые часто возникают еще в детстве; соматические же расстройства являются лишь проявлением «символического языка органов» [цит. по 9].

Развившаяся на основе этого учения так называемая теория неотрейдизма отводила ведущее место в развитии психосоматических нарушений не столько сексуальному конфликту, как во фрейдизме, сколько конфликтным ситуациям, обусловленным страхом, социальными проблемами, нарушением межличностных отношений. Ф. Александер считал, что психосоматические расстройства возникают как результат психофизиологических проявлений, специфичных для постоянного эмоционального напряжения. Л. Харрис и Р. Гринкер отводили важное место гипоталамо-гипофизарной системе в формировании психосоматических нарушений [цит. по 10].

В соответствии с современными воззрениями в механизмах развития психосоматических расстройств, в частности при язвенной болезни, принимают участие следующие компоненты. Во-первых, структуры мозга: неокортекс, гипоталамус, участвующие в процессах памяти, речи, формировании эмоций, управлении вегетативно-эндокринной системой, и лимбическая система, координирующая деятельность неокортекса и гипоталамуса. Во-вторых, эндокринные системы: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (корковый слой), принимающая участие в механизмах реализации стресса, и гипоталамо-симпатическо-надпочечниковая (мозговая часть), осуществляющая защитные реакции организма. В-третьих, собственно психологический компонент — личностные особенности больного, уровень его психологической защиты. В-четвертых, социальный компонент, отражающий влияние на больного окружения, урбанизации и других социальных и микросоциальных факторов.

Таким образом, в генезе психосоматических расстройств при ЯБДК можно выделить три основные группы факторов: психологические, социальные и соматические [11]. Но вопрос, почему под влиянием психогенных воздействий у одних людей развивается ЯБДК, у других — ИБС, у третьих — гипертоническая болезнь, у четвертых — бронхиальная астма и т. д.,

остаётся открытым. Чтобы приблизиться к ответу на него, эксперты ВОЗ предложили несколько критериев. Согласно их взглядам на выбор органа-мишени оказывает влияние следующая группа факторов: 1) конституциональная предрасположенность пациента; 2) предшествующее ослабление органа-мишени в результате различных травм, инфекций; 3) совпадение по времени активной деятельности органа-мишени с периодом максимального эмоционального напряжения; 4) символическая роль органа-мишени в системе значимого личностного конфликта [12].

Действительно, сегодня установлено, что больные ЯБДК имеют ряд общих генетических особенностей [13]. Многочисленными работами показано также, что предшествующее поражение органа (желудка и др.) ослабляет систему его защиты, создавая тем самым условия для развития ЯБДК. Однако еще более интересен тот факт, что от действия стресса страдает именно тот орган или система, которая, по представлению данного больного, является наиболее уязвимой и наиболее важной для жизнедеятельности [7]. Высказывается также предположение, что выбор органа-мишени зависит от корковых структур, которые определяют оптимальный эффекторный путь для выхода эмоций, вызванных стрессом, на периферию [13]. В свою очередь, возникновение стресса объясняется несоответствием между требованием среды и способностью индивида к адекватному реагированию на них. Таким образом, стрессовая реакция является нарушением равновесия во взаимоотношениях личности с окружением.

Патогенность стресса зависит от его интенсивности и продолжительности. Описаны три фазы течения хронического стресса: 1) фаза ингибиции, характеризующаяся подъемом уровня адреналина, угнетением синтеза белка в мозге, угнетением энергетического метаболизма; 2) фаза мобилизации, характеризующаяся ускорением синтеза белка, увеличением кровоснабжения и обмена веществ в головном мозге; 3) преморбидная фаза, во время которой происходит изменение содержания сахара в крови, снижение массы тела, нарушение метаболических процессов, снижение энергообразования, расстройство сна и ритма физиологических реакций. Следовательно, стресс протекает как компенсаторный процесс, который при длительно сохраняющемся патогенном воздействии и увеличении его интенсивности может переходить в дистресс с последующим развитием патологического процесса [10].

Именно суммация этих факторов и наблюдается при ЯБДК. Так, при изучении анамнеза у пациентов, страдающих этим заболеванием, было отмечено наличие детских психотравм, частота которых достигала 60% в крупных промышленных центрах [14]. Психогениями служили социальная стигматизация семейных разногласий, нарушение взаимоотношений родителей и неправильное их поведение по отношению к ребенку, неправильные типы воспитания ребенка, в частности ограничение его активности и контактов ребенка со сверстниками, недостаточная забота о нем [15]. Вместе с тем отмечено, что при наличии неблагоприятных стрессовых факторов ЯБДК развивается, как правило,

еще в детском или подростковом возрасте и характеризуется частыми обострениями, выраженным болевым, трудно купируемым синдромом, осложненным течением [16]. Если же неблагоприятные психоэмоциональные факторы возникли впервые в юношеском возрасте, то заболевание протекает значительно благоприятнее [17]. Оказалось также, что у пациентов, страдающих ЯБДК, стрессовые реакции были не только длительными, но и протекали с неослабевающей интенсивностью, что было обусловлено неблагоприятными обстоятельствами на работе, в окружении или в семье.

При всех условиях несомненную роль в развитии ЯБДК играют и личностные особенности индивида, о чем свидетельствуют данные обследования пациентов с помощью различных опросников: Айзенка, Спилберга—Ханина, Розенцвейга, методики Тейлора и др. Значительное число больных имеет ряд общих черт, таких как конфликтность, замкнутость, повышенная ранимость, тревожность, непереносимость неудач и трудностей, повышенная возбудимость [10]. Было показано, что для усредненного профиля личности больного ЯБДК характерен выраженный психовегетативный синдром, характеризующийся ипохондрическими, тревожно-депрессивными чертами личности и вегетативными расстройствами. Наиболее выраженный болевой синдром наблюдается у тревожно-мнительных лиц. Отмечено также, что в период сезонных обострений заболевания нарастают все психофизиологические изменения, характерные для больных ЯБДК,— ипохондрические и депрессивные тенденции, нарушения межполушарной асимметрии, особая организация биоэлектрической активности мозга, изменения вегетативного статуса и т.д. [7]. Проведенные комплексные исследования, в том числе и наши собственные, позволили установить, что имеется прямая взаимосвязь между степенью выраженного психовегетативного синдрома, клинической картиной заболевания, содержанием биологически активных веществ и состоянием защитного слизистого барьера. Так, чем более выражен психовегетативный синдром, тем в большей степени выражены болевой или диспептический синдромы (в прямой зависимости от длительности заболевания), чем значительнее меняется соотношение вазорегуляторов в сторону вазоконстрикторов, тем более снижается содержание гастральных муцинов в слизистой оболочке, повышается уровень продуктов перекисного окисления липидов и снижаются показатели антиоксидантной активности [18; 19].

Согласно прогнозу Гарвардской школы здравоохранения частота психосоматических заболеваний будет возрастать и к 2020 г. они займут второе после ишемической болезни сердца место в структуре заболеваемости, причин снижения трудоспособности и инвалидности. Это диктует необходимость активизации исследований по проблеме психосоматических соотношений при ЯБДК. В ней остаётся еще очень много нерешенных вопросов, однако можно считать установленным, что помимо соматогенного и социогенный, и психогенный компоненты этого заболевания играют существенную роль в ульцерогенезе, и это необходимо учитывать при проведении комплексной противоязвенной терапии.

Литература

1. *Бабак О. Я., Фадеенко Г. Д.* Фармакотерапия пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.— Харьков: Основа, 1997.— 150 с.
2. *Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л., Мегро Ф.* Helicobacter pylori — революция в гастроэнтерологии.— М.: Триада.— Харьков, 1999.— 258 с.
3. *Филипов Ю. А., Шмигель З. М., Котельникова Г. П.* Рівень поширеності захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків // Гастроентерол.— Дніпропетровськ, 2001.— Вип. 32.— С. 3–4.
4. Особенности язвенной болезни, не связанной с Helicobacter pylori / В. Б. Гриневич, Ю. П. Успенский, Г. Ж. Шабанова, Н. Н. Щербина // Тер. арх.— 2002.— № 2.— С. 24–27.
5. *Маев И. В., Вьючнова Е. С., Петрова Е. Г.* Побочные действия современной антихеликобактерной терапии // Клин. мед.— 2002.— № 6.— С. 7–13.
6. *Мегро Ф.* Резистентность Helicobacter pylori к антибиотикам // Рос. журн. гастроентерол., гепатол., колопроктол.— 2002.— № 3.— С. 71–81.
7. *Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В.* Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни // Клин. мед.— 1999.— № 8.— С. 9–16.
8. *Вейн А. М.* Идеи нервизма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроентерол., гепатол., колопроктол.— 1997.— № 3.— С. 76–79.
9. *Lipovski Z. J.* Psychosomatic medicine: past and present. Part 1 historical background // Can. J. Psychiatr.— 1986.— V. 31.— P. 2–7.
10. *Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей.— С.Пб.: Питер, 2000.— 512 с.
11. *Волков В. С., Смирнова Л. Е.* Влияние психических нарушений на течение язвенной болезни // Клин. мед.— 1996.— № 6.— С. 81–82.
12. *Фролькис А. В.* Заболевания желудочно-кишечного тракта и наследственность.— С.Пб.: Спец. лит-ра, 1995.— 288 с.
13. *Engel G. L.* The psychosomatic approach to individual susceptibility to disease // Gastroenterol.— 1974.— V. 67.— P. 1085–1093.
14. *Соловьева А. Д., Шентулин А. А., Аннамамедова Р.* Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями // Клин. мед.— 1997.— № 1.— С. 27–28.
15. *Жужанов О. Т.* Психосоматические особенности личности больного язвенной болезнью. // Там же.— 1985.— № 8.— С. 71–74.
16. Психологическое исследование личностных особенностей больных психосоматическими заболеваниями / Е. Н. Ревенюк, Л. И. Завилянская, С. М. Морозов и др. // Врач. дело.— 1979.— № 8.— С. 97–100.
17. *Craig N. R. J., Boardman A. P.* Common mental health problems in primary care // Brit. med.— 1992.— V. 8, № 2.— P. 47–90.
18. *Опарин А. А.* Влияние оксида азота и гормонов стресса на состояние защитного слизистого барьера у больных язвенной болезнью, ассоциированной с Helicobacter pylori // Врач. практик.— 2002.— № 3.— С. 5–6.
19. *Шаробаро В. И.* Клинические особенности, психологические изменения личности и активность антиоксидантной системы у больных язвенной болезнью // Клин. мед.— 2001.— № 5.— С. 39–41.

Поступила 29.01.2003

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF DUODENAL ULCER

A. A. Oparin

S u m m a r y

The importance of the problem of psychosomatic correlations in duodenal ulcer is shown; the theories explaining the influence of psyche on the somatic state and the role of psychogenic factors in ulcerogenesis are reviewed. The author concludes about the necessity to consider psychosomatic correlations in complex therapy.