

*Мусаев А.И., Раисова Н.Р., Муратов А.А.*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

В настоящее время, язвенная болезнь дуоденума или хроническая дуоденальная язва (ХДЯ) являются достаточно широко распространенным заболеванием с которыми встречаются в своей практике и терапевты и хирурги. Не вызывает сомнения то, что эти хронические заболевания ведут к эмоциональному напряжению и изменению психического состояния больных [2,7,8]. У больного формируется страх, тревога, ожидание, надежды, представления о проявлениях болезни и его исходах [3,4].

Своеобразие реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения больных [5,6]. Зачастую больной не может их выразить в достаточной степени отчетливо, но именно они определяют его сопротивление предлагаемому лечению или, наоборот, сотрудничество с врачом [1,7,8]. Однако, несмотря на современные требования научной рациональности, влияние психофункциональных характеристик человека на формирование у него «внутренней картины болезни» (ВКБ) до сих пор остаются малоизученными.

**Цель работы:** Характеристика объективного статуса и психо-функционального фона у больных ХДЯ.

**Материал и методы:** Обследовано 42 больных ХДЯ. Основную группу составили 24 больных с длительным (>15 лет) стажем ХДЯ, а контрольную - 18 больных с относительно коротким (<2 лет) стажем болезни.

При характеристике психосоматического статуса больных их связи с качеством жизни (КЖ) использованы оценочные исследования: 1) структурированная клиничко-психологическая беседа; 2) Опросник «Формальная характеристика поведения» Я.Стреляу и соавт. (2005); 3) Клинический опросник К.К.Яхиной и Д.М.Менделевича (1978); 4) Шкала по оценке выраженности симптомов (NIH-CPSI); 5) Шкала Цунга по оценке степени депрессии; 6) Шкала Цунга по самооценке тревоги; 7) Шкала Спилбергера по оценке степени тревоги; 8) Шкала SF-36 по оценке качества жизни связанного со здоровьем; 9) Тесты для оценки эмоциональных состояний (тревоги и страха) по Спилбергеру; 10) Шкала самооценки личностной тревожности по Спилбергеру.

В соответствии с критериями МКБ-10 психофункциональные расстройства были в форме нозогенных реакций – у 2 (8,3%); соматогенной астении – у 2 (8,3%); неврастении – у 10 (41,7%); соматогенной депрессии – у 10 (41,7%) больных.

Следует подчеркнуть, что формирование психопатологических нарушений, их динамика коррелируют с клиническими проявлениями ХДЯ. Как видно из таблицы 1. уровень ситуативной

тревоги у больных контрольной группы составляла  $14,2 \pm 1,0$ , тогда как у больных основной группы -  $88,5 \pm 3,6$ . У больных ХДЯ с незначительным стажем заболевания уровень личностной тревоги составлял  $12,5 \pm 1,2$ , тогда как у больных с длительным стажем заболевания -  $88,3 \pm 6,6$ .

**Таблица 1.**

### Уровень тревоги по шкале Спилбергера

Баллы	Контрольная группа	Основная группа
Ситуативная тревога		
Средний балл (M±m)	$14,2 \pm 1,0$	$88,5 \pm 3,6$
Личностная тревога		
Средний балл (M±m)	$12,5 \pm 1,2$	$88,3 \pm 6,6$
Общий балл (M±m)	$10,4 \pm 1,1$	$86,4 \pm 3,3$

В целом, общий балл уровня тревоги составил в контрольной группе  $10,4 \pm 1,1$ , а в основной группе -  $86,4 \pm 3,3$ . Итак, у больных с длительным анамнезом ХДЯ отмечается значительно высокий уровень обеих видов тревожности, чем у больных с незначительной длительностью течения ХДЯ.

Как видно из таблицы 2, лишь у 3 больных контрольной группы имело место симптоматика легкой депрессии, тогда как у больных с длительным стажем болезни (основная группа) таковых не было. У абсолютного большинства больных отмечалась выраженная депрессия.

**Таблица 2.**

### Уровень депрессии по шкале Цунга (n, %)

Выраженность симптомов	Контрольная группа	Основная группа
<50 норма	14 (77,8%)	-
50-59 легкая депрессия	3 (16,7%)	-
60-69 умеренная депрессия	1 (5,5%)	4 (16,7%)
>70 выраженная депрессия	-	20 (83,7%)
Итого:	18 (100%)	24 (100%)

Таким образом, при сравнении результатов распространенности психо-эмоциональных расстройств выявлено, что у 83,7% пациентов с ХДЯ длительного проявления отмечается выраженная тревога (уровень -  $86,5 \pm 2,1$ ) и выраженная депрессия (уровень -  $88,8 \pm 2,4$ ).

Таблица 4.

## Уровень адаптации по шкале АОБ

Уровень адаптации	Основная группа	Уровень адаптации
Хорошая (<10)	4 (22,2%)	-
Умеренная (11-20)	8 (44,4%)	-
Слабая (21-40)	4 (22,2%)	3 (4,2%)
Низкая (>40)	2 (11,1%)	21 (95,8%)
Всего	18 (100%)	24 (100%)

Итак, у больных с ХДЯ длительного течения наблюдается низкая психологическая адаптация к своему заболеванию. При сравнении степени адаптации больных с частотой обращения к врачу в течении года, была отмечена обратная зависимость. Следует подчеркнуть, что чем ниже был уровень адаптации, тем чаще больные обращались к врачам.

По результатам анализа данных опросника мы выделили также, как и при ХКХ две формы поведения больных с ХДЯ. Адаптивная форма отмечалась у 6 больных со слабой или низкой адаптацией к своему заболеванию, а фобическая форма отмечалась у 18 больных. Их соотношение составил 1 : 3.

Характерные проявления «язвенной» формы поведения практически мало чем отличается от проявлений «холецистопатической» формы. Среди них и выраженная тревога и депрессия, чрезмерная озабоченность своим состоянием, что является поводом к тому, что больной прислушивается и к мнению терапевта и к мнению хирурга. Тем не менее, продолжает отказываться от операции.

**Резюме:** Имеется выраженный полиморфизм клинических проявлений у больных с ХДЯ, в том числе обусловленные психо-функциональными расстройствами, которые протекали у 2 (8,3%) больных в форме нозогенных реакций, у 2 (8,3%) в форме соматогенной астении, у 10 (41,7%) в форме неврастения и еще у 10 (41,7%) – в форме соматогенной депрессии.

Частота депрессивного состояния при ХДЯ был выше, чем у больных с ХКХ. Причем, аффективные проявления депрессии были в виде выраженного чувства страха, тоски и безнадежности, на фоне которых отмечались выраженные вегетативные проявления в виде головных болей, головокружения, шум в ушах.

Формирование психопатологических нарушений, их динамика коррелируют с клиническими проявлениями ХДЯ. У больных с незначительной длительностью течения ХДЯ общий балл уровня тревоги составляет 10,4±1,1, а у больных с длительным сроком - 86,4±3,3. Средний балл уровня адаптации больных группы контроля составляет 55,3±1,4, а у больных основной группы – 10,5±2,2, что свидетельствует о низкой их психологической адаптации к своему заболеванию.

Учитывая высокую распространенность психо-эмоциональных расстройств среди больных с длительным анамнезом ХДЯ, мы провели опрос больных, как впрочем и с ХКХ, по выявлению наиболее частых причин вызывающих страх и тревогу по поводу своего заболевания.

Как видно из таблицы 3, 100% больных с длительным сроком заболевания ХДЯ отмечают страх и тревогу, в том числе перед предстоящей операцией. Между тем, больные вполне ориентированы на то, что язвенный процесс постепенно прогрессирует и оперативное лечение практически неизбежно. Именно указанный выше фактор является сильным психотравмирующим фактором, а охарактеризованное выше состояние и озабоченность, безусловно, ведет к снижению КЖ больных.

Таблица 3.

## Наиболее частые причины вызывающие страх и тревогу у больных с ХДЯ с длительным проявлением (n-24)

Характер страха и тревоги	Абс, %
Страх развития осложнения в результате неэффективного лечения и прогрессирования заболевания, сомнения в квалификации врачей-терапевтов	24 (100%)
Страх перед предлагаемой операцией и наркозом, сомнения о возможности удачного оперативного излечения	24 (100%)
Страх развития осложнений после операции со смертельным исходом, сомнения в квалификации врачей-хирургов	24 (100%)
Страх развития рака желудка	20 (83,3%)
Страх возникновения кровотечения и кровопотери	16 (66,7%)
Страх развития прободения язвы и перитонита	18 (75%)

Таким образом, формируется определенный стереотип поведения, основанный на специфическом автономном образе болезни (АОБ) данных пациентов, с ориентацией на патологию в соматической сфере, в частности в желудке и двенадцатиперстной кишки, и, следовательно, обуславливая стереотипное отношение к больному со стороны как терапевтов, так и хирургов.

Указанные дистрессовые факторы в виде клинко-психопатологического феномена – страха, тревоги, формируют своеобразный порочный круг. По нашим данным, средний балл уровня адаптации больных контрольной группы составил 55,3±1,4, тогда как у больных основной группы – 10,5±2,2.

Из таблицы 4. видно, что в контрольной группе больных у большинства (у 12 из 18) больных имело место хорошая или умеренная адаптация к своему заболеванию (ХДЯ). У подавляющего большинства (у 21 из 24) больных основной группы адаптация расценивается как низкая.

**Литература:**

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. - М.: 1998. – 285 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002. – 453 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Практическое руководство. М., 2000. – 355 с.
4. Александров Ф.А. Психосоматическая медицина. – М.: Медицина, 2000. – 251 с.
5. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М.: Эксмо, 1995. – 321 с.
6. Аршавский В.В., Ротенберг В.С. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию // Журн. высшей нервной деятельности. - 1976. - № 2. – С.78.
7. Афендулов С. А, Дарвин В. В., Жилин В. Е. и др. Нерешенные вопросы течения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Мат. 8-й Всеросс. съезд хирургов. - Краснодар, 1995. - С. 14-15.
8. Бабалич А.С. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. – 1999.–№7.–С.19-22.