

4. Генетика. — 1979. — Т. 15. — № 7. — С. 1317–1326.
5. Гусева И. С. Некоторые особенности проявления генетической модели папиллярного узора пальцев рук человека // Генетика. — 1971. — Т. VII. — № 10. — С. 103–114.
6. Казанский мед. журн. — 1970. — № 3. — С. 113–115.
7. Клиническая мед. — 1980. — № 7. — С. 113–115.
8. Курамшина О. А., Габбасова Л. В., Крюкова А. Я. Особенности психологического статуса больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющих наследственную предрасположенность // Мед. наука и образование Урала. — 2010. — № 4. — С. 75–77.
9. Курамшина О. А. Клинико-эндоскопическая характеристика и эмоционально-личностная сфера больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, имеющих наследственную предрасположенность // Фундамент. исслед. — 2011. — № 11. — С. 53–56.
10. Масевич Ц. Г., Эмская К. М. Особенности кислотно-пептической агрессии у больных язвенной болезнью // Советская мед. — 1980. — № 9. — С. 7–10.
11. Станчев И. Н. Влияние наследственной предрасположенности на секрецию и кислотность желудка у здоровых лиц // Тер-Архив. — 1987. — № 7. — С. 108–109.

РЕЗЮМЕ

О. А. Курамшина, А. Я. Крюкова, Л. В. Габбасова, Ю. А. Кофанова

Этиопатогенетические особенности язвенной болезни у лиц молодого возраста в зависимости от наследственной предрасположенности

Особенности этиопатогенеза язвенной болезни представляют особый интерес ввиду большой роли наследственной предрасположенности в формировании данной патологии. Авторами детально рассмотрены не только факторы риска, но и особенности нервно-психической сферы, клинической картины и эндоскопических характеристик во взаимосвязи с генетической обусловленностью к заболеванию.

Ключевые слова: язвенная болезнь, факторы риска.

SUMMARY

O. A. Kuramshina, A. Ya. Kryukova, L. V. Gabbasova, Yu. A. Kofanova

Etiopathogenetic features of peptic ulcer in the young people depending on the hereditary predisposition

Etiopathogenetic ulcer is of particular interest because of its great role in hereditary predisposition to formation of this pathology. The authors detail not only the risk factors but the features of the neuro-psyche sphere, the clinical picture, and endoscopic features in their interrelation with genetic predisposition to the disease.

Key words: ulcer, etiopathogenesis.

© А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина, 2013 г.
УДК 616.5-002.44-092

А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

ВВЕДЕНИЕ

Патогенез язвенной болезни так же сложен и неоднороден, как и ее этиология [11]. Признавая нозологическое единство, выделяют, как минимум, два клинико-патогенетических варианта заболевания: пилоро-дуоденальную (язва двенадцатиперстной кишки) и медиастральную (язва желудка), которые отличаются между собой как по конкретным механизмам патогенеза, так и по клиническим проявлениям, направленности и выраженности секреторных и моторных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки, характеру церебровегетативных гормональных нарушений (по превалированию парасимпатических или симпатических влияний), особенностям структуры и функции пораженных язвенным процессом органов (желудок, ДПК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью оценки клинико-патогенетического, функционального варианта течения язвенной болезни нами проведено исследование 112 больных язвенной болезнью желудка (34), двенадцатиперстной кишки (78). Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с требованиями современного стандарта, с оценкой гистоморфологических секреторно-моторных, гормональных нарушений, а также степени обсемененности *H. pylori*, проведением эрадикации и ее эффективности. Психосоматический статус оценивался с использованием комплексных методов: многосторонние исследования личности, шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга, шкала депрессии Бека, методика «незаконченных предложений» для оценки нарушений в системе отношений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущими факторами патогенеза язвенной болезни являются нарушения нервных механизмов регуляции (ВНС, выполняющая эрготропную и трофотропную функции), гормональные сдвиги и комплекс местных механизмов, реализующих нейрогормональные патологические воздействия на гастродуоденальную слизистую путем усиления, «агрессивных» свойств желудочного содержимого.

го и двигательной дисфункции желудка и ДНК, с одной стороны, снижения протективных свойств слизистой оболочки, с другой, снижения резистентности слизистой оболочки за счет метаболических трофических, микроциркуляторных расстройств. На этом основывается известное высказывание В. Х. Василенко (1970), что все язвы являются дистрофопептическими. Однако только в 1965 г. Н. Shay и D. Sun была разработана концепция дисбаланса между факторами «агрессии», вызывающими самопереваривание участка слизистой оболочки с образованием язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или ДПК, и факторами «защиты», препятствующими этому процессу.

Язвенная болезнь, по мнению F. Alexander (1950), относится к классическим заболеваниям, при котором, по мнению В. Д. Менделевича (2002), формируются психосоматические расстройства, вызванные психологическими особенностями реакций на стресс, стереотипами поведения особенностями переработки внутриличностного конфликта.

Таким образом, в настоящее время язвенную болезнь принято считать мультифакториальным заболеванием, рассматриваемым теорией весов, на которых находятся агрессивные (риск-факторы) и защитные механизмы. Особое место среди агрессивных факторов занимают *Н.р.*, а также нейроэндокринные факторы в плане психосоматических расстройств. Психосоматическая медицина сегодня рассматривает отношения и взаимосвязь между эмоциональной жизнью человека и причинными (этиологическими) факторами соматических расстройств, т. е. оценивает роль индивидуальных психических факторов окружающей среды в формировании заболеваний.

При этом она исходит из того, что среда обитания индивидуума в настоящем и прошлом, его эмоциональная реакция могут оказать значительное влияние на функционирование внутренних органов. Язвенную болезнь необходимо рассматривать как типичный пример психосоматического заболевания, при котором психосоциальные и психоэмоциональные факторы играют существенную роль, предшествуя и способствуя образованию дефекта в слизистой желудка или двенадцатиперстной кишке. Вместе с тем психические детерминанты являются лишь ко-факторами, которые приобретают причинное значение только при их сочетании с генетическими, внешнесредовыми, иммунными и местными факторами, реализующими формирование болезни.

Особое внимание должно быть уделено локализации язвенного дефекта. Подробные исследования гастроэнтерологов, морфологов, клиницистов позволили выделить лишь два клинических варианта течения язвенной болезни: хроническую язвенную болезнь с локализацией процессов в же-

лудке и локализацией язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке. При этом определяются и два клинических варианта язвенной болезни. Так почему два варианта язвенной болезни? Да потому, что вариант формирования и течения язвенного процесса зависит от типа нервной системы, выраженности вегетативных проявлений гормонального фона, особенностей секреторно-морфогистологических изменений. Так, язвенная болезнь желудка протекает на более спокойном неврологическом фоне, умеренно-выраженных секреторных расстройств, но с выраженными гастрическими морфологическими изменениями слизистой желудка и почти нормальным гормональным фоном (АКТГ). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, как правило, сопровождается более выраженным болевым синдромом, неврологическими проявлениями при значительных секреторно-моторных расстройствах, с выраженным ацидо-пептическим фактором, более глубоким «язвенным кратером», формирующим выраженный (типичный) болевой симптомокомплекс со значительным повышением гормонального фона (АКТГ).

Одним из основных факторов, который определяет клинические проявления, является функциональное состояние центральной нервной системы (ее тип), вегетативной иннервации, а также психоэмоциональной личностной сферы, т. е. психологический статус. С целью дифференцированной оценки психоэмоционального статуса больных язвенной болезнью в клинической практике мы пользуемся работой классификацией Ю. М. Губачева, В. И. Симаненкова (1987).

В отличие от ранее опубликованных классификаций (Г. И. Дорофеев, В. М. Успенский, 1984; П. Я. Григорьев, 1986; А. Л. Гребенев и А. А. Шептулин, 1989 и др.), она касается, прежде всего, психосоматических вариантов течения язвенной болезни.

В классификации Ю. М. Губачева и В. И. Симаненкова (1987) уделено большое внимание психосоматическим механизмам формирования язвенной болезни, авторами выделено 5 вариантов.

Соматогенный (биологический) вариант заболевания формировался в результате возникновения патологических прямых и обратных функциональных связей гипоталамо-гипофизарно-гастроудоденальной нейрогормональной систем (А. М. Уголев, 1985; В. М. Дильман, 1987). Среди исследуемых нами больных они составили 30,7 %, причем преимущественно больные с медиогастральной локализацией язвы. Клиническое течение сопровождалось социальной дезадаптацией и депрессивно-ипохондрическим синдромом.

Нейрогенный вариант язвенной болезни протекал с выраженным снижением адаптационных возможностей, формировался чаще после черепно-мозговых травм, а также последствий, которые

нарушают нейрогормональную регуляцию, участвуя в ulcerogenesis; среди исследуемых больных они составляли 10,6 %.

Эндогенно-психопатологический вариант язвенной болезни чаще проявлялся как атипичический вариант с маниакально-депрессивным, депрессивным синдромами, причем эти синдромы часто предшествовали обострению заболевания, и среди исследуемых пациентов выявлен у 7,2 %. Выявлен личностный вариант язвенной болезни, в патогенезе и течении которого выявлялись синдромы социально-психологической дезадаптации со сдвигами нейрогормональной реактивности, которые оказывали моделирующую роль в личностных нарушениях и клиническом течении заболевания (34,8 %).

Дистрессорный вариант течения язвенной болезни, при котором эмоциональный дистресс и нейрогормональные сдвиги провоцируют обострение, заболевание протекало ациклично, психогенные факторы играли ведущую роль (16,7 %).

Таким образом, оценка клинического варианта течения язвенной болезни должна исходить из особенностей этиопатогенеза, степени выраженности нейругуморальных гистоморфологических, клинико-функциональных изменений, адаптационных, а также психосоматических расстройств, что позволяет определить не только индивидуальный клинико-функциональный диагноз, но и дифференцированную патогенетическую терапию, реабилитацию и профилактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В. Х. Некоторые старые и новые проблемы патогенеза язвенной болезни // *Клин. мед.* — 1970. — № 10. — С. 117–127.
2. Григорьев П. Я. Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Медицина, 1986. — 224 с.
3. Губачев Ю. М., Симаненков В. И. Психосоматические нарушения у больных с предъязвенным состоянием и язвенной болезнью. — Л.: ГИДУВ, 1987. — 17 с.
4. Дильман В. М. Большие биологические часы: Введение в интегральную медицину. — М.: Знание, 1982. — 208 с.
5. Дорофеев Г. И., Успенский В. М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. — М.: Медицина, 1984. — 160 с.

6. Крюкова А. Я., Курамшина О. А., Нафикова А. Ш., Габбасова Л. В. Изменения качества жизни и психологического статуса больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема эрадикационной терапии // *Ученые записки Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова.* — 2011. — Т. XVІІІ. — № 4. — С. 96–97.

7. Крюкова А. Я., Курамшина О. А., Габбасова Л. В. Синдромы боли, нарушения пищевого поведения, сопряженные с психоэмоциональными нарушениями при язвенной болезни // *Ученые записки Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова.* — 2011. — Т. XVІІІ. — № 4. — С. 92–94.

8. Курамшина О. А., Габбасова Л. В., Крюкова А. Я., Кофанова Ю. А. Синдром тревоги у больных с язвенной болезнью // *Ученые записки Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова.* — 2010. — Т. ЧVII. — № 2. — С. 94.

9. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 608 с.

10. Уголев А. М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций. — Л.: Наука, 1985. — 544 с.

11. Циммерман Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии. — Пермь, 1992. — 336 с.

12. Alexander F. Psychosomatic specificity. — Chikago, 1968.

РЕЗЮМЕ

А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина

Клинико-патогенетические варианты течения язвенной болезни

Изложены варианты течения язвенной болезни с учетом патогенеза заболевания. Во внимание принимаются роль центральной нервной системы, вегетативной нервной системы, а также психосоматические механизмы формирования данного заболевания.

Ключевые слова: язвенная болезнь, патогенез, психосоматические механизмы.

SUMMARY

A. Ya. Kryukova, O. A. Kuramshina

Clinical and pathogenetic variants of peptic ulcer

The authors present some variants of the peptic ulcer course, with pathogenesis of the pathology being taken into account. Attention has been paid to the role of the central nervous system and of the vegetative nervous system as well as to psychosomatic mechanisms of the given pathology development.

Key words: peptic ulcer, pathogenesis, psychosomatic mechanisms.