

На правах рукописи

Кашеварова Станислава Сергеевна

**Клиническая картина, личностные особенности,  
психологический статус и качество жизни больных с  
функциональной диспепсией**

14.01.28 – гастроэнтерология

14.01.06 - психиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание  
ученой степени кандидата  
медицинских наук

Москва - 2011

Работа выполнена в ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
Минздравсоцразвития России

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Махов Валерий Михайлович

доктор медицинских наук, профессор Ромасенко Любовь Владимировна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Шептулин Аркадий Александрович

доктор медицинских наук Букреева Наталья Дмитриевна

Ведущая организация:

ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

Защита диссертации состоится «       » \_\_\_\_\_ 2011 г. в 13:00 на  
заседании диссертационного совета Д 208.040.10 ГОУ ВПО Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России по адресу: 119991,  
г.Москва, ул.Трубецкая, д.8, стр.2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России: 117998, г.Москва,  
Нахимовский проспект, д.49.

Автореферат разослан «       » \_\_\_\_\_ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор Эрдес Светлана Ильинична

## *Общая характеристика работы*

### **Актуальность темы:**

Функциональную диспепсию (ФД) диагностируют у 15–20% населения экономически развитых стран (Keohane J., 2007). В настоящее время нет единого мнения о механизмах развития ФД. Спорным остается вопрос о влиянии Н. рулoгi и воспалительных изменений слизистой оболочки желудка на клиническую картину заболевания.

Большинство авторов рассматривают ФД как биопсихосоциальное заболевание, при котором психотравмирующие и стрессовые ситуации способствуют возникновению нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (Шептулин А.А., 2003; Drossman D.A., 1999; [Chen T.S.](#), 2010). Согласно МКБ-10 ФД шифруется в двух разделах: заболевания органов желудочно-кишечного тракта (К.30) и психические болезни (F45.31). Это обстоятельство позволяет определить ФД не только как соматический синдром, но и как психосоматический. В литературе обращено внимание на то, что ведение больных с ФД врачом общей практики или гастроэнтерологом без учета психосоматического компонента заболевания может не давать положительного результата в лечении. Этот аспект проблемы определяет важность настоящего интегрального исследования.

Частое выявление у больных с ФД различных вегетативных нарушений (функциональные сердечные боли и сердцебиения, усиление потливости, учащенное мочеиспускание) требует оценки состояния вегетативной регуляции, однако исследования, посвященные этим звеньям патогенеза ФД, немногочисленны и разноречивы.

В литературе признается ведущая роль нарушенной гастродуоденальной моторики в формировании симптомов ФД ([Quigley E.M.](#), 2008). Однако для выявления нарушений моторики желудочно-кишечного тракта необходимо проведение исследований, большая часть которых является инвазивными и малодоступными в практическом здравоохранении. В связи с этим, особую актуальность приобретают неинвазивные, не искажающие физиологичности процесса методы диагностики, к которым относится метод периферической электрогастроэнтерографии (Ли Л.Г., 2005). Данный метод применяется в нашей стране для диагностики нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у больных с различными заболеваниями (язвенным стенозом, спаечной болезнью брюшной полости, запорами) (Смирнова Г.О., 2009), но в литературе мало сведений о его использовании у лиц, страдающих ФД.

В последние годы интерес вызывают исследования качества жизни больных с ФД. Было показано, что уровень качества жизни у лиц с ФД ниже, чем у здоровых людей и даже больных с органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (Mones J., 2002). Talley N.J. et al. выявили значительно более низкие показатели общего состояния здоровья у пациентов с дисмоторным типом ФД по сравнению с язвенно-подобным (Talley N.J., 1995). В то же время в ряде работ не удалось выявить достоверных различий показателей качества жизни у больных ФД и контрольной группы здоровых пациентов (Wiklund I., 1998). Таким образом, результаты исследований, оценивающих уровень качества жизни у больных с ФД противоречивы. Кроме того, отсутствуют работы, в которых изучалось бы влияние различных типов психических расстройств на качество жизни пациентов с ФД.

В 2006 году Римским консенсусом III (Task J., 2006) были утверждены два новых варианта ФД: эпигастральный болевой синдром и постпрандиальный дистресс-синдром (диспептические симптомы, вызываемые приемом пищи) в связи с чем, актуальной задачей является соотнесение клинических особенностей, моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта, вегетативных расстройств и состояния психического статуса с новыми клиническими вариантами ФД.

#### **Цель планируемого исследования:**

Соотнесение клинической картины ФД с морфологическим состоянием слизистой оболочки желудка, миоэлектрической активностью желудка и двенадцатиперстной кишки, вегетативным и психическим статусом у больных с ФД.

#### **Задачи исследования:**

1. Сопоставить клинические проявления у больных различными типами ФД с результатами морфологического исследования слизистой оболочки желудка и инфицированием *H. pylori*
2. Изучить миоэлектрическую активность и ритмичность желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью методики периферической электрогастроэнтерографии при различных клинических типах ФД
3. Определить состояние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при различных клинических проявлениях ФД

4. Соотнести состояние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с миоэлектрической активностью желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ФД
5. Изучить варианты течения ФД в зависимости от личностных особенностей пациентов
6. Выявить структуру психического статуса пациентов при различных клинических вариантах ФД
7. Установить уровень качества жизни у больных ФД с различными клиническими и психопатологическими проявлениями
8. Определить особенности клинических проявлений ФД в зависимости от возраста больных

**Научная новизна:**

В диссертационной работе впервые у больных с ФД проведена сравнительная оценка клинической картины, морфологического состояния слизистой оболочки желудка и инфицированности *H. pylori*, показателей миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки, состояния вегетативного тонуса, результатов комплексного психиатрического и психологического (психометрического) обследования, а также уровня качества жизни при различных клинических вариантах функциональной диспепсии (эпигастральном болевом синдроме, постпрандиальном дистресс-синдроме и смешанном варианте) и в зависимости от типа имеющегося психического расстройства (аффективного, невротического или ипохондрического). Новизной данной диссертационной работы является применение методики периферической электрогастроэнтерографии для исследования миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ФД в широком возрастном диапазоне и сопоставление полученных данных с клинической картиной, вегетативными проявлениями и психическим статусом у больных ФД. Автором работы впервые продемонстрировано отсутствие значимого влияния фактора возраста на возникновение основных клинических проявлений при ФД.

**Практическая значимость и пути реализации работы:**

Выявленная в работе зависимость основных клинических проявлений ФД от типа психического расстройства, позволяет обозначить определение психического статуса

пациента ключевой позицией в ведении больных с ФД. Выбор методов лечения больных с ФД должен проводиться в зависимости от имеющихся у больных психических девиаций. Методика периферической электрогастроэнтерографии может быть рекомендована для подтверждения функционального характера диспепсических жалоб у больных с ФД.

Методика периферической электрогастроэнтерографии нашла практическое применение в отделении гастроэнтерологии на кафедре факультетской терапии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

#### **Апробация работы:**

Апробация диссертационной работы проведена на научной конференции кафедры факультетской терапии № 1 лечебного факультета ГОУ ВПО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

#### **Публикации:**

По материалам диссертации опубликованы 6 печатных работ в отечественных изданиях.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Характер основных клинических проявлений ФД зависит от типа психического расстройства.
2. Клинические проявления ФД в различных возрастных периодах не зависят от степени активности воспалительного и атрофического процесса в слизистой оболочке желудка и степени колонизации *H. pylori*.
3. Нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ФД ассоциированы с психопатологическими симптомами тревожно-депрессивного спектра, такими как подавленное настроение, чувство тревоги и страха. Нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ФД не коррелируют с основными клиническими проявлениями заболевания.
4. Вегетативные нарушения при ФД являются проявлениями психовегетативного синдрома и представлены в виде избыточной активности надсегментарных вегетативных влияний, ассоциированных с психическими расстройствами.

5. Ипохондрические расстройства оказывают основное влияние на качество жизни больных с ФД.

### **Объем и структура диссертации:**

Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста, иллюстрирована 28 таблицами, 3 графиками и 3 клиническими наблюдениями. Работа состоит из введения, обзора литературы, описания методов исследования, главы, посвященной результатам собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов и практических рекомендаций. Список литературы содержит 226 источников (39 отечественных и 187 зарубежных).

Работа выполнена на кафедре факультетской терапии №1 лечебного факультета (зав. кафедрой – д.м.н., профессор В.А. Сулимов) Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова.

### **Содержание диссертации.**

#### **Материалы и методы исследования:**

Было обследовано 104 пациента с клиническими признаками ФД. В обследованной группе было 26 мужчин (25,0%) и 78 женщин (75,0%). Возраст больных колебался от 15 до 75 лет (в среднем –  $7,6 \pm 4,5$  года).

Больным, помимо общеклинических методов, было проведено углубленное обследование, включавшее в себя:

- 1) проведение эзофагогастродуоденоскопии с биопсией и последующим морфологическим исследованием фрагментов слизистой оболочки желудка, и определением наличия и степени обсемененности *H. pylori*
- 2) изучение миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки методом периферической электрогастроэнтерографии
- 3) клиническое специализированное интервью, направленное на сбор всего многообразия жалоб больных, заполнение анкет, контролируемое и самостоятельное
- 4) анализ вегетативных расстройств с помощью исследования вариабельности ритма сердца, использования опросника для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна и анкеты гипервентиляции

- 5) психиатрическое и психологическое (психометрическое) обследование, включавшее консультирование больных врачом-психиатром и использование ряда специализированных психометрических опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90, тест Ч.Д. Спилбергера для определения уровня реактивной и личностной тревожности)
- 6) изучение личностных особенностей больных ФД с помощью анкеты Леонгарда
- 7) изучение уровня качества жизни у больных ФД с помощью специализированного опросника SF-36

Для анализа данных были использованы методы описательной статистики, корреляционного и регрессионного анализа. Статистические расчеты выполнены с помощью компьютерных пакетов Excel, SPSS и Statistica.

### **Результаты собственного исследования.**

#### **Клиническая картина ФД.**

Результаты анализа клинической картины у больных с ФД подтвердили существование таких вариантов ФД как эпигастральный болевой синдром (ЭБС) и постпрандиальный дистресс-синдром (ППДС) (в соответствии с Римскими III критериями), однако признаки ППДС имели только 17 пациентов (8 мужчин и 9 женщин), а у большинства больных отмечались признаки ЭБС (45 больных: 8 мужчин и 37 женщин) или сочетания обоих синдромов, обозначенное нами как смешанный вариант (42 пациента: 10 мужчин и 32 женщины). Все три группы достоверно не различались по возрасту и длительности заболевания.

Характерной особенностью клинической картины больных с ФД явилось многообразие имеющихся жалоб, чрезмерно эмоциональная их окраска. Помимо основных клинических проявлений ФД, таких как боль, жжение, переполнение в эпигастральной области и чувство раннего насыщения, у больных отмечалось наличие большого количества других *диспепсических симптомов*, из которых наиболее часто встречались вздутие, тяжесть, урчание, переливание в верхней половине живота (53,8%), тошнота (53,8%), отрыжка (48,1%), метеоризм (51,4%), признаки неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (32,7%) и синдрома раздраженного кишечника (21,1%), эпизоды послабленного стула на фоне психоэмоциональных переживаний (16,3%), запоры (14,4%), боли в правом подреберье (21,1%), боли в левом подреберье



(23,0%), эпизоды рвоты без сопутствующих признаков отравления, возникающие обычно на фоне тревоги и страха (12,5%), чувство затруднения при глотании и (или) прохождения пищи по пищеводу (17,3%), ощущение комка или сдавления в горле (21,8%), жжение во рту (7,7%), снижение аппетита (26%), снижение массы тела на фоне психоэмоциональных переживаний или из-за невозможности принимать пищу в прежнем объеме в связи с чувством переполнения в эпигастральной области (24,0%).

Наиболее распространенными «негастроэнтерологическими» клиническими проявлениями у больных с ФД были *астеноневротические жалобы и вегетативные нарушения* (снижение работоспособности (59,6%), потливость (40,4%), чувство нехватки воздуха и затрудненного дыхания (33,6), сердцебиение (39,4%), побледнение, похолодание конечностей (27,9%)), *экстабдоминальные боли* (боль в сердце и грудной клетке (34,6%), боль в мышцах (24%)), *а также эмоциональные и диссомнические расстройства* (внутреннее напряжение (45,2%), подавленное настроение (51,9%), тревога, страх (59,6%), трудности засыпания (27,9), чувство невысыпания (26,9), ранее пробуждение (18,3)).

Пациенты со смешанным вариантом ФД, достоверно чаще предъявляли жалобы на тошноту (0,001), снижение аппетита (0,03), рвоту (0,02), утомляемость, снижение работоспособности (0,024), онемение, похолодание пальцев кистей и стоп (0,042), раздражительность (0,012), нервозность (0,003), чувство тревоги и страха (0,051), что дало основание считать эту группу больных наиболее отягощенной по количеству диспепсических, астеновегетативных проявлений и признаков психической дезадаптации.

#### **Результаты морфологического исследования слизистой оболочки желудка и определения инфицированности *H. pylori* у пациентов с ФД.**

Морфологическое исследование слизистой оболочки тела, антрального отдела желудка и определение инфицированности *H. pylori* было выполнено 50 больным, из которых у 7 человек слизистая оболочка имела нормальное строение.

Гастрит в **антральном** отделе желудка был выявлен у 41 пациента (82,0%), из которых у 11 определялась минимальная выраженность воспаления, 12 человек имели выраженность воспаления первой степени, 14 пациентов – второй, и у 4 больных отмечалась третья степень воспалительной инфильтрации.

Неактивный гастрит был выявлен у 27 больных (54,0%). Активность воспалительных изменений слабой степени имели 10 пациентов, умеренно-активный гастрит - 2 человека, и выраженный активный гастрит наблюдался также у 2 пациентов.

Атрофия определялась всего лишь у 9 человек (18,0%), причем у всех она была выражена в слабой степени. Следует подчеркнуть, что ни у одного из обследованных пациентов не была зарегистрирована умеренная и максимальная выраженность атрофии в антральном отделе желудка. Из них, у 4 пациентов (8,0%) была выявлена неполная метаплазия (по кишечному типу).

У 19 человек в слизистой оболочке тела желудка воспалительные изменения не обнаружены. Эпителий и фундальные клетки (с их главными, париетальными и добавочными клетками) слизистой оболочки у них сохраняли нормальное строение.

Гастрит в **фундальном** отделе желудка выявлен у 31 пациента (62,0%). При этом, степень воспаления была выражена минимально у 4 больных, у 12 больных имела место первая степень воспаления, у 12 человек - вторая степень, и только у 3 человек отмечено выраженное в третьей степени воспаление.

Активность фундального гастрита была разной: слабой степени (I ст.) воспаления у 14 пациентов (28,0%), умеренной (II ст.) - у 3 человек и выраженной степени (III ст.) - у 1 больного. Активность воспалительного процесса отсутствовала у 13 человек.

Атрофические изменения в теле желудка, в отличие от антрального отдела, встречались реже (у 6 пациентов) и определялись только в слабой степени. Умеренная и максимально выраженная атрофия в теле желудка также не определялась ни у одного больного. Из них, неполная метаплазия в теле желудка выявлена у 2 пациентов.

У 23 больных гистологически с помощью окраски по Гимзе был обнаружен *H. pylori*, причем это было подтверждено положительным быстрым уреазным тестом у всех этих больных.

Сопоставление данных морфологического исследования слизистой оболочки желудка с клинической картиной ФД позволило выявить, что пациенты, у которых имелось воспаление 3 степени выраженности в антральном отделе желудка достоверно чаще предъявляли жалобы на тошноту ( $p < 0,05$ ). Однако связи воспалительных изменений с основными клиническими проявлениями ФД, такими как боль, жжение, переполнение в эпигастральной области и чувство раннего насыщения, установить не удалось.

Значимых различий в клинической картине у больных инфицированных *H. pylori* и у больных с отсутствием геликобактерной инфекции выявлено не было.

**Результаты исследования миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью методики периферической электрогастроэнтерографии у больных в группах с ЭБС, ППДС и смешанным вариантом ФД.**

Периферическая электрогастроэнтерография (ПЭГЭГ) была проведена 54 пациентам.

Больные с ППДС *натошак* имели показатели, сопоставимые с показателями условной нормы. У больных в группе с ЭБС было выявлено достоверное повышение коэффициента ритмичности *желудка* в 1,5 раза по сравнению с нормой, свидетельствующее о наличии не физиологических пропульсивных сокращений гладкомышечных структур желудка натошак. У пациентов со смешанным вариантом отмечено достоверное повышение миоэлектрической активности двенадцатиперстной кишки (ДПК) в 2 раза, что говорит о гипертонусе ДПК натошак в этой группе; коэффициента ритмичности желудка в 1,6 раза и коэффициента ритмичности ДПК в 2,4 раза по сравнению с нормой.

*После еды* во всех трех группах отмечался не физиологический электрический ответ на пищевую стимуляцию в виде снижения суммарного уровня электрической активности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая в норме должна повышаться после еды в 1,5-2 раза. Такое снижение миоэлектрической активности ЖКТ в ответ на пищевую стимуляцию (парадоксальная реакция), согласно литературным данным, является характерной чертой функциональных нарушений моторной активности ЖКТ.

Коэффициент ритмичности желудка и ДПК после еды неадекватно нарастал также во всех трех группах пациентов, что говорит об отсутствии адекватной сократительной активности верхних отделов ЖКТ в ответ на пищевую стимуляцию у больных с ФД.

В группе больных с ППДС после еды отмечалось достоверное снижение коэффициента соотношения ДПК/тощая кишка, что является свидетельством нескоординированной работы этих отделов и нарушении эвакуации из ДПК в тощую кишку. В группе с ЭБС было выявлено достоверное снижение по сравнению с нормой двух показателей: электрической активности желудка и коэффициента соотношения ДПК/тощая кишка. У больных со смешанным вариантом ФД было выявлено пять достоверно отклоняющихся от нормы показателей. В этой группе отмечалось падение электрической

активности желудка и ДПК, коэффициента ритмичности желудка и ДПК, коэффициента соотношения желудок/ДПК.

Таким образом, наиболее выраженные нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудка и ДПК как натощак, так и после пищевой стимуляции определялись в группе больных со смешанным вариантом ФД.

При проведении исследования ПЭГЭГ мы не обнаружили ни у одного из обследованных нами больных признаков органического поражения ЖКТ, которыми являются пиковое повышение электрической активности и ритмичности вышележащего отдела ЖКТ более чем в три раза по сравнению с исходным показателем в ответ на пищевую стимуляцию, и отсутствие изменения этих показателей по сравнению с исходными в нижележащем отделе ЖКТ в ответ на пищевую стимуляцию, что позволило нам подтвердить функциональную природу имеющихся диспепсических жалоб.

При сопоставлении данных ПЭГЭГ с клиническими симптомами выявлено, что при повышенном коэффициенте ритмичности желудка натощак достоверно чаще встречался такой симптом как отрыжка ( $p=0,048$ ). Вздутие живота достоверно чаще отмечалось у пациентов, имеющих снижение ритмичности желудка натощак ( $p=0,021$ ). Однако связи нарушений миоэлектрической активности и ритмичности желудка и ДПК с основными клиническими проявлениями ФД установить не удалось.

Анализ связи показателей ПЭГЭГ с симптомами психической дезадаптации продемонстрировало достоверное повышение коэффициента ритмичности желудка ( $p=0,001$ ) и миоэлектрической активности ДПК ( $p=0,026$ ) натощак у пациентов, испытывающих чувство тревоги и страха. Больные, у которых отмечалось подавленное настроение, имели снижение электрической активности ДПК после еды ( $p=0,025$ ). Активность ДПК натощак была повышена у пациентов с чрезмерной возбудимостью ( $p=0,009$ ). Таким образом, нами была обнаружена зависимость миоэлектрической активности и ритмичности ЖКТ от состояния психоэмоциональной сферы у больных с ФД.

### **Результаты исследования вегетативных нарушений у больных с ФД.**

Исследование вариабельности сердечного ритма с последующим анализом основных компонентов в коротком пятиминутном отрезке (300 R-R интервалов) проведено 48 пациентам.

Результаты спектрального анализа вариабельности сердечного ритма показали достоверное повышение активности надсегментарных вегетативных влияний в виде повышения вклада показателя VLF (%) в спектр до 46% при норме от 15 до 30% у больных во всех трех группах. При этом повышение этого показателя было достоверно связано с наличием тревожно-фобического расстройства. Нарушения на уровне сегментарного звена проявлялись в виде преобладания сегментарных симпатических влияний над сегментарными парасимпатическими. Таким образом, у обследованных нами больных имел место напряженный вегетативный баланс, проявляющийся избыточной активностью надсегментарных механизмов (VLF,%) на фоне недостаточности сегментарных.

Сопоставление результатов спектрального анализа вариабельности сердечного ритма с показателями ПЭГЭГ показало умеренную отрицательную корреляционную связь между значением электрической активности и коэффициентом ритмичности желудка натошак с показателем, характеризующим сегментарные симпатические влияния (LF,%) и симпатико-парасимпатическим индексом (LF/HF) ( $r=-0,4$ ;  $p=0,023$ ;  $r=-0,352$ ;  $p=0,049$ ), что подтверждает факт о снижении активности ЖКТ при активации симпатико-адреналовой системы.

Анкетирование с использованием баллированного опросника для выявления признаков вегетативной дисфункции и анкеты гипервентиляции проведено у 56 пациентов.

Анализ результатов анкетирования показал, что суммарный балл вегетативной анкеты, в норме не превышающий 15 баллов, у пациентов всех трех групп достоверно превышал это значение и в среднем составлял  $37,8 \pm 3,5$  баллов, достигая у некоторых больных 45 баллов. Значения по анкете гипервентиляции также были достоверно выше у больных ФД по сравнению со здоровыми ( $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ показателей вегетативной анкеты и анкеты гипервентиляции у больных трех клинических групп показал, что балльные значения по обоим опросникам были значимо выше в группе со смешанным вариантом ФД.

Таким образом, вегетативные расстройства у больных с ФД определяются избыточной активностью надсегментарных влияний на фоне недостаточности сегментарных, а их выраженность коррелирует с психопатологическими проявлениями.

## Результаты психиатрического и психологического (психометрического) обследования больных с ФД.

Проведенное психиатрическое обследование выявило у 94 из обследованных 102 пациентов с ФД различные психические расстройства: 38 человек (40,4%) имели *аффективные (депрессивные)* расстройства (тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические и истеро-депрессивные расстройства), 31 (32,9%) пациент - *невротические* (состояния декомпенсации, расстройства адаптации с преимущественно истеро-конверсионными, тревожно-истерическими расстройствами) и у 25 больных (26,6%) диагностированы *ипохондрические* расстройства (неврозоподобные шизофрении, больные с шизоидным типом личности). Больные с аффективными, невротическими и ипохондрическими расстройствами достоверно не различались по возрасту и длительности диспепсических жалоб.

Изучение взаимосвязи психических расстройств и клинических проявлений у больных с ФД показало, что невротические расстройства достоверно чаще встречались в группе больных с ППДС (75,0%) по сравнению с пациентами с ЭБС (34,3%;  $p=0,016$ ) и смешанным вариантом (27,3%;  $p=0,041$ ), а аффективные расстройства значимо чаще отмечались у пациентов с наличием боли и жжения в эпигастральной области ( $p=0,016$ ).

Пациенты с депрессивными расстройствами достоверно чаще испытывали боли в мышцах по сравнению с больными имеющими невротические расстройства ( $p=0,016$ ). Для больных с ипохондрическими расстройствами было характерно ощущение «постоянного жжения во рту» ( $p=0,046$ ), хотя эти пациенты при расспросе не описывали изжогу; они чаще, чем больные с невротическими расстройствами, испытывали тяжесть в конечностях ( $p=0,02$ ). Больные, испытывающие чувство тревоги и страха достоверно чаще предъявляли жалобы на вздутие живота ( $p=0,02$ ), отрыжку ( $p=0,001$ ), тошноту ( $p=0,041$ ), боли в правом и левом подреберье ( $p=0,039$  и  $p=0,023$ ), чувство затрудненного прохождения пищи по пищеводу ( $p=0,046$ ), сухость во рту ( $p=0,004$ ), головокружение ( $p=0,008$ ), утомляемость и сниженную работоспособность ( $p=0,000$ ), плохой сон ( $p=0,003$ ), головные боли ( $p=0,046$ ), боли в области сердца и грудной клетке ( $p=0,000$ ), тяжесть за грудиной, сжатие в груди ( $p=0,012$ ), нехватку воздуха ( $p=0,046$ ), раздражительность ( $p=0,012$ ), затрудненный вдох ( $p=0,004$ ), боли в спине ( $p=0,000$ ), ком в горле ( $p=0,025$ ), потливость ( $p=0,001$ ), приливы жара или озноба ( $p=0,001$ ), боли в пояснице ( $p=0,000$ ), затрудненное глотание ( $p=0,032$ ), боли в мышцах, шее ( $p=0,051$ ), слабость в различных частях тела ( $p=0,004$ ), онемение, покалывание в различных частях тела ( $p=0,035$ ). При

прицельном расспросе выяснялось, что пациенты испытывали страх перед приемом пищи, боялись «захлебнуться» жидкой пищей, по их мнению, все жалобы были связаны именно с нарушением пищеварения. Наряду с этим соглашались, что большая часть перечисленных жалоб возникает и вне приема пищи, а например, в ситуации, связанной с эмоциональным напряжением. Отмечена достоверная связь между подавленным настроением и склонностью к обморокам ( $p=0,028$ ), снижением работоспособности ( $p=0,006$ ), трудностью засыпания ( $p=0,04$ ).

Таким образом, нами выявлены многочисленные взаимосвязи клинических симптомов с психическими девиациями у пациентов с ФД.

Сравнительный анализ показателей ПЭГЭГ между тремя группами больных с различными психическими расстройствами выявил, что нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудка и ДПК как натощак, так и после еды имели место только в группе больных с аффективными расстройствами. В голодную фазу они были представлены достоверным повышением миоэлектрической активности ДПК, коэффициента соотношения желудок/ДПК, а также коэффициента ритмичности желудка и ДПК по сравнению с нормальными показателями, а в постпрандиальном периоде отмечалась «парадоксальная» реакция ДПК в виде падения ее активности в ответ на пищевую стимуляцию, характерная для функциональной патологии ЖКТ. Полученные результаты подтверждают тот факт, что имеющиеся нарушения миоэлектрической активности ЖКТ у больных с ФД коррелируют с тяжестью психопатологических проявлений.

При оценке данных спектрального анализа variability сердечного ритма в группах больных с различными психическими нарушениями наиболее высокие значения показателя VLF (%), характеризующего преобладание надсегментарных влияний, наблюдались в группе больных с аффективными расстройствами.

Бальные значения вегетативной анкеты были значимо выше в группах больных с аффективными и ипохондрическими расстройствами, в группе пациентов с аффективными расстройствами также были наибольшие бальные значения по анкете гипервентиляции.

Результаты психометрического тестирования с помощью опросника психопатологической симптоматики SCL-90 продемонстрировали, что у пациентов в группе со смешанным вариантом бальные значения достоверно превышали нормальные

по всем десяти шкалам, а показатели по шкалам соматизации, межличностной тревожности, депрессии, тревоги и враждебности достоверно превышали аналогичные показатели в группах больных с ЭБС и ППДС. В группе больных с ЭБС отмечено достоверное повышение суммарных показателей по семи шкалам (кроме шкал враждебности, фобий и паранояльности). Бальные значения в группе больных с ППДС превышали нормальные показатели только по шкале межличностной тревожности.

Сравнительная оценка результатов опросника SCL-90 у пациентов с различными психическими расстройствами показало, что пациенты с невротическими расстройствами достоверно отличаются от нормы только по шкале межличностной тревожности. Больные с депрессией имели наибольшие отличия от нормы (по 8 шкалам – всем, кроме паранояльности). Пациенты с ипохондрией занимали промежуточное положение, - по 5 шкалам они достоверно отличались от нормы. Обращало внимание повышение показателей «враждебности» у пациентов с неврозоподобными ипохондрическими синдромами, что в клинической реальности проявляется стеничностью и недоверчивостью пациентов в процессе их собственного «диагностического поиска», отношением их к терапии и приверженностью к нетрадиционным методам диетической и лекарственной терапии.

Таким образом, максимальная выраженность психопатологических расстройств, основанная на субъективной оценке больных, наблюдалась у пациентов со смешанным вариантом ФД и в группах больных с аффективными и ипохондрическими расстройствами.

Анализ результатов опросника Спилбергера в группах больных с ЭБС, ППДС и смешанным вариантом продемонстрировал повышенный уровень реактивной тревоги в трех клинических группах, однако значимых различий между обследуемыми группами получено не было. Показатели личностной тревоги, являющейся характерологической чертой, оставались в пределах нормы.

Сравнительная оценка результатов опросника Спилбергера между группами больных с различными психическими расстройствами (аффективными, невротическими и ипохондрическими) показала высокий уровень личностной тревоги у больных с ипохондрическими расстройствами.

**Результаты исследования личностных особенностей больных ФД с помощью анкеты Леонгарда.**



У обследованных нами пациентов наиболее часто выявлялись личностные особенности в виде тревожных (70,0%), демонстративных (63,3%), эмотивных (53,3%) и ригидных (45,0%) акцентуаций характера. Меньше были распространены гипертимный (39,4%), циклотимный (36,7%), экзальтированный (30,0%), застревающий (19,9%) и педантичный (16,7%) типы личности. Нередко, на уровне клинической значимости патохарактерологические особенности сочетались.

В группе пациентов с ЭБС (25 человек - 43,1%) преобладали демонстративные, эмотивные, гипертимные и тревожные акцентуации характера, в группе с ППДС (9 человек – 15,5%) – демонстративные и экзальтированные типы акцентуации личности, а в группе со смешанным вариантом (24 человека – 41,4%) - тревожные, застревающие циклоидные, гипертимные и демонстративные личности.

Достоверных различий показателей акцентуаций личности у больных с разными клиническими вариантами ФД выявлено не было.

#### **Результаты изучения уровня качества жизни у больных с ФД.**

Анализ показателей качества жизни у больных трех клинических групп продемонстрировал, что только в группе пациентов со смешанным вариантом имелось статистически достоверное снижение по сравнению с нормой показателя по шкале жизненной активности. В этой группе также выявлены достоверно более низкие показатели качества жизни по сравнению с двумя другими группами по шкале боли, социального функционирования, физического, психологического и психического здоровья.

Сравнительная оценка показателей качества жизни в группах больных с различными психическими расстройствами показала достоверное снижение показателя по шкале жизненной активности в группе с аффективными расстройствами. А в группе больных с ипохондрическими расстройствами достоверное снижение показателей по сравнению с нормой отмечалось по пяти шкалам: боли, общего здоровья, жизненной активности, физического и психического здоровья. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что на качество жизни больных с ФД основное влияние оказывает тип психического расстройства.

#### **Исследование влияния фактора возраста на клинические проявления ФД.**

Анализ клинической картины в зависимости от возраста больных показал, что только 7 из 48 (16,3%) исследованных нами диспепсических симптомов и психовегетативных проявлений зависели от возраста пациентов: боль в левом подреберье, снижение массы тела, сердцебиение, неглубокий сон с частыми пробуждениями, боль в суставах, боль в спине, мышечные спазмы. Частота этих проявлений увеличивалась с возрастом. При этом достоверные различия выявлялись только при разделении больных на две группы: до 50 и старше 50 лет. Выделение большего количества групп не давало более точной картины возрастной динамики. Анализ также показал, что у данной популяции больных вклад возраста в динамику этих показателей являлся небольшим (не превышает 37%). Основные клинические проявления ФД – боль, жжение, переполнение в эпигастральной области, чувство раннего насыщения – не зависели от возраста пациентов.

### **Выводы**

1. При всех вариантах ФД наблюдается отсутствие или минимальная активность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. Степень активности воспалительного и атрофического процесса, и характер колонизации *H. pylori* не влияют на клинические проявления ФД.
2. Тяжесть нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки зависит от клинического варианта ФД и типа психического расстройства, имеющегося у пациента. Наиболее выраженные нарушения миоэлектрической активности и ритмичности желудочно-кишечного тракта характерны для пациентов с аффективными расстройствами и больных со смешанным вариантом ФД, характеризующимся в свою очередь более значимыми показателями эмоциональной нестабильности.
3. Нарушения вегетативного тонуса у больных с ФД проявляются в виде недостаточности сегментарного звена регуляции и избыточной активности надсегментарных влияний, ассоциированной с психическими расстройствами.
4. При ФД выявлена отрицательная корреляционная связь между значением коэффициента ритмичности желудка натощак и выраженностью симпатических влияний.
5. Характер основных клинических проявлений ФД обусловлен типом имеющегося психического расстройства: при эпигастральном болевом синдроме преобладают аффективные расстройства, а при постпрандиальном дистресс-синдроме

преимущественно выявляются невротические расстройства. У больных с ФД не отмечено влияния личностных особенностей на формирование вариантов течения заболевания.

6. Клинический вариант ФД имеет незначительное влияние на уровень качества жизни больных. Значимое снижение уровня качества жизни наблюдается только при ипохондрических расстройствах.

7. Фактор возраста не оказывает значимого влияния на основные клинические проявления ФД.

#### **Практические рекомендации:**

1. В диагностике ФД имеют большое значение экстраабдоминальные болевые синдромы, вегетативные нарушения, астеноневротические жалобы, диссомнические расстройства и психопатологические симптомы.

2. Включение в диагностический процесс консультации психотерапевта у больных с ФД является важным компонентом, учитывая влияние психических девиаций на клиническую картину болезни.

3. В комплексном обследовании больных с ФД целесообразно использовать методику периферической электрогастроэнтерографии для подтверждения функционального характера диспепсических жалоб.

#### **По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ:**

1. Махов В. М., Ромасенко Л. В., Кашеварова С. С., Кузьмичев А. Ф., Клинические и психовегетативные аспекты функциональной диспепсии // Врач. – 2010. – № 2. – С. 77-78.

2. Ромасенко Л. В., Махов В. М., Кузьмичев А. Ф., Кашеварова С. С., Психиатрический и гастроэнтерологический аспекты синдрома функциональной диспепсии // Российский психиатрический журнал. – 2010. - №1. – С. 42-46.

3. Кашеварова С. С., Соколова А. А., Ромасенко Л. В., Махов В. М. Некоторые аспекты психосоматического статуса пациентов с функциональной диспепсией // Материалы Пятнадцатой Российской Гастроэнтерологической недели. Москва, 2009 г.— С. 30.

4. Соколова А. А., Кашеварова С. С., Махов В. М. Особенности variability сердечного ритма у больных функциональной желудочной диспепсией // Материалы Пятнадцатой Российской Гастроэнтерологической недели. Москва, 2009 г.— С. 39.
5. Кашеварова С. С., Махов В. М., Акарачкова Е. С. Исследование variability сердечного ритма у пациентов с функциональной диспепсией // Материалы Научно-практической конференции «Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней» (сборник тезисов). Москва, 2008 г. – С. 38.
6. Кашеварова С.С., Махов В.М., Акарачкова Е.С., Ромасенко Л.В. Клинические и психовегетативные аспекты функциональной диспепсии // Материалы Научно-практической конференции "Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней-2009" (сборник тезисов). Москва, 2009 г. – С. 34.

**Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии**

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)