

18. De Bruyne M., Hoes A., Kors J. et al. Prolonged QT interval predicts cardiac and all-cause mortality in the elderly. *Eur. Heart J.* 1999; 20 (4): 278—284.
19. Никитин Ю. П., Кузнецов А. А., Шабалина В. Н. и др. Прогностическое значение замедленной и негомогенной реполяризации желудочков и сниженной вариабельности сердечного ритма у мужчин с артериальной гипертензией (клинико-популяционное исследование). *Артериал. гипертензия* 2003; 6: 205—209.
20. Потапова Н. П., Иванов Г. Г., Буланова Н. А. Современные неинвазивные методы оценки и прогнозирования развития потенциально опасных и угрожающих жизни аритмий: состояние проблемы и перспективы развития. *Кардиология* 1997; 2: 70—75.
21. Легконогов А. В. Результаты и перспективы изучения поздних потенциалов желудочков. *Кардиология* 1997; 10: 57—65.
22. Levy J., Gavin J.R., Sowers J.R. Diabetes mellitus: a disease of abnormal cellular calcium metabolism? *Am. J. Med.* 1994; 96: 260—270.
23. Alto S. N., Lincoln T. M., Wilson G. L. et al. Non-insulin-dependent diabetes-induced defects in cardiac cellular calcium regulation. *Am. J. Physiol.* 1991; 260: 1165—1171.
24. Zhou Q., Jimi S., Smith T. L. et al. The effect of cholesterol on the accumulation of intracellular calcium. *Biochim. Biophys. Acta* 1991; 1085 (1): 1—6.
25. Nobe S., Aomine M., Tahahi R. et al. Chronic diabetes mellitus prolongs action potential duration of rat ventricular muscles: circumstantial evidence for impaired Ca⁺⁺ channel. *Cardiovasc. Response* 1990; 24: 381—389.
26. Baynes J. W. Role of oxidative stress in development of complication in diabetes. *Diabetes* 1991; 40: 405—412.
27. Sampretro T., Lenzi S., Cicchetti P. Nonenzymatic glycation of human platelet membrane proteins in vitro and vivo. *Clin. Chem.* 1986; 32: 1328—1331.
28. Rozanski G., Xu Zhi. Glutathione and K⁺ channel remodeling in the postinfarction rat heart. *Am. J. Physiol. Heart Abstr.* 2002.
29. Балаболкин М. И. Диабетическая невропатия. *Журн. неврол. и психиатр.* 2000; 10: 57—65.
30. Шляхто Е. В., Конради А. О. Причины и последствия активации симпатической нервной системы при артериальной гипертензии. *Артериал. гипертензия* 2003; 9 (3): 81—88.

Поступила 04.05.10

©КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.33-002.44-06:616.895.8]-07

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

А. Ю. Третьяков¹, В. Н. Шиленок², А. Г. Карпов³, П. И. Полушин³, С. П. Захарченко¹, И. Н. Леухин⁴

¹Белгородский государственный университет, Институт последипломного медицинского образования; ²городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Курск; ³областная клиническая психиатрическая больница, Курск; ⁴областная психиатрическая больница, Белгород

Задача исследования состояла в оценке особенностей язвенной болезни (ЯБ), Helicobacter pylori-ассоциированного гастрита, моторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 35 больных, страдающих шизофренией (психиатрический стационар и диспансер). Группа сравнения — 80 психически здоровых пациентов с ЯБ. В программе обследования использовали данные эндоскопического и гистологического исследований, результаты патолого-анатомических экспертиз. Показано, что ЯБ у больных шизофренией характеризуется преимущественным распространением желудочных, сочетанных форм патологии ($p = 0,001$), редко встречающимися язвами дуоденальной локализации ($p = 0,009$) и моторными нарушениями функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта ($p = 0,001$), совместно с меньшей активностью Helicobacter pylori-ассоциированного гастрита ($p < 0,05$), когда развитие соматического заболевания опережает дебют психоза, а он в свою очередь не отягощен хроническим алкоголизмом. Первичная манифестация или рецидив ЯБ сопряжены либо с отсутствием значительного дефекта личности психически больного, либо с коморбидным шизофреническим хроническим алкоголизмом.

Ключевые слова: язвенная болезнь, шизофрения, ассоциированный с Helicobacter pylori гастрит, моторные нарушения функции желудочно-кишечного тракта, алкоголизм

ULCER DISEASE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS AS A MODEL FOR THE ESTIMATION OF NEUROGENIC FACTORS PREDISPOSING TO A SOMATIC DISEASE

A. Yu. Tret'yakov, V.N. Shilenok, A.G. Karpov, P.I. Polushin, S.P. Zakharchenko, I.N. Leukhin

Belgorod State University; City Clinical Hospital for Emergency Medical Care, Kursk; Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kursk; Regional Psychiatric Hospital, Belgorod

The objective of the present study was to elucidate specific clinical features of ulcer disease (UD), diseases associated with Helicobacter pylori infection, and motor disturbances in the upper portion of the gastrointestinal tract in the patients presenting with schizophrenia ($n = 35$). Their observation was based at a psychiatric hospital and a psychiatric dispensary. The control group was comprised of 80 psychically healthy subjects suffering ulcer disease. The program of examination included endoscopic and histological studies in conjunction with pathologic-anatomic expertise. It was shown that ulcer disease in the patients with schizophrenia was characterized by the prevalence of gastric and combined forms of pathology ($p = 0.001$), the development of rare forms of ulcers of duodenal localization ($p = 0.009$), and motor disturbances in the upper portion of the gastrointestinal tract ($p = 0.001$) in conjunction with the impaired activity of Helicobacter pylori-associated gastritis ($p < 0.05$) when the development of the somatic disease preceded the onset of psychosis that, in its turn, was not precipitated by chronic alcoholism. Both the primary manifestation and the relapse of UD occurred either in the absence of a marked personality defect in the psychically ill patient or in the presence of chronic alcoholism concomitant with schizophrenia.

Key words: ulcer disease, schizophrenia, gastritis associated with Helicobacter pylori infection, motor disturbances in the gastrointestinal tract, alcoholism

Удобным методическим приемом анализа неврогенных предпосылок язвенной болезни (ЯБ) является оценка ее особенностей у больных шизофренией. Психическому заболеванию свойственны искажение мотивационной конструкции человека (дефект личности), трансформация внутренней картины болезни, что позволяет с этих позиций изучить психосоматическую зависимость терапевтической нозологии [1, 2]. Целью настоящей работы являлось, с одной стороны, выяснение специфических свойств ЯБ и ассоциированного гастрита у больных шизофренией, с другой — определение сопряженности соматического процесса с тяжестью психического расстройства.

Материал и методы

Диагностика ЯБ заключалась в целенаправленном эндоскопическом обследовании больных шизофренией, предъявлявших на момент обследования типичные жалобы или имеющих документированные медицинские указания на это соматическое заболевание в предшествующие 18 мес. В результате ЯБ была выявлена у 43 больных, из них у 35 (81,4%) диагностирована *Helicobacter pylori* (Нр)-позитивная и у 8 — Нр-негативная форма. Для унификации данных варианты Нр-негативной формы ЯБ при шизофрении из последующего сравнительного анализа с результатами группы психически здоровых больных ЯБ исключены. В последнем случае в качестве сравнения использована выборка пациентов гастроэнтерологического стационара (80 больных ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки). При оценке сопутствующего ЯБ Нр-ассоциированного гастрита материалы биопсии получали из тела (на расстоянии 8 см от кардии), антрального отдела (на расстоянии 2—3 см от привратника) и области угла желудка. В гистологических образцах (визуально-аналоговым методом в соответствии с Хьюстонской модификацией Сиднейской системы) определяли степень обсемененности каждого из участков слизистой оболочки Нр и степень активности гастрита [3]. Формирование

Таблица 1. Симптомы Нр-позитивной формы ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в психиатрической (1) и соматической (2) популяциях

Симптомы	1 (n = 35)	2 (n = 80)	p
Изжога, n(%)	22 (62,9)	51 (63,8)	нд
Тошнота, n(%)	16 (45,7)	31 (38,7)	нд
Рвота, n(%)	13 (37,1)	29 (36,3)	нд
Отрыжка воздухом, n(%)	10 (28,6)	63 (78,7)	0,014
Снижение/повышение аппетита, n(%)	22 (62,9)	61 (76,3)	нд
«Голодная» боль, n(%)	9 (25,7)	54 (67,5)	0,027
Ночная боль, n(%)	4 (11,4)	41 (51,3)	0,008
Боль после еды, n(%)	7 (20,0)	22 (27,5)	нд
Отрыжка кислым, n(%)	10 (28,6)	57 (71,2)	0,031
«Металлический» вкус во рту, n(%)	5 (14,3)	40 (50,0)	0,020
Дегтеобразный стул, n(%)	1 (3,8)	—	нд
Рвота «кофейной гущей», n(%)	1 (3,8)	—	нд
«Кинжальная» боль в животе, n(%)	2 (7,7)	—	нд

Примечание. Значения p по критерию χ^2 с поправкой Йетса, нд — различия недостоверны.

психиатрической когорты и выполнение работы проведены с соблюдением требований Комитета по этике на основании принципа, что исследование у лиц с нарушением психики и органов чувств может быть приемлемо только в том случае, если оно имеет минимальный риск и приносит прямую и значительную пользу участнику. Этический дуализм «риск—польза» в нашей работе решался соответственно последнему составляющему согласно требованиям обязательной конкретизации активности и тяжести соматической патологии.

Дополнительно проведен анализ диагностики ЯБ по результатам 439 вскрытий лиц, страдавших шизофренией, умерших в стационаре за 10 лет. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью прикладных программ Statistica 6,0 («StatSoft, Inc.», США) и «Биостатистика».

Результаты и обсуждение

ЯБ в психиатрической выборке выявлена у 43 человек (35 с Нр-позитивной и 8 с Нр-негативной формой). Все больные — пациенты либо психоневрологического диспансера, либо психиатрической больницы. В то же время в группе больных психиатрического интерната, где концентрируются лица с длительным психиатрическим анамнезом и тяжелым течением психоза, когда имеет место регресс личности заболевшего, случаев ЯБ не выявлено. Аналогичная закономерность прослеживается и по данным патолого-анатомической экспертизы.

Исследование клинических признаков ЯБ показало, что ведущими жалобами у больных шизофренией являлись боль, тошнота и рвота, в том числе в результате осложнений соматического заболевания. При сравнении с соматической группой обращает на себя внимание, что болевой синдром (особенно в ночное время) среди пациентов психиатрической выборки встречается реже, чем проявления желудочной диспепсии (табл. 1).

Следует отметить снижение диагностической ценности при психозе симптомов, требующих хорошего вза-

Таблица 2. Классификация Нр-позитивных форм ЯБ и сопутствующих заболеваний у психически больных и в соматической популяции

Заболевания	Больные шизофренией (n = 35)	Соматические больные (n = 80)	p
ЯБЖ, n(%)	19 (54,2)	21 (26,3)	0,079
ЯБДК, n(%)	8 (22,9)	58 (72,5)	0,009
ЯБЖ + ЯБДК, n(%)	8 (22,9)	1 (1,2)	0,001
Общее число случаев моторных нарушений верхнего отдела ЖКТ, n(%)	2 (5,7)	41 (51,3)	0,001
Гастроэзофагеальный рефлюкс, n(%)	1 (2,9)	30 (37,5)	0,004
Дуоденогастральный рефлюкс, n(%)	1 (2,9)	11 (13,8)	0,201
Пептический эзофагит, n(%)	1 (2,9)	25 (31,3)	0,01
Эзофагит I и II степени, n(%)	1 (2,9)	16 (20,0)	0,067
Эзофагит III степени, n(%)	—	9 (11,3)	0,315

Примечание. ЯБЖ + ЯБДК — сочетанные формы заболевания; значения p по критерию χ^2 с поправкой Йетса.

имопонимания больного с врачом: такие признаки ЯБ, как пальпаторная боль в эпигастриальной области, симптом Менделя, в нашей работе совпадали с эндоскопически верифицированной язвой лишь в 14,7% случаев. Подобная особенность субъективных и некоторых клинических характеристик заболевания является следствием нескольких взаимодополняющих причин. С одной стороны, здесь имеет значение искажение внутренней картины соматической болезни, обусловленное шизофренией, с другой — фактор комплексной психотропной терапии, определяющий снижение ноцицептивной чувствительности [1, 4]. Перечисленные условия, по всей видимости, повышают вероятность малосимптомного (в нашем случае представленного главным образом диспепсическими проявлениями) течения ЯБ в психиатрической практике.

Структура заболевания при шизофрении имела отличительные особенности (табл. 2).

Среди больных этой группы преобладали пациенты с желудочной локализацией язвы: у 10 (28,6%) — по малой кривизне, у 8 (22,9%) — в антральном отделе и у 1 (2,9%) — на задней стенке тела желудка. Второе место в равном значении составляли сочетанные формы ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. При сочетанной форме заболевания язва локализовалась в медиогастральной области (у 7 больных) и пилорическом канале (у 1) и бульбарной (у 7 больных, из них у 6 в фазе рубца с деформацией луковицы) и постбульбарной части (у 1 в фазе рубца).

Язвы двенадцатиперстной кишки у всех больных шизофренией обнаруживались только в бульбарном отделе (у 7 — на передней, у 1 — на задней стенке луковицы). При этом частота встречаемости сочетанной формы заболевания в психиатрической группе была существенно выше, чем среди больных соматического стационара ($p < 0,01$). Наоборот, распространенность ЯБ двенадцатиперстной кишки у больных шизофренией значительно уступала встречаемости у психически здоровых пациентов ($p < 0,01$).

Одним из дополнений ЯБ является нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Обращало на себя внимание малое распространение дискинезий желудка и двенадцатиперстной кишки у психически больных. Они выявлялись всего у 2 (5,7%) больных, что существенно ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения и по результатам общепопуляционных данных. В нашем исследовании дуоденогастральный рефлюкс диагностирован при сочетанной форме ЯБ в группе «ранних» (см. ниже) язв у больного, страдающего хроническим алкоголизмом, а гастроэзофагеальный заброс обусловлен сопутствующей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы у пациента с «неопределенным» вариантом ЯБ.

На наш взгляд, в качестве возможной причины меньшей частоты моторных нарушений в указанной выборке следует рассматривать фактор активной психотропной терапии, длительный прием нейролептиков, благодаря адренергическому и холинергическому эффекту которых повышается тонус сфинктеров и затрудняется ретроградный пассаж содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки.

По последовательности возникновения каждого из рассматриваемых заболеваний в опытной когорте выделено два противоположных варианта сочетания болезни: опережающий развитие шизофрении дебют ЯБ, обо-

Таблица 3. Классификация вариантов дебюта Нр-позитивной ЯБ различной локализации у больных шизофренией

Вариант дебюта	ЯБЖ	ЯБДК	ЯБЖ + ЯБДК
«Ранняя» ЯБ, <i>n</i> (м/ж)	5 (3/2)	8 (5/3)	7 (7/-)
«Поздняя» ЯБ, <i>n</i> (м/ж)	11 (8/3)	—	1 (-/1)
«Неопределенный» тип дебюта ЯБ, <i>n</i> (м/ж)	3 (3/-)	—	—

Примечание. ЯБЖ + ЯБДК — сочетанные формы заболевания; м/ж — мужчины/женщины.

значенный нами как «ранняя» ЯБ (у 20 больных, из них 15 мужчин и 5 женщин) и, наоборот, — «поздняя» ЯБ (у 12 больных). В последнем случае у 11 обследуемых язва располагалась по малой кривизне желудка и у 1 больной — ульцерация в области пилорического канала сочеталась с язвенным дефектом на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. В силу особенностей работы с психически больными способом разграничения выборки по вариантам сочетания заболеваний являлся анализ имеющихся у них медицинских документов. В расчет принимали только инструментально верифицированные язвы.

У 3 пациентов (с локализацией язвы в антральном отделе) отсутствовала возможность точного свидетельства о времени начала ЯБ («неопределенный» тип дебюта), однако у 2 из них за 2,5—4 года до заболевания шизофренией в амбулаторных картах все же имелись указания на обращения к терапевту по поводу состояний, сходных с клинической картиной ЯБ. И хотя в тот период диагностический поиск не был дополнен эндоскопическим или рентгенологическим исследованием, это не послужило причиной исключения указанных больных из последующего анализа, во всяком случае для рассмотрения ассоциированного гастрита (табл. 3).

Для каждого из представленных вариантов сочетания ЯБ и шизофрении проведено изучение сопутствующего Нр-ассоциированного гастрита. Полученные результаты далее сопоставляли с показателями в соматической группе (психически здоровые пациенты с Нр-позитивной формой ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки). Проведение анализа в психиатрической группе строилось на следующих принципах. Во-первых, по причине патогенетической близости ЯБ желудка с антральной локализацией и ЯБ двенадцатиперстной кишки мы сочли возможным рассматривать эти случаи вместе. Такому объединению способствовала принадлежность всех указанных пациентов к разряду больных с «ранними» формами ЯБ или ЯБ с «неопределенным» типом дебюта. Во-вторых, указанные клинические случаи в большинстве своем не имели существенных различий по возрасту больных: 13 из 16 человек относились к 1-й и 2-й возрастным группам, и лишь возраст 3 испытуемых составлял 31 и 32 года. В третьих, из-за небольшого числа женщин, страдающих ЯБ с коморбидной шизофренией, гендерной дифференциации больных не проводилось, а общее количество женщин среди указанных 16 пациентов с «ранней» (и «неопределенной») ЯБ практически совпадало со всей оставшейся частью (она состояла из 19 человек) психиатрической группы (см. табл. 3).

В целом показатели активности воспаления и обсемененности микроорганизмами слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка у психически здоровых и больных шизофренией не различались. В то же

Таблица 4. Гистологические показатели ассоциированного с ЯБ Нр-гастрита у больных шизофренией

Критерии	Группа		
	1-я («ранняя» ЯБ и «неопределенная» ЯБ)	2-я («ранняя» ЯБ с алкоголизмом)	3-я («поздняя» ЯБ с алкоголизмом)
Контаминация Нр, n(%):			
антральный отдел	16 (100)	7 (100)	12 (100)
тело желудка	2 (12,5)	3 (42,9)	11 (91,7)**
Обсемененность Нр, n(%) (антральный отдел):			
слабая	14 (87,5)	—	—
средняя	2 (12,5)	2 (28,6)*	5 (41,7)*
высокая	—	5 (71,4)*	7(58,3)*
Активность хронического гастрита (антральный отдел), n(%):			
1	14 (87,5)	—	—
2	2 (22,2)	4 (57,1)*	6 (50)*
3	—	3 (37,5)*	6 (50)*

Примечание. * — различия достоверны ($p < 0,05$) при множественном сравнении с 1-й группой по критерию Данна (в случае преобразования I, II, III степени соответственно в балльные значения 1, 2, 3 по каждому признаку для трех групп); ** — различия достоверны при анализе таблиц сопряженности.

время обращало на себя внимание, что среди больных с «ранней» ЯБ у 14 регистрировалась минимальная контаминация возбудителя и незначительная активность Нр-зависимого гастрита, никогда не достигавшая III степени: у 6 с антральной локализацией язвы (в том числе 1 пациент с «неопределенным» типом дебюта ЯБ) и 8 с ЯБ двенадцатиперстной кишки. Подобную картину мы наблюдали и в 2 оставшихся примерах «неопределенного» дебюта заболевания (ЯБ желудка с антральной локализацией язвы), где и степень микробной контаминации, и интенсивность воспаления в антральной зоне соответствовали только II степени (табл. 4).

Давность соматического и психиатрического анамнеза во всех перечисленных случаях не отличалась от значений у остальных 7 пациентов с «ранней» ЯБ, но последних характеризовали только средняя (у 2) и высокая (у 5) контаминации возбудителя в антральной зоне, II или III степень активности антрального гастрита и отягощенный анамнез — язвенное кровотечение у 2 пациентов, возникшее после заболевания шизофренией. Общее положение для этих 7 больных — девиантное поведение в виде злоупотребления алкоголем, когда вторым психиатрическим диагнозом выступал хронический алкоголизм. Со слов родных и самих пациентов, потребление крепких спиртных напитков (в том числе суррогатов) практиковалось в домашних условиях чаще трех раз в неделю, в количестве 200 мл и более за прием. Подобная связь установлена и у лиц со вторым вариантом заболевания — «поздней» ЯБ: алкоголизмом страдали все из них (12 человек), при этом 8 принимали и непищевые продукты, содержащие этиловый спирт. Сопутствующее воспаление в антральном отделе у этих больных было очень похожем на выявленное в предыдущей группе. В свою очередь контаминация Нр была диффузно представлена по всей слизистой оболочке и лишь у одного больного определена только в антральной зоне.

Хорошо известно лечебное действие, которое раз-вивают в отношении ЯБ психотропные средства [5].

В этой связи для исключения возможного влияния этого фактора на полученные результаты в каждой из трех групп дополнительно проведен анализ тактики лечения психоза. Оказалось, что статистически достоверной разницы по представительству основных классов психотропных препаратов между 1-й и 2-й, 1-й и 3-й группами нет. Что же касается суточной дозы в последние 10—14 дней до обследования, то в отношении транквилизаторов она была даже выше у пациентов с «поздней» ЯБ.

Указания в анамнезе на злоупотребление алкоголем подкреплялись нами поиском соответствующих клинико-инструментальных и лабораторных маркеров у 19 больных (у 7 с «ранней» и у 12 с «поздней» ЯБ). При этом увеличение печени, сосудистые звездочки отмечены у 9 (47,4%) и 3 (15,8%) больных. Кроме того, ультразвуковые признаки стеатоза/стеатогепатита, кальциноза поджелудочной железы определены у 16 (84,2%) и 3 (15,85%) больных, повышение в 2—2,5 раза активности гамма-глутамилтрансферазы пептидазы, аспарагин- (или аланинаминотрансферазы) аминотрансферазы — у 13 (68,4%). В последнем случае вирусная природа поражения печени исключалась предварительным исследованием соответствующих маркеров. Симптомы полиневропатии и цирроза печени среди рассматриваемых больных с Нр-позитивной ЯБ (кроме телеангиэктазий) в нашем исследовании не выявлены.

Полученные данные позволяют высказать предположение об алкогольном генезе рецидива язв, имеющих до начала психоза, а также формирования ЯБ на фоне имеющейся шизофрении. В данном случае алкоголизм у больного шизофренией, по-видимому, можно считать главным условием язвообразования и фактором частых осложнений соматической патологии. Так, в катанезе у 3 мужчин имели место urgentные осложнения, возникшие в ближайшие 8—11 мес после первоначального обследования (у 2 — перфорация и у 1 — язвенное кровотечение) и требовавшие проведения соответствующей терапии.

По материалам 439 патолого-анатомических вскрытий умерших больных шизофренией ЯБ диагностировалась всего в 9 (2,1%) случаях. Все умершие — мужчины в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст $51,7 \pm 13,8$ года). Как и в примерах прижизненной диагностики заболевания, первое место по частоте занимали желудочные язвы: 6 располагались в области тела желудка (по малой кривизне и на задней стенке) и 2 — в антральном отделе (на передней и задней стенках). Язва двенадцатиперстной кишки выявлена только однажды и локализовалась на задней стенке луковицы. Таким образом, наши результаты согласуются с ранее имеющимися данными лишь в отношении частоты встречаемости ЯБ [6], но не совпадают по критериям локализации язв и половой принадлежности заболевшего. В 5 случаях осложнения ЯБ явились непосредственной причиной смерти, тогда как в 4 случаях ЯБ выступала как сопутствующее заболевание. Самыми частыми осложнениями заболевания были перфорация (у 3) и пенетрация (у 2) язвы.

Одно секционное исследование свидетельствовало о сочетании пенетрации и язвенного кровотечения (архивные данные во втором примере пенетрации не содержали четких указаний на кровотечение, но, зная, что как таковая пенетрация к числу фатальных осложнений не относится, кровотечение и в этом случае, по-видимому, можно считать наиболее вероятной причиной смерти). В патолого-анатомических заключениях отсутствовали сведения о возможной алкогольной природе поражения органов-мишеней, поэтому мы не могли подкрепить предыдущие выводы о связи ЯБ с алкоголизмом у умерших. В то же время у большинства (у 6 умерших) выявлено сочетание язвы с хронической обструктивной болезнью легких вместе с картиной хронического легочного сердца, осложнившейся застойной сердечной недостаточностью, когда нельзя было исключить симптоматический (гипоксический) генез ulcerации.

Итак, клинические и патолого-анатомические данные свидетельствуют, что шизофрения полностью не исключает присутствие ЯБ, но последняя имеет особые черты. Далее необходимо решить, в какой мере соматическая болезнь зависит от болезни психической, а перед тем обратить внимание на то, что среди лиц с финальными стадиями психоза нами не выявлено случаев ЯБ.

О злокачественности шизофрении свидетельствует 2 критерия: показатель качества достигаемой ремиссии и степень дефекта личности больного. В этой связи проведено изучение особенностей шизофрении среди рассматриваемых больных ЯБ в сравнении с уравновешенной группой пациентов психиатрической группы без данной соматической патологии (табл. 5).

Обращало на себя внимание, что у всех испытуемых независимо от варианта дебюта ЯБ шизофрения характеризовалась следующими особенностями: во-первых, продолжительными эпизодами ремиссии, а значит, возможностью ограничиваться только амбулаторными видами лечения; во-вторых, отсутствием грубого дефекта личности и сохранением социальной жизни пациента, по крайней мере в семейной среде (у 22 человек, кроме того, сохранялась и профессиональная занятость). Третий критерий — короткий анамнез шизофрении, часто не превышающий 4 лет, является более условным, но и он логически дополняет вывод о сравнительной доброкачественности течения психоза (хотя бы на данном этапе своей эволюции) в тех клинических ситуациях, когда диагностируется язва.

Таблица 5. Критерии тяжести шизофрении у пациентов с сопутствующей ЯБ и без соматического заболевания

Критерии	Шизофрения с ЯБ (n = 35)	Шизофрения без ЯБ (n = 36)	p
Число госпитализаций в год	0,5 (0—1)	2 (2—3)	< 0,001
Средняя длительность стационарного лечения, нед	3 (3—4)	5 (4—6)	< 0,001
Длительность ремиссии, мес	13 (11—15)	4 (4—7)	< 0,001
Степень неполноценности ремиссии, баллы	2 (1—2)	3 (3—4)	< 0,001
Профессиональная занятость, n	15	2	0,008*
В том числе по специальности, n	7	—	0,03*

Примечание. Для первых четырех критериев медиана, 25% и 75% квартиль; достоверность межгрупповых различий по критерию Т Манна—Уитни, * — по критерию χ^2 . В скобках — разброс величин или значений.

Заключение

Язвенная болезнь при шизофрении приобретает специфические, отличительные от обычного течения (у психически здоровых пациентов) свойства. Это, во-первых, преимущественное распространение желудочных и сочетанных форм болезни наряду с редко встречающейся язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и моторными нарушениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Во-вторых, меньшая активность ассоциированного Нр-гастрита, когда развитие язвенной болезни опережало дебют шизофрении, а она в свою очередь не была отягощена хроническим алкоголизмом. В противоположном случае, когда психическому заболеванию сопутствует алкоголизм, ассоциированный Нр-гастрит реализуется максимально. Первичная манифестация или рецидив язвенной болезни сопряжены с отсутствием значительного дефекта личности больного шизофренией, в связи с чем обосновано предположение о том, что язвенная болезнь, рассматриваемая в контексте свойств высшей нервной деятельности, есть прерогатива сравнительно сохранной психики человека.

Сведения об авторах:

Третьяков Андрей Юрьевич — д-р мед. наук, проф.; e-mail: ignatenko@bsu.edu.ru

Захарченко Светлана Петровна — канд. мед. наук, доц.

Шиленок Валерий Николаевич — канд. мед. наук, зав. отд-нием гастроэнтерологии ГКБ.

Карпов Александр Георгиевич — зав. патолого-анатомическим отд-нием обл. клин. психиатр. б-цы.

Полушин Павел Иванович — эксперт отд-ния обл. клин. психиатр. б-цы.

Леухин Игорь Николаевич — зам. главврача по лечебной работе обл. клин. психиатр. б-цы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. Л.; 1935.
2. Кампинский А. Психология шизофрении. СПб.; 1998.
3. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. Classification and grading of gastritis. Am. J. Surg. Pathol. 1996; 20: 1161—1181.

4. Морозов Г. В. (ред.). Руководство по психиатрии. М.; 1988.

5. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. СПб.; 1997.

6. Добржанский Т. Вопросы внутренней патологии у психических больных. М.; 1973.

Поступила 21.10.10