

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И «БОЛЕЗНИ АДАПТАЦИИ» У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Степанищева Л. А., Сарсенбаева А. С., Фаттахова Н. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

PSYCHOEMOTIONAL STATUS AND "ADAPTATION DISEASES" AT PATIENTS WITH THE PEPTIC ULCER

Stepanishcheva L. A., Sarsenbaeva A. S., Fattakhova N. V.

State budgetary educational institution of higher professional education «South Ural State Medical University» Ministry of Health care of Russian Federation, Chelyabinsk, RF
Vorovskogo Str., 64, Chelyabinsk, Chelyabinsk Oblast, 454048

**Фаттахова
Наталья Валентиновна**
Fattakhova Natalia V.
E-mail:
natta1971@mail.ru

Степанищева Лариса Александровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Сарсенбаева Айман Силкановна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Фаттахова Наталья Валентиновна — врач, старший лаборант кафедры терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Stepanishcheva Larisa Aleksandrovna, Doctor of medical sciences, professor of chair of therapy of faculty of postgraduate and additional professional education. Public budgetary educational institution of higher education.

Sarsenbaeva Aiman Silkanovna Doctor of medical sciences, professor of chair of therapy of faculty of postgraduate and additional professional education. Public budgetary educational institution of higher education.

Fattakhova NataliaValentinovna — doctor, laboratory assistant of chair of therapy of faculty of postgraduate and additional professional education. Public budgetary educational institution of higher education.

Резюме

Цель исследования: изучить психоэмоциональный статус и распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ) у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

Материалы и методы. Проведено обследование 226 пациентов с обострением язвенной болезни. Пациенты были распределены в 3 группы наблюдения в зависимости от локализации язвенного процесса. У всех обследованных проводилось анкетирование, уточнялись сведения о наследственной отягощенности, курении, употреблении алкоголя, наличии соматических заболеваний, изучались клиничко-морфологические проявления язвенной болезни.

Результаты. Тревога присутствовала у 109 (48,2%) пациентов с язвенной болезнью, из них у 92 (40,7%) отмечен субклинический уровень тревоги, а у 17 (7,5%) выявлена клинически выраженная форма. У 39,3% обследованных пациентов определена депрессия, из них две трети больных имели субклинический уровень депрессии, а 13 человек страдали клинически выраженной формой депрессии. Связь рецидива со стрессом была отмечена у 86,0% пациентов, профессионально обусловленный стресс — у 44,4%. В нашем исследовании на момент начала заболевания распространенность ИБС среди пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) составила 18,2%. В группе пациентов с сочетанной локализацией язвенного дефекта в желудке и в ДПК, уже имевших ИБС до появления второго язвенного дефекта, было 26,6%, что статистически значимо не отличается. Однако является показательным то, что к моменту возникновения сочетанного поражения данная категория пациентов составила уже 73,4%. В случае

язвы ДПК распространенность ИБС возросла от момента начала заболевания до момента проведения исследования в 2 раза (до 36,4%), но именно пациентов с сочетанным язвенным поражением все же отличала как большая исходная распространенность ИБС, так и более выраженный ее прирост. На момент начала заболевания достоверно чаще ГБ встречалась в группе лиц с изолированным язвенным дефектом (36,4% против 18,7% в группе пациентов с сочетанной локализацией язвы). На момент проведения исследования сохранялось значимое в 2,7 раза (ДИ 1,2-6,3) преобладание ГБ среди пациентов с язвой ДПК (47,7%), тогда как в группе сочетанного поражения желудка и ДПК ГБ без ИБС был лишь каждый четвертый пациент. Сочетание сопутствующих заболеваний ИБС и ГБ у пациентов с появлением язвы одновременно в желудке и ДПК практически всегда встречалось у лиц, злоупотребляющих алкоголем и табакокурением, что в целом увеличивает риск развития язвы второй локализации в 7,6 раза

Заключение. При язвенной болезни (ЯБ) любой локализации предшествующий стресс, ведущий нередко к формированию тревоги и депрессии, ведет к также образованию стресс — индуцированных состояний, например, артериальной гипертонии, а позже — к ИБС. Специфичным для каждого второго пациента с сочетанной формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки можно считать полисинтропию из таких коморбидных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Сочетание этих сопутствующих заболеваний с употреблением алкоголя и табакокурением прогрессивно увеличивает риск развития язвенной болезни сочетанной локализации в 7,6 раза по сравнению с изолированным язвенным поражением двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, коморбидные заболевания, факторы риска.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):14-19

Summary

Research objective. To study the psycho-emotional status and prevalence of the coronary heart disease (CHD) and the idiopathic hypertension (IH) at patients with the peptic ulcer of a stomach (PUS) and at patients with a peptic ulcer of a duodenum is (YaB DPK).

Materials and methods. Examination of 226 patients with an exacerbation of a peptic ulcer was conducted. Patients were distributed in 3 groups of observation depending on localization of ulcerative process. At all surveyed questioning was carried out, data on hereditary burdenness, smoking, alcohol intake, existence of somatopathies were specified, clinic-morphological implications of a peptic ulcer were studied.

Results. Feeling of alarm was present at 109 (48,2%) patients with a peptic ulcer, from them at 92 (40,7%) the subclinical level of alarm is noted, and at 17 (7,5%) clinically expressed form is taped. At 39,3% of the examined patients the depression is defined, from them two thirds of patients had the subclinical level of a depression, and 13 people suffered from clinically expressed depression form. Communication of recurrence with a stress was noted at 86,0% of patients, professionally caused stress — at 44,4%. In our research at the time of the beginning of a disease prevalence of an ischemic heart disease among patients with an ulcer of a duodenum (DPK) made 18,2%. In group of patients with the combined localization of ulcerative defect in a stomach and in DPK which already had an ischemic heart disease before emergence of the second ulcerative defect there were 26,6% that statistically significantly doesn't differ. However that by the time of emergence of the combined lesion this category of patients made already 73,4% is indicative. In case of DPK ulcer prevalence of an ischemic heart disease increased from the moment of the beginning of a disease until carrying out research twice (to 36,4%), but patients with the combined ultserozny lesion nevertheless distinguished both larger initial prevalence of an ischemic heart disease, and more expressed its gain. At the time of the beginning of a disease of GB met in a group of persons with the isolated ulcerative defect authentically more often (36,4% against 18,7% in group of patients with the combined localization of an ulcer). At the time of carrying out research prevalence of GB among patients with DPK ulcer (47,7%) whereas in group of the combined lesion of a stomach and DPK of GB without ischemic heart disease there was only every fourth patient remained significant by 2,7 times (DI 1,2-6,3). The combination of associated diseases of an ischemic heart disease and GB at patients with the advent of an ulcer at the same time in a stomach and DPK practically always met at the persons abusing alcohol and tobacco smoking that in general enlarges risk of development of an ulcer of the second localization by 7,6 times

Conclusion. At the peptic ulcer (PU) of any localization the previous stress conducting quite often to formation of alarm and a depression conducts to also education a stress — the induced conditions, for example, of an arterial hypertonia, and later — to an ischemic heart disease. As specific to every second patient with the combined form of a peptic ulcer of a stomach and a duodenum it is possible to consider a polisintropiya from such the comorbidity diseases as coronary heart disease and an idiopathic hypertension. The combination of these associated diseases to alcohol intake and tobacco smoking progressively enlarges risk of development of a peptic ulcer of the combined localization by 7,6 times in comparison with the isolated duodenum canker.

Research objective: to define influence of the comorbidity diseases and risk

Ekspериментальная и Клиническая Gastroenterologiya 2014; 111 (11):14-19

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой одну из наиболее важных для общества медицинских проблем. По данным Минздрава РФ, заболеваемость ЯБ в Российской Федерации составляет 1 625,9 на 100 000 населения [1].

ЯБ считают мультифакторным патогенетически и генетически неоднородным заболеванием [2, 3, 4], что обуславливает множество разнообразных клинических форм и вариантов течения заболевания. Роль в развитии ЯБ, как известно, могут играть различные эндогенные и экзогенные факторы в их динамическом взаимодействии.

Материал и методы исследования

При проведении анкетного опроса было включено в исследование 226 пациентов с обострением язвенной болезни, обратившихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения, и 25 человек (контрольная группа), которые не имели данного заболевания. Среди них с локализацией процесса в желудке было 69 человека, наличие язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке выявлено у 112 пациентов, у 45 обследованных отмечено сочетанное язвенное поражение слизистой желудка и ДПК. Соотношение пациентов с язвенной болезнью желудка, язвенной болезнью ДПК и сочетанной язвенной болезнью желудка и язвенной болезнью ДПК составлял 1,53:2,49:1,0. Средняя продолжительность заболевания от 6 месяцев до 29 лет.

Из обследованных 226 человек мужчин было 137 человек (60,6%) и 89 (39,4%) женщин. Возраст пациентов составлял от 18 до 71 года; средний возраст в группе обследованных равен $45,7 \pm 1,1$ годам. Средний возраст мужчин ($46,7 \pm 1,01$ года) и женщин ($47,3 \pm 0,5$ года) достоверно между собой не различался ($p < 0,05$).

У пациентов с сочетанной язвенной болезнью желудка и язвенной болезнью ДПК средний возраст достоверно выше $57,8 \pm 0,7$ года, чем в группе

К ним относят конституциональные особенности и наследственная отягощенность, нервно-психическое состояние, эндокринные нарушения, вредные привычки, прием ряда лекарственных препаратов, инфекционные агенты и сопутствующие заболевания.

Цель исследования: изучить психоэмоциональный статус и распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ) у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

больных с ЯБЖ ($55,1 \pm 0,3$ года), язвенной болезнью ДПК страдали лица более молодые и средний возраст в этой группе равен $38,6 \pm 1,5$ года ($p < 0,05$).

Известно, что больные гастроэнтерологического профиля часто имеют различные варианты тревожных состояний. Степень выраженности депрессивных и тревожных нарушений, выявляемых у пациентов с язвенной болезнью, изучается авторами во многих исследованиях с использованием различных опросников [5, 6].

В нашем исследовании всем пациентам с целью определения психо-эмоционального статуса проводили оценку депрессивных и тревожных нарушений с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Шкала разработана А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Данная шкала имеет ряд преимуществ: краткость, простота применения, быстрота обработки полученной информации (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и у пациента не возникает затруднений), что позволяет использовать ее в повседневной врачебной практике для скрининга тревоги и депрессии у пациентов (первичного выявления).

Результаты исследования и их обсуждение

Нами проведен анализ тревоги и депрессии у пациентов с язвенной болезнью. Эти данные представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, тревога присутствовала у 109 (48,2%) пациентов, из них у 92 (40,7%) отмечен субклинический уровень тревоги, а у 17 (7,5%) пациентов выявлена клинически выраженная форма, что достоверно выше, чем в контрольной группе — 16%. (ОШ= 8,3, 8,7 $p < 0,01$).

Депрессия выявлена у 39,3% обследованных пациентов, из них две трети больных имели субклинический уровень депрессии, а 13 человек страдали клинически выраженной формой депрессии, различия с контрольной группой достоверны (при $p < 0,01$).

Результаты исследования психологического статуса позволяют говорить о большой роли психоэмоционального стресса в инициации процессов язвообразования. Расчет отношения шансов (ОШ) по риску развития депрессии и тревоги у пациентов с ЯБ показал высокую вероятность возникновения этих психоэмоциональных расстройств, так ОШ составил

8,3 при тревоге и 8,7 при депрессивном расстройстве (при $p < 0,01$).

Нами также анализировались результаты опроса пациентов в отношении связи обострения ЯБ или возникновения заболевания (для впервые выявленных случаев заболевания) со стрессогенными факторами, присутствие элементов стресса в профессиональной деятельности. Связь рецидива со стрессом была выявлена у 86,0% пациентов, профессионально обусловленный стресс — у 44,4%. Результаты оценки в группах исследования представлены в таблице 2.

Наименьшее количество пациентов, указывающих на связь рецидива ЯБ со стрессом, во 2 группе исследования (80,0%). Среди пациентов с ЯБЖ таких было 88,2%, тогда как в 3 группе 94,0% обследованных связывали обострение заболевания со стрессом, и лишь у 6,0% развитию рецидива не предшествовал стресс, что статистически значимо меньше, чем во 2 группе исследования. При подсчете величины ОШ было получено, что вероятность связи обострения заболевания со стрессом при ЯБ сочетанной локализации в 3,2

Показатели	Исследуемая группа n=226		Контроль n=25		
	n	%	n	%	
Уровень тревоги	1. норма	117	51,7	21	84,0
	2. субклиническая	92	40,7	4	16,0
	3. клинически выраженная	17	7,5	0	0
Уровень депрессии	1. норма	126	55,7	22	88,0
	2. субклиническая	87	38,5	3	12,0
	3. клинически выраженная	13	5,7	0	0

Таблица 1.
Оценка тревоги и депрессии у пациентов обследуемой группы

Связь со стрессом		I группа (n=69)	II группа (n=112)	III группа (n=45)	Уровень p	
Обострение или возникновение заболевания						
не связано со стрессом	Абс.	9	23	5	p1-2>0,05 p1-3>0,05 p2-3<0,05	
	%	11,7	20,0	6,0		
связано со стрессом	Абс.	60	89	40		
	%	88,2	80,0	94,0		
Профессиональная деятельность						
не связана со стрессом	Абс.	43	60	24		p1-2>0,05 p1-3>0,05 p2-3>0,05
	%	63,2	52,2	53,7		
расценивается как стрессогенная	Абс.	26	52	21		
	%	36,8	47,8	46,3		

Таблица 2.
Связь обострения или возникновения заболевания со стрессогенными факторами, наличие фактора стресса в профессиональной деятельности в группах сравнения

раза (ДИ 1,1–9,5) больше, чем в группах сравнения. Различий в группах сравнения в отношении связи профессиональной деятельности с хроническим стрессом получено не было.

В результате опроса пациентов в отношении связи обострения ЯБ со стрессогенными факторами в группах сравнения было получено, что связь рецидива со стрессом отмечалась у 75,0% больных с ЯБ ДПК, тогда как в группе лиц с сочетанным язвенным поражением 93,8% пациентов связывали обострение заболевания со стрессом. Подсчет величины ОШ позволяет сказать, что у пациентов при ЯБ сочетанной локализации в 5,0 раз (ДИ 1,4–17,2) больше вероятность иметь предшествующий обострению стресс.

У пациентов с ЯБ ДПК лишь в 4,6% случаях не отмечалось той или иной степени выраженности тревоги, тогда как при сочетанном язвенном поражении желудка и ДПК у 20,3% пациентов уровень тревожности не выходил за пределы вариативной нормы. При этом у лиц с поражением ДПК (79,6%) чаще, чем в группе лиц с сочетанной локализацией язвенного дефекта (57,8%), встречалась субклинически выраженная тревога. В отношении клинически выраженной тревоги различий в этих группах получено не было.

Подсчет величины ОШ позволяет говорить, что у пациентов с ЯБ ДПК в 5,4 раза (ДИ 1,1–25,5) больше вероятность иметь уровень тревожности, превышающий нормальные значения шкалы HADS, и в 26,4 раза (ДИ 3,3–209,0) больше вероятность иметь депрессивные отклонения, чем в группе лиц с ЯБ сочетанной локализации. Обобщая полученные результаты, следует отметить, что при ЯБ любой локализации предшествующий стресс, ведущий нередко к формированию тревоги и депрессии, по определению многих авторов [7] ведет к также образованию стресс-индуцированных состояний, например, артериальной гипертонии, которая впоследствии на фоне нарушений липидного обмена, воспаления в интима сосудов реализуется в ИБС.

Нас интересовала сердечно-сосудистая патология, а именно: ИБС, ГБ, так как общеизвестно, что течение ЯБ при их наличии усугубляется [8, 9], кроме того, сочетание ЯБЖ и ДПК с ИБС и ГБ относится к так называемым болезням цивилизации («болезням адаптации»), в отношении которых наблюдается рост в последние десятилетия во многих развитых странах.

По данным ЦНИИГ [10,11], среди сочетанных заболеваний внутренних органов около 52% приходится на сочетание ишемической болезни сердца и ЯБ желудка или ДПК. Течение ЯБ при наличии сопутствующего диагноза ИБС усугубляется и часто приводит к запоздалой диагностике.

В нашем исследовании на момент начала заболевания распространенность ИБС среди пациентов с язвой ДПК составила 18,2%. В группе пациентов с сочетанной локализацией язвенного дефекта в желудке и в ДПК, уже имевших ИБС до появления второго язвенного дефекта, было 26,6%, что статистически значимо не отличается. Однако является показательным то, что к моменту возникновения сочетанного поражения данная категория пациентов составила уже 73,4%. В случае язвы ДПК распространенность ИБС возросла от момента начала заболевания до момента проведения исследования в 2 раза (до 36,4%), но именно пациентов с сочетанным язвенным поражением все же отличала как большая исходная распространенность ИБС, так и более выраженный ее прирост. При подсчете величины ОШ получено, что у пациентов с сочетанным поражением желудка и ДПК в 4,8 раза (ДИ 2,1–11,2) чаще встречается ИБС.

Сравнительная оценка функционального класса и стадии ХСН при ИБС в группах сравнения была проведена на 63 пациентах, имевших ИБС на момент проведения исследования. При сочетанном поражении как 1, так и 2 функциональный класс, встречались одинаково часто (51,1% и 48,9%). При локализации язвы в ДПК в основном были пациенты, у которых — 1 функциональный класс ИБС (81,3%), на долю 2 функционального класса пришлось 18,7%

($p < 0,05$ с группой пациентов с сочетанной локализацией ЯБ), то есть 2 функциональный класс в 4,2 раза (ДИ 1,02–17,0) чаще встречается у пациентов с ЯБ сочетанной локализации.

В случаях сочетанного поражения желудка и ДПК достоверно чаще в 3,7 раза (ДИ 1,1–12,6) встречались пациенты с ХСН 2а стадией (78,7%), чем в группе сравнения, где оба варианта ХСН распространены одинаково часто. Подсчет величины ОШ позволяет говорить, что у пациентов с ИБС при ЯБ сочетанной локализации в 4,15 раз (ДИ 1,4–20,2) больше вероятность иметь 2 функциональный класс, и в 3,7 раза (ДИ 1,1–12,6) больше вероятность иметь 2а стадию ХСН, чем в группе лиц с изолированным поражением ДПК, что свидетельствует о тяжести сердечно-сосудистой патологии.

Уточняя распространенность ГБ, сначала рассматривали пациентов, имеющих ГБ без ИБС, тогда как сочетание ИБС и ГБ учитывались как случаи ИБС по ведущей нозологии. На момент начала заболевания достоверно чаще ГБ встречалась в группе лиц с изолированным язвенным дефектом (36,4% против 18,7% в группе пациентов с сочетанной локализацией язвы). На момент проведения исследования сохранялось значимое в 2,7 раза (ДИ 1,2–6,3) преобладание ГБ среди пациентов с язвой ДПК (47,7%), тогда как в группе сочетанного поражения желудка и ДПК ГБ без ИБС был лишь каждый четвертый пациент. Сравнительная оценка стадии и степени ГБ в группах сравнения была, имевших ГБ на момент проведения исследования. При сочетанной ЯБ основную массу составили пациенты с 3 стадией ГБ (61,0%; $p < 0,05$ с 1 группой), в 24,4% зарегистрирована 1 стадия ($p < 0,05$ с 1 группой), у 6 человек (14,6%) — 2 стадия. У пациентов с язвой ДПК чаще, чем в группе сравнения (48,4%) определена 1 стадия ГБ, но только в 32,3% случаев выявлена ГБ 3 стадии и у 6 человек — 2 стадии.

Сочетание сопутствующих заболеваний ИБС и ГБ у пациентов с появлением язвы одновременно в желудке и ДПК практически всегда встречалось у лиц, злоупотребляющих алкоголем и табакокурением, что в целом увеличивает риск развития язвы второй локализации в 7,6 раза.

Литература

1. *Маев, И. В.* Сравнительная эффективность тройной антихеликобактерной терапии 1 линии при использовании препаратов пантопразола и омепразола / И. В. Маев, Т. С. Оганесян, Ю. А. Кучерявый // *Лечащий врач*. — 2010. — № 2. — С. 92–95.
2. *Гастроэнтерология. Национальное руководство* / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 704 с.
3. *Григорьев, П. Я.* Клиническая гастроэнтерология / П. Я. Григорьев. — Москва: МИА, 2005. — 768 с.
4. *Циммерман, Я. С.* Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения / Я. С. Циммерман // *Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии*. — Москва: МЕДпресс-информ, 2013. — С. 85–107.
5. *Колесников, Д. Б.* Психические расстройства и заболевания желудочно-кишечного тракта. Ч. 2 / Д. Б. Колесников, С. И. Рапопорт, Л. А. Вознесенская // *Клиническая медицина*. — 2010. — № 6. — С. 4–7.
6. *Леонтьева, В. А.* Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью / В. А. Леонтьева // *Клиническая медицина*. — 2007. — № 3. — С. 51–53.
7. *Сорокина, Е. А.* Роль психического фактора в формировании пептических язв гастродуоденальной зоны / Е. А. Сорокина, Н. А. Морозова, С. А. Копейкин [и др.] // *Терапевт. арх.* — 2006. — № 2. — С. 82–87.
8. *Белялов, Ф. И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. — 9-е изд. — Иркутск: РИО ИГИУВа, 2013. — 296 с.
9. *Хлынова, О. В.* Проблема коморбидности артериальной гипертензии и кислотозависимых заболеваний / О. В. Хлынова, А. В. Туев, Л. Н. Береснева [и др.] // *Терапевт. арх.* — 2013. — № 5. — С. 101–106.
10. *Лазебник Л. Б., Сухарева Г. В.* Реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // *Тер. Архив*. — 2003. № 2. — С. 70–72.
11. *Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А. и др.* Язвенная болезнь у пожилых // *Эксперимент. и клин. гастроэнтерол.* — 2004. — № 1. — С. 125.

Для правильного понимания полученных результатов мы сочли необходимым сопоставить их с анализом общей распространенности ГБ, в том числе сочетающейся с ИБС, а также выделить категорию пациентов, имеющих одно из данных заболеваний ССС. В группе обследованных с изолированной язвой ЖКТ на момент начала язвы ДПК общая распространенность ГБ была достоверно выше. В трех группах к 56–57 годам отмечался значимый рост как в отношении ГБ, так и в целом по рассматриваемым заболеваниям ССС. Общая распространенность ГБ на момент проведения исследования в группах сравнения не отличалась и составила в целом 67,3%. Пациентов, имеющих ИБС или ГБ, было значительно, в 11,9 раз (ДИ 1,4–103,2), больше в группе сочетанной язвы желудка и ДПК (98,4%). Подводя итог анализу распространенности ИБС и ГБ и их разнообразных комбинаций в группах наблюдения, представляется возможным выделить ИБС и ГБ как коморбидные заболевания, с которыми прослеживается временная взаимосвязь развития сочетанного язвенного поражения желудка и ДПК.

Таким образом, следует отметить, что при ЯБ любой локализации предшествующий стресс, ведущий нередко к формированию тревоги и депрессии, ведет также к образованию стресс-индуцированных состояний, например, артериальной гипертензии, а несколько позже присоединяется ИБС. Сочетание этих сопутствующих заболеваний с употреблением алкоголя и табакокурением прогрессивно увеличивает риск развития язвенной болезни сочетанной локализации в 7,6 раза по сравнению с изолированным язвенным поражением двенадцатиперстной кишки. Специфичным для каждого второго пациента с сочетанной формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки можно считать полисинтропию из таких коморбидных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. В связи с этим, при лечении пациентов с ЯБ необходимо учитывать наличие стресс-индуцированных состояний и сопутствующей патологии.