

УДК 616.895.4

ПОСТАДДИКТИВНАЯ ИПОХОНДРИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ (сообщение 2)

С. В. Толканец

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: изучить феноменологию постаддиктивной ипохондрии на новых клинических примерах.

Материал и методы. В исследование были включены 4 пациента с затяжной небредовой ипохондрией отделений пограничных состояний.

Методы исследования — психопатологический, анамнестический, динамический.

Результаты. Установлено ведущее звено конституциональной аномалии в виде соматотонии как расстройства влечений при последующем формировании постаддиктивной ипохондрии в ассоциации с акцентуациями психотипов.

Заключение. Подтверждена принадлежность постаддиктивной ипохондрии к регистру личностной психопатологии.

Ключевые слова: экзистенциальный криз, соматотония, аномический сдвиг, постаддиктивная ипохондрия.

Objective: to study the phenomenology of postaddictive hypochondria on new clinical cases.

Material and methods. 4 patients of the Borderline Personality Disorders Ward suffering from lingering non-delusional hypochondria were included into the study. The methods of the study — psychosomatic, anamnestic, dynamic.

Results. The study has found the leading link of the constitutional anomaly in the form of somatonia as a disturbance of drives with the subsequent formation of postaddictive hypochondria in association with the accentuations of psychotypes.

Conclusion. The study has proved that postaddictive hypochondria is on the register of personal psychopathologies.

Key words: existential crisis, somatonia, anomalous shift, postaddictive hypochondria.

Problemy zdorov'ya i ekologii. 2019 Jan-Mar; Vol 59 (1): 25-30

Postaddictive Hypochondria. Clinical Cases (Message 2)

S. V. Tolkanets

Введение

Ипохондрия еще со времен Гиппократ и Галена считается тяжелым недугом. С развитием психиатрии выделены нозологически различные формы ипохондрии: бредовая ипохондрия, депрессивная (сенесто-ипохондрический вариант), обсессивная ипохондрия. Невротический регистр представлен вариантом соматоформного ипохондрического расстройства. Последние годы ознаменовались интересом и изучением ипохондрии в регистре личностной патологии [1], в частности, таким ее вариантом, как постаддиктивная ипохондрия [2]. Клиническое значение феномена рассматриваемого варианта небредовой ипохондрии определяется «стойким снижением социального функционирования и знаменующего начало жизненного пути» [3].

Цель исследования

Продолжить изучение феноменологии постаддиктивной ипохондрии на новых клинических примерах.

Материалы и методы

В первом сообщении [4] содержится информация об установленных неоднородных психотипах. В настоящем - приводятся результаты обследования 4 пациентов, у которых клиническая картина заболевания связана с динамикой расстройств личности (фазы, раз-

вития). В рамках продолжающегося исследования наблюдения нумеруются последовательно после первого сообщения (начиная с 4-го). Продолжительность заболевания составила 7-15 лет. Клиническое своеобразие феномена состоит в развитии болезни у лиц в первой половине жизни стеничных, активных, энергичных, однако после перенесенного паникоподобного приступа прежний активный стереотип жизни у них меняется на противоположный. Приступ острой фобии отличается от критериев панического расстройства (F41.0) большей продолжительностью, наличием патологических ощущений по типу сенестопатий, козвестезиопатий, выраженным отставленным эффектом. Подобные приступы соответствуют категории экзистенциальных кризов [5], протекают с переживанием угрозы жизни и здоровью, с тектоническим воздействием на сферу самосознания. Формируется полярный здоровью болезненный модус поведения с поглощенностью болезнью. Клиническая картина постаддиктивной ипохондрии наряду с указанными признаками определяется овладевающими представлениями об ущербе, нанесенном недугом соматическому благополучию [6].

Наблюдение 4. Пациент Е. П. К., 48 лет, ранее — водитель. Ранний анамнез без особен-

ностей. Рос, развивался нормально. Служил в армии 26 месяцев, из них 21 участвовал в боевых действиях. О последних после службы «не думал» (вытеснял), но в последнее время стал «задумываться» (переживать). Всю жизнь трудится водителем. До заболевания был социально адаптирован. Гордится выносливостью, тем, что 15 лет трудился в ночную смену. Длительно курил, в последние годы — бросил. Выпивает «немного», но систематически — «по-шоферски, в пятницу — 300 г». Толерантность высокая, к опохмелению не прибегает, запои отрицает. Первые недомогания появились 7 лет назад в виде головной боли, после алкогольных эксцессов (после чего «соблюдал меру») и развития артериальной гипертензии. Весной 2015 г. был спонтанный и продолжительный астенический эпизод с вялостью, с затруднением в работе. Летом пришел в себя. Заболел с августа 2015 г., когда в дороге (за рулем) стало плохо, оставил машину. При осмотре систолическая артериальная гипертензия составила 200 мм рт. ст. Организовано лечение на дневном стационаре. С тех пор трижды лечился в соматическом стационаре в связи с артериальной гипертензией. На фоне подъема артериального давления участились паникоподобные состояния, с патологическими телесными ощущениями по типу коэнестезиопатии («мозг плавает, ноги и руки немеют»). Ошеломляющий характер последних, обусловил стойкий ипохондрический сдвиг с переосмыслением телесного самосознания, места в жизни, погруженностью в болезнь, с противоположным к долголетней жизненной активности сужением ареала поведения, ограничением передвижений («вернусь ли обратно»). Состояние усугубилось после смерти пациента в терапевтическом отделении. Расстроился ночной сон, аппетит, похудел на 15 кг. Активно жалуется на шум в голове, на патологические телесные ощущения (мозг плавает, тело отчуждается), главным образом на «боязнь». При расспросе отмечает неприсущую ему вялость, упадок (нежелание ничего делать), снижение гедонического качества, поглощенность болезнью. С детства имел признаки соматотонии: физически активный, постоянно в движении, работе. О себе говорит скупой, как об исключительно работающем и выносливом, исполнительном и аккуратном, «чувствительном к чужому горю», но внутренне сдержанном и неконфликтном. Личностный склад характеризуется чертами мягкой эпилептоидности. Доминанту сознания определяет болезнь с ограничением поведения шадящего распорядка дня. Главной жалобой является «боязнь ухудшения». Феноменологически преобладает тревога как флоттирующая, так и проспективная,

вторичные фобии (страх смерти, боязнь лифта, толпы, оставаться одному) с сужением поведенческого ареала. Тревога сочетается с оживлением в постлатентном периоде симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — гипербдительности, раздражения вегетативной нервной системы с дрожью, потливостью, овладевающими представлениями, батальными реминесценциями. Фон настроения снижен в формате тревожной дистимии. Сопряженные с тревогой перманентные проявления соматодеперсонализации («ноги, как у робота»). В когнитивном плане — тревожная ригидность, налет застылости в облике. Наряду с истощаемостью, невыносливостью к банальным нагрузкам возникла непереносимость курения (бросил), жары (прекратил париться), потемнение в глазах в ортостазе. Эндокринная стигматизация — избыточный вес (исходный — 115 кг, с похудение в последнее время на 15 кг).

Ведущей представляется симптоматика тревожной ипохондрии с симптомами коэнестезиопатии, катестезическими идеациями, ограничительным модусом поведения. Диагноз, поставленный в стационаре: «Органическое тревожное расстройство».

Резюме. Соматотония как ведущая конституциональная характеристика. Акцентуация эпитимного психотипа. Заболел после алкогольного эксцесса на фоне артериальной гипертензии, и последствий давней боевой психической травмы. Панический манифест с картиной экзистенциального криза с последующим ипохондрическим развитием. После стационарного лечения в 2016 г. на прием не обращался.

Наблюдение 5. Пациент Ч. В. И., 63 года, пенсионер. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Старший из 2 детей. Детство благополучное. В школе успешен. Образование высшее техническое. Стойких увлечений не было. Не склонен вспоминать юношеский период. Работал по специальности. Отношения во второй семье хорошие. Имеет взрослую дочь. Много трудился, длительно руководителем — начальником цеха на «Белоруснефти». По натуре честолюбив, что оправдывалось отношением к делу и поглощенностью работой. Соматонический тип акцентуации, с культом активности, движений. В преморбиде черты экспансивности, мягкой эпилептоидности. Был неумным в работе, не знал покоя и наряду с производственной работой всегда был чем-то занят, устраивал чьи-то дела. Спортом не занимался, определенных увлечений не было, но и на досуге был активным и деятельным. Целиком отдавал себя работе. Отличается целеустремленностью, скрупулезностью в делах, исполнительностью. Сам требовал отдачи от подчиненных. В самохарактери-

стике отмечает, что не лишен был «гордыни», мог подтрунивать над кем-то. Всегда деятелен, с ощущением избытка сил.

В поле зрения психотерапевтов с 2005 г., когда лечился в отделении пограничных состояний (депрессивный эпизод). До этого по настоятельной рекомендации руководства оздоравливался в санатории, но от волнения не находил себе места. Вместо отдыха «только отмучился». После лечения — ремиссия до 2007 г., когда состояние ухудшилось после конфликта на работе. После приступа страха и потрясения случившимся (мировоззренческий перелом, утраты внутренней опоры) резко изменилась направленность поведения: из прежнего активной на охранительную. Неоднократно лечился, в том числе стационарно, в отделении пограничных состояний. В Республиканском научно-практическом центре психического здоровья дважды проходил курсовое лечение электросудорожной терапией (ЭСТ), однако эффекта не было. Признаков очерченной сезонности нет. За 10 лет болезни не отмечает определенного улучшения от проводимого лечения. Называет заболевание «затяжной депрессией». Неоднократно лечился в отделении неврозов. Выписывался с парциальным улучшением.

Автором статьи осмотрен осенью 2016 г. Главной жалобой называет унылое состояние. Поглощен болезнью, сетует на потерю жизненной перспективы. Отмечает апатию и отсутствие желаний. Некоторое ослабление напряжения происходит к вечеру. При ночном пробуждении голова занята бесплодными мыслями вокруг страдания. Выглядит бесцветным, с поникшим выражением и застывшей мимикой, с монотонным интонированием. Поглощен мучительной бездушностью, общим дискомфортом, ничего не радует. Пациент мнестически вполне сохранен при наличии идеаторной скованности. Внутреннюю картину болезни составляют напряжение, ощущение подспудного страха и смутного чувства угрозы существованию. Психопатология определяется картиной ипохондрической дистимии. Фиксирован на трудных обстоятельствах на последнем месте работы. Признаков суицидальной идеации не обнаруживает. Доминанту сознания составляет болезнь.

Резюме. После манифестации острой фобии с картиной экзистенциального криза формируется картина постаддиктивной ипохондрии со становлением полярных к гедонизму и соматотонии феноменов самоощажения, ухода в болезнь. Сложный характер дистимии с неполной эндогенной структурой (в том числе в отсутствие эффекта от ЭСТ) и ипохондрической компонентой. Катамнез (2 года) — феноменология персистирующей депрессивной ипохондрии. В 2018 г.

трижды лечился в стационаре с диагнозом: «Рекуррентное депрессивное расстройство».

Наблюдение 6. Пациент Ш. В. Н., 62 года, пенсионер. В молодости ничем серьезным не болел. В зрелые годы выявлен хронический панкреатит (2014 г. — стационарное лечение), язвенная болезнь желудка. В последние годы — артериальная гипертензия, принимает коронал, лизоритин. По натуре — подвижный, энергичный, ответственный, целеустремленный. Характеризует себя как прямого («напрямую»), эмоционального, любит аккуратность. Спортом не занимался, но досуг проводил в движении. Ранее трудился на кафедре. В 90-е годы ушел на производство (геологом). В настоящее время на пенсии. Алкоголь потреблял в умеренных дозах, к настоящему времени прекратил. 18 лет назад лечился в психосоматическом отделении «по поводу стрессов.., в голову все лезло...». Принимал антидепрессанты. С тех пор были сезонные субдепрессии, однако за медицинской помощью не обращался. Как сказал пациент, 11 лет назад его «подломило», подразумевая под этим словом наметившуюся вялость, хрупкость, утомляемость. Подчинился директивному указанию на оздоровление, но в санатории против ожидания было тяжело, «еле высидел». Заболел неожиданно, после «криза». Был потрясен, до окончания обследования был впечатлен случившимся, мыслимыми последствиями. Тогда же бросил курить (после сорока лет курения). Начало болезни ведет от перенесенного приступа по типу раптуса. В последующем появились персистирующая тревожность, «внутренний страх» с абдоминальным дискомфортом, снижение побуждений, расстройство сна. Стационарное лечение проходил в отделении пограничных состояний дважды в 2016 году (F06.4). Изменился по натуре: прежде жизнерадостный стал «пресным». Мотивация претерпела полярное изменение с погружением в болезнь, ограничительным поведением. Стал «примерять болячки». Лечился у целителей, бабок, неоднократно у Фёдоры Коноховой (впечатлен ее пронизательностью, описаниями чудес). Настоящее ухудшение спонтанное — с начала осени 2016 г. Возобновились тревога, боязнь («что-то случилось»), вялость, бессонница, патологические телесные ощущения. Высказывал жалобы на «панический страх», предчувствие угрозы жизни. В статусе: витализированная астения с физическим компонентом (разбитостью), снижением мотиваций (с вечерним послаблением), ангедонией. Дистимия тревожной модальности, радикалом тоскливой агитации. Мысленный строй определяется нозофобией, страхом оставаться одному. В связи с последним ранее вызывал бригаду скорой помощи. Мышление с

метакогнитивными чертами: эскапизм, стремление к уединению, щепетильное отношение к распорядку и сну. Усматривается ипохондрический сдвиг, полярное переключение установок с прежде гедонистических на «жизнь в болезни». Во внутренней картине болезни представления об «исчерпании нервной системы, последствия криза».

Резюме. Соматония как ведущая характеристика темперамента. Преморбид с чертами экспансивности. Манифестация в виде паникоподобного приступа по типу экзистенциального криза с формированием ипохондрического модуса поведения. Катамнез 2 года. Обращается на прием в связи с перманентной тревогой. Состояние квалифицируется как органическое тревожное расстройство. Получает рексетин 30 мг/сут., кетилепт 50 мг на ночь, короткими курсами клоназепам.

Наблюдение 7. Пациент К. А. В., 47 лет. Данных об отягощенной наследственности нет. «Рос вспыльчивым и возбужденным», в семье были частые конфликты, так как «любил адреналин». Справлялся с учебой. Со школьных лет играл в футбол, занимался боксом. Служил в армии в стройбате. Окончил техникум по специальности «техник-механик». Продолжительное время жил с сожительницей. В настоящее время проживает с матерью. Привлекался к ответственности за хулиганство. Из перенесенных заболеваний — простудные без осложнений, множественные сотрясения головного мозга, ножевые ранения.

Субъективно по натуре живой, энергичный, «как живчик», любознательный. С другой стороны, «добрый», со стойкой привязанностью в эмоциональных отношениях («однолюб»). Усматривается смешанный — диссоциальный психотип, с чертами гипертимии. Исходно-подвижный, с исходной соматотонией, неумной энергией, до 30 лет был «активным». Справлялся с учебой, которую совмещал со спортом, продолжительно после школы играл в футбол, до 30 лет профессионально занимался боксом. Характеризует себя «активным», «неленивым», мог себя мобилизовать «в любой час», в том числе в ночное время. Был деятельным, «внутри все работало», трудился на нескольких участках, вел два бизнес-дела. Никогда не курил, отрицает злоупотребление алкоголем. Получал удовольствие от работы, от самоотдачи.

Болен с 40 лет, когда после ряда психотравм (смерти друга и главным образом - разрыва продолжительных отношений с подругой, о чем сильно переживал: «разлука потрясла») появилась тревога, раздражительность. «Пришел в себя» после нескольких месяцев переживаний. Непосредственно заболеванию предшествовала простуда, после чего возникла тре-

вожная дистимия. Ранее осматривался автором статьи — в 2010 г. с квалификацией (эпизода) анестетической депрессии. После стационарного лечения «все было очень хорошо». В последующем ремиссионные состояния сокращались. Признаки очерченного первичного паникоподобного приступа не прослеживаются, но перманентно нарастают расстройства анестетического круга, с генерализацией сенестоалгий, коэстетических расстройств, на высоте которых за сравнительно короткое время сформировался ипохондрический сдвиг. В период 2010–2015 гг. девять раз лечился в отделениях разного профиля Гомельской областной клинической психиатрической больницы. Диагнозы: «Органическое тревожное расстройство», «Рекуррентное депрессивное расстройство», «Органическое депрессивное расстройство» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»). В 2014 г. намечился некий «просвет». Но с 2015 г. и до сих пор (2018 г.) пребывает в болезненном состоянии.

Утверждает, что расстройства всегда одностипные. Разбросан в жалобах с аффективной иллюстрацией измененности тела (икроножных мышц, рта, шеи, спины). Считает, что ему нужно сделать МРТ позвоночника, на замечание, что обследование проводилось, отвечает: «смотрели нижнюю часть, а у меня проблема в верхней». Многоречив, перебивает врача. Признает вялость, «нет сил». Выглядит безрадостным, не выделяя снижение настроения как главную жалобу. На лице — вымученная гримаса, но при отвлечении оживает, адекватно реагирует на обращение. Сохранность рефлексии, конгруэнтность эмоциональных реакций. Сожалеет о потере себя. Время от времени по привычке (в отделении) хочет провести физическую разминку.

Резюме. В преморбиде наблюдаются черты соматотонии с явлениями физической аддикции на первом, доболезненном, этапе жизни (упоеание силой, энергетикой, культом движений, трудоголизмом). Мягкая акцентуация преимущественно диссоциального психотипа. После психотравмы — протрагированная депрессивная реакция с трансформацией в феноменологию соматизированной дистимии, аномический сдвиг самосознания с полярным к прежнему активному поведению модусом затяжной ипохондрии.

В динамике заболевание протекает в виде 2 затяжных соматизированных фаз.

Катамнез 1 год. Редко обращается на прием. Лечился 08.01–23.03.2018 г. в общем отделении и дневном стационаре ГОКПБ с диагнозом: «Смешанное расстройство личности F 61.0». Не работает. Живет на сбережения и средства матери.

Результаты и обсуждение

Все пациенты осматривались на этапе развернутой ипохондрии или на отдаленном этапе

ее формирования. Особенностью случаев было резкое изменение самосознания и поведения после тяжелого паникоподобного манифеста, относимого к формату экзистенциального криза [6]. С другой стороны, такие пациенты исходно отличались высокими жизненным тонусом, выносливостью и работоспособностью. Всех обследованных отличало наличие в преморбиде соматотонии [7]. Тем контрастнее к прежнему образу жизни выглядела «жизнь в болезни». В одном случае патология развивалась на фоне последствия давней боевой психической травмы. В трех случаях определялась соматическая патология, главным образом, артериальная гипертензия. Триггером в двух случаях был предварительный алкогольный эксцесс, в двух — конфликты: производственный и психотравмирующий.

Характеристики психотипов. Эпитимная акцентуация первых трех наблюдений с радикалом экспансивности. Консультативный осмотр уступает возможностям углубленного клинического обследования, поэтому в этих случаях не исключается латентная акцентуация диссоциального типа. Явная акцентуация преимущественно диссоциального психотипа определяется в 1-м наблюдении второго сообщения. Ведущими проявлениями рассмотренных случаев является витализированная астения, множественные патологические телесные ощущения, соучастие аффективных расстройств, придающих вид тревожно-ипохондрической депрессии.

По характеру течения. В одном случае зафиксированы 2 затяжные соматизированные фазы (по 2 г.), в остальных — признаки ипохондрического развития. В 4-м наблюдении (катамнез 2 г.) пациент после стационарного лечения в 2016 г. на прием не обращался. В 5-м наблюдении (катамнез 2 г.) — феноменология персистирующей тревожно-депрессивной ипохондрии. В 2018 г. трижды лечился в стационаре с диагнозом: «Рекуррентное депрессивное расстройство». В 6-м наблюдении периодически (катамнез 2 г.) обращается на прием в связи с перманентной тревогой. Состояние квалифицируется как органическое тревожное расстройство. Катамнез 7-го наблюдения — 1 год. Редко обращается на прием. Лечился 08.01-23.03.2018 г. в общем отделении и дневном стационаре ГОКПБ с диагнозом: «Смешанное расстройство личности F 61.0». Не работает. Находясь в стационаре, пациенты получали профильные препараты в рутинных дозах.

Всем пациентам присущи конституциональные особенности в виде соматотонии. В первые десятилетия жизни это качество не привлекает внимания клиницистов, так как это социально приемлемо, субъективно — эмоционально положительно, сопровождается куль-

том движений, тела. Помимо динамических характеристик соматотонии имеет отношение к эндотимическому базису личности, сфере инстинктов, влечений, относится к патохарактерологическим аномалиям стенического, экспансивного типа [8], что в наибольшей степени характерно для истеро-возбудимой акцентуации. На имеющемся материале в полной мере диссоциативный психотип был в одном случае (7-м наблюдении) с его мягкими проявлениями и в ассоциации с эпитимными чертами в остальных примерах. В нашем исследовании не было случаев явной асоциальной направленности поведения, психотипы представлены мягким вариантом диссоциальной акцентуации (концепция «успешного психопата») [9]. Последующий за экзистенциальным кризом аномический сдвиг сопровождается становлением противоположных по отношению к доболезненным проявлениям аддикции феноменов (медицинская аддикция), заместивших прежние пристрастия. В динамике трансформация психопатологических комплексов подчинена закономерностям динамики расстройства личности в сфере влечений. Прежний культ движений трансформируется в медицинскую аддикцию как приверженность обращения за медицинской помощью, многочисленным обследованиям.

Заключение

Установление личностного регистра постаддиктивной ипохондрии важно, поскольку соотнобразуется с динамикой, прогнозом. Энергичное купирование панических расстройств, адекватная курсовая терапия тревожно-депрессивной ипохондрии позволяют в дальнейшем проводить профильную психологическую коррекцию. На отдаленных этапах при сохраняющейся резидуальной симптоматике оздоровительная активность пациентов приобретает формы, сопоставимые с прежними рискованными увлечениями, спортивной аддикцией или экстремальными видами (купание в проруби, многокилометровые пробежки, увлечение йогой, лечебным голоданием, вегетарианством и пр.) [6]. С учетом неизменности конституционального паттерна можно коррегировать его для формирования адаптивного варианта аддикции здоровья («ипохондрия здоровья»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Волель БА. Небредовая ипохондрия (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;02:49-62.
2. Смулевич АБ, Волель БА, Романов ДВ. Постаддиктивная ипохондрия как проявление динамики диссоциального расстройства личности. *Психические расстройства в общей медицине*. 2008;03:4-11.
3. Смулевич АБ, Тиганов АС, Дубницкая ЭБ и др. Цит. по кн. Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А. Б. Смулевича; АМН, НИИ клинич. психиатрии. Москва, РФ: Логос; 1992. 175 с.
4. Толканец СВ. Постаддиктивная ипохондрия. *Клинические иллюстрации. Проблемы здоровья и экологии*. 2017;3:53.
5. Дубницкая ЭБ, Романов ДВ. Транзиторные психозы с картиной экзистенциальных кризов. *Психиатрия*. 2007;4 (28):24-34.

6. Романов ДВ. Экзистенциальные кризы в дебюте небредовой ипохондрии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2008. 24 с.

7. Смуглевич АБ. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. Москва, РФ: Медицинское информационное агентство; 2012. 223 с.

8. Психосоматические расстройства в клинической практике. Под ред. акад. РАН Смуглевича АБ. Москва, РФ: МЕДпресс-информ; 2016. 776 с.

9. Hall JR, Benning SD. The "successful psychopath". Adaptive and Subclinical Manifestations of Psychopathy in the General Population. In: Handbook of Psychiatry. Ed Ch J Patrick. 2006. p. 459-478.

REFERENCES

1. Volel' BA. Nebredovaja ipohondrija (obzor literatury). *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2009; 02: 49-62. (in Russ.)

2. Smulevich AB, Volel' BA, Romanov DV. Postaddiktivnaja ipohondrija kak projavlenie dinamiki dissocial'nogo rasstrojstva lichnosti. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2008; 03: 4-11. (in Russ.)

3. Smulevich AB, Tiganov AS, Dubnickaja JeB i dr. Cit. po kn. Ipohondrija i somatoformnye rasstrojstva. Pod red. A. B. Smulevicha; AMN, NII klinich. psihiatrii. Moskva, RF: Logos; 1992. 175 s. (in Russ.)

4. Tolkanec SV. Postaddiktivnaja ipohondrija. Klinicheskie illjustracii. *Problemy zdorov'ja i ekologii*. 2017; 3:53. (in Russ.)

5. Dubnickaja JeB, Romanov DV. Tranzitomye psihozy s kartinoj jekzistencial'nyh krizov. *Psihiatrija*. 2007; 4 (28):24-34. (in Russ.)

6. Romanov DV. Jekzistencial'nye krizy v debjute nebredovoj ipohondrii. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M.; 2008. 24 s. (in Russ.)

7. Smulevich AB. Rasstrojstva lichnosti. Traektorija v prostanstve psihicheskoj i somaticheskoj patologii. Moskva, RF: Medicinskoe informacionnoe agentstvo. 2012. S. 223. (in Russ.)

8. Psihosomaticheskie rasstrojstva v klinicheskoj praktike. Pod red. akad. RAN Smulevicha AB. Moskva, RF: MEDpress-inform; 2016. 776 s. (in Russ.)

9. Hall JR, Benning SD. The "successful psychopath". Adaptive and Subclinical Manifestations of Psychopathy in the General Population. In: Handbook of Psychiatry. Ed Ch J Patrick. 2006. p. 459-478.

Поступила 13.12.2018

УДК 616.33-002

ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМА *HELICOBACTER PYLORI* НА РИСК РАЗВИТИЯ ГАСТРОПАТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

С. И. Пиманов, Е. В. Макаренко, Е. А. Дикарева

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

Цель: провести проспективную оценку эндоскопической картины слизистой оболочки (СО) желудка после выполненной эрадикационной терапии среди пациентов с ревматоидным артритом (РА), длительно принимающих нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Материал и методы. В исследование было включено 116 пациентов с РА, которые в течение длительного времени принимали НПВС и имели хеликобактерную инфекцию. Повторное обследование для выявления гастропатии, индуцированной приемом НПВС (НПВС-гастропатии), после проведенного лечения выполнено у 45 пациентов, получавших эрадикационную терапию, и у 16 обследованных из группы сравнения через 0,50 (0,25; 0,91) года.

Результаты. При оценке результатов эндоскопического исследования СО желудка не было выявлено статистически значимых различий между группой с успешной эрадикацией *H. pylori* и группой сравнения по частоте возникновения НПВС-гастропатии ($\chi^2=0,03$; $p=0,863$; 1,63; 95% ДИ: 0,30–8,89).

Заключение. Успешная эрадикация микроорганизма *H. pylori*, проведенная на фоне длительного приема НПВС у пациентов с РА, которые и в дальнейшем продолжали принимать эти лекарственные средства, не влияла на частоту развития гастродуоденальных эрозий и язв.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, нестероидные противовоспалительные средства, эрадикация, *Helicobacter pylori*.

Objective: to perform the prospective assessment of the endoscopic picture of the gastric mucous membrane (MM) after the performed eradication therapy among patients with rheumatoid arthritis (RA) who have been taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for a long time.

Material and methods. The study included 116 RA patients who had been taking NSAIDs for a long time and were infected with *Helicobacter pylori*. The re-examination aimed at the identification of gastropathy induced by the intake of NSAIDs (NSAIDs-gastropathy) after the treatment was performed in 45 patients who had undergone the eradication therapy and in 16 patients from the comparison group after 0.5 (0.25; 0.91) year.

Results. During the assessment of the results of the endoscopic examination of the gastric MM, no statistically significant difference was found in the incidence rates of NSAID gastropathy between the group with the successful eradication of *Helicobacter pylori* and the comparison group ($\chi^2=0.03$; $p=0.863$; 1.63; 95% CI: 0.30–8.89).

Conclusion. The successful eradication of the *Helicobacter pylori* microorganisms, which was performed against the background of the long-term intake of NSAIDs in the RA patients who continued to take them did not affect the frequency of occurrence of gastroduodenal erosions and ulcers.

Key words: rheumatoid arthritis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, eradication, *Helicobacter pylori*.

Problemy zdorov'ya i ekologii. 2019 Jan-Mar; Vol 59 (1): 30-35

The Effect of Eradication of the *Helicobacter Pylori* Microorganisms on the Risk of the Development of Gastropathy Associated with the Intake of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs

S. I. Pimanov, E. V. Makarenko, E. A. Dikareva