

Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(4): 38-41
Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(4): 38-41
УДК 616.348-002.44-036.1:159.9

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Анна Павловна Лукашевич, Рената Ракиповна Хуснутдинова

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела
ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

Аннотация. На основании анализа результатов лабораторных исследований, эндоскопической диагностики и психоэмоционального состояния 60 пациентов с язвенным колитом в период атаки заболевания установлен ряд особенностей клинического течения болезни. Оно характеризуется выраженной вариативностью клинических проявлений, формированием синдрома мальабсорбции со значительной потерей массы тела, существенной вовлеченностью изменений психоэмоциональной сферы. Тип отношения к болезни складывается под влиянием ранних детско-родительских отношений и может существенно влиять на комплаентность и эффективность лечения. Это требует разработки персонализированных лечебных программ, которые должны принимать во внимание как физическое, так и психологическое состояние человека.

Ключевые слова: язвенный колит, клиническое течение, внутренняя картина болезни, психоэмоциональное состояние

Для цитирования: Лукашевич А.П., Хуснутдинова Р.Р. Влияние психологических факторов на клиническое течение и внутреннюю картину болезни пациентов с язвенным колитом. Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(4): 38-41.

THE IMPACT OF PSYCHOLOGICAL FACTORS ON THE CLINICAL COURSE AND INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

A. P. Lukashevich, R. R. Khusnutdinova

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Abstract. Based on an analysis of laboratory test results, endoscopic diagnostics, and psychoemotional status in 60 patients with ulcerative colitis during an attack, several clinical features of the disease were identified. It is characterized by marked variability in clinical manifestations, the development of malabsorption syndrome with pronounced weight loss, and significant psycho-emotional changes. The type of attitude towards the disease is formed under the influence of early parent-child relationships and can significantly affect compliance and the effectiveness of treatment. This requires the development of personalized treatment programs that take into account both the patient's physical and psychological state.

Key words: ulcerative colitis, clinical course, internal picture of the disease, psycho-emotional state

For citation: Lukashevich A.P., Khusnutdinova R.R. The impact of psychological factors on the clinical course and internal picture of the disease in patients with ulcerative colitis. Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(4): 38-41.

Введение

Язвенный колит – рецидивирующее и обостряющееся воспалительное заболевание кишечника, характеризующееся воспалением слизистой оболочки, начинающимся на дистальном участке и возможным распространением проксимально с охватом всей толстой кишки. Наблюдается рост распространенности заболевания: в настоящий момент насчитывается до 246 случаев на 100 000 населения [1]. Современные исследования все чаще подчеркивают психосоматическую природу воспалительных заболеваний кишечника. Личностные особенности, детско-родительские отношения, копинг-стратегии и психологические характеристики пациента напрямую влияют на течение заболевания, эффективность лечения и качество жизни [2].

Комплексное изучение клинических, лабораторных и эндоскопических особенностей течения язвенного колита в совокупности с психоэмоциональными факторами позволяет углубленно рассмотреть патогенез заболевания, оптимизировать лечебные подходы и повысить качество медицинской помощи пациентам. Благодаря системному подходу к анализу язвенного колита, интегрирующему медицинские и психологические аспекты заболевания, пациент рассматривается как целостная биопсихосоциальная система [3].

Цель исследования – всесторонний анализ клинических проявлений, результатов лабораторных исследований и данных эндоскопической диагностики при язвенном колите с учётом психо-

логических аспектов для существенного расширения представлений о механизмах развития этого заболевания. На основе полученных данных появится возможность формировать индивидуальные схемы выявления болезни, совершенствовать методы терапии и в целом улучшать уровень медицинского обслуживания людей, страдающих от данного недуга.

Материал и методы исследования

Научно-исследовательская работа проводилась в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «ГКБ № 8» МЗ УР города Ижевска. В группу наблюдения вошли 60 пациентов, из них 32 мужчины и 28 женщин с язвенным колитом – их диагноз был подтверждён посредством эндоскопического и гистологического обследований. Средний возраст составил 35 лет с отклонением в 2,05 года. С целью проведения сравнительного анализа была сформирована контрольная группа из 30 человек, которые не имели значимых проблем со здоровьем; возраст участников этой группы варьировал от 18 до 20 лет. Примечательно, что заболевание демонстрирует бимодальный характер распределения по возрастам: первый пик заболеваемости наблюдается в возрасте 20-30 лет, а второй – в возрастной категории от 50 до 80 лет. С целью оценки состояния пациентов и анализа особенностей течения язвенного колита были применены современные диагностические методики. Для определения локализации и протяженности поражения кишечника применялась Монреальская классификация по следующим группам: E1 (проктит, заболевание ограничено прямой кишкой), E2 (левостороннее заболевание, дистальнее селезёночного изгиба) и E3 (распространённый колит, заболевание распространяется проксимальнее селезёночного изгиба) [4]. Для оценки активности язвенного колита использовались: критерий Truelove-Witts и индекс Мейо [5, 6]. Критерий Truelove-Witts базируется на анализе нескольких клинических признаков, среди которых – частота дефекаций, присутствие крови в кале и общее состояние пациента. Индекс Мейо представляет собой развёрнутую систему оценки, которая учитывает не только клинические данные, но также результаты эндоскопического и гистологического исследований. Чтобы провести статистический анализ данных и сделать соответствующие выводы по показателям в обеих группах, был использован t-критерий Стьюдента. Антропометрические параметры пациентов анализировались с помощью расчёта индекса массы тела (ИМТ). В рамках лабораторных исследований выполнялись два вида анализов крови: общий – с использованием гематологического анализатора NemaLit-5500 и биохимический – на автоматическом биохимическом анализаторе MIURA. Для оценки состояния слизистой оболочки толстой кишки применялась видеокOLONоскопия с использованием аппарата ЕС-500Т. Для диагностики психоэмоционального состояния использовалась клиническая тестовая методика ТОБОЛ для диагностики типа отношения к болезни, созданная коллективом НИПНИ в 1986 г. [ТОБОЛ] и методы математической статистики.

Результаты исследования

Исследование позволило получить всестороннюю характеристику пациентов, страдающих язвенным колитом, с точки зрения психосоциальных и клинико-лабораторных показателей. Возникновение заболевания обусловлено сложным взаимодействием ряда факторов: особенностей окружающей среды, состояния иммунной системы, состава микробиома кишечника и генетической предрасположенности. Клиническая картина отличалась многообразием симптомов. Подавляющее большинство пациентов (80 %) жаловались на общую слабость и одышку, что можно объяснить наличием анемического синдрома и протекающим воспалительным процессом. Заметная часть обследованных (60 %) испытала существенную потерю веса – в среднем на 16,8 кг. При этом у 55 % из них аппетит оставался хорошим, что позволяет говорить о развитии синдрома мальабсорбции. Боли в животе, преимущественно по ходу толстого кишечника, различной интенсивности беспокоили 66,7 % пациентов. Характер боли варьировал – от схваткообразной до ноющей и колющей. Частота стула с примесью крови колебалась от одного до двадцати пяти раз в сутки и коррелировала с тяжестью состояния по шкале Мейо. Легкая форма заболевания диагностирована у 6,2 % пациентов, среднетяжёлая – у 80 %, тяжёлая – у 13,8 %.

Жизненно важные показатели несущественно отличались от нормы: уровень сатурации кислорода составил $98,4 \pm 1,2$ % (в контрольной группе – $98,6 \pm 0,7$ %); частота пульса – $71,7 \pm 4,7$ уд/мин (в контрольной группе – $72,4 \pm 9,9$ уд/мин); частота дыхательных движений – $17,0 \pm 0,9$ (в контрольной группе – $17,3 \pm 0,9$).

Анализ индекса массы тела показал его существенное снижение у пациентов с обострением заболевания – с $23,9 \pm 4,5$ кг/м² до $20,9 \pm 4,2$ кг/м² во время обострения (в контрольной группе – $21,7 \pm 2,3$), что может свидетельствовать о процессах истощения.

Гематологические исследования выявили в группе наблюдения следующие особенности: повышенный уровень лейкоцитов ($18,9 \pm 3,1 \times 10^9$ /л, $p < 0,05$); пониженный уровень гемоглобина ($90,4 \pm 20,5$ г/л, $p < 0,05$); увеличенная скорость оседания эритроцитов ($25,8 \pm 12,4$ мм/ч, $p < 0,05$). При этом количество эритроцитов ($4,4 \pm 0,7 \times 10^{12}$ /л), тромбоцитов ($274,3 \pm 88,3 \times 10^9$ /л) и уровень гематокрита ($42,8 \pm 2,1$ %) оставались в пределах нормы. В контрольной группе показатели были следующими: лейкоциты – $12,5 \pm 2,2 \times 10^9$ /л, гемоглобин – $110,6 \pm 25,5$ г/л, СОЭ – $18,2 \pm 10,4$ мм/ч. Биохимический анализ крови показал снижение уровня общего белка ($48,1 \pm 7,4$ г/л, $p < 0,05$) и повышение уровня щелочной фосфатазы ($512,5 \pm 184,9$ Ед/л, $p < 0,05$). Остальные биохимические показатели, включая уровень глюкозы ($5,0 \pm 0,4$ ммоль/л), общего билирубина ($11,4 \pm 3,3$ мкмоль/л), α -амилазы ($55,4 \pm 19,2$ Ед/л) и калия ($4,3 \pm 0,4$ ммоль/л), находились в пределах референсных значений. В контрольной группе уровень общего белка составил $53,9 \pm 8,4$ г/л, а щелочной фосфатазы – $433,5 \pm 164,9$ Ед/л. По результатам копрологического исследования у всех пациентов (100 %) выявлена скрытая кровь в кале, а по макроскопическому исследованию кал был неоформленной кашицеобразной (60 %) и жидкой (40 %) консистенции коричневого

цвета (60%). В анализе обнаружены нейтральные жиры (71,40 %), непереваримая растительная клетчатка (64,30 %), крахмал внутриклеточный (66,70 %) и внеклеточный (63,6 %), непереваренные мышечные волокна (76,9 %) и переваримая растительная клетчатка в большом количестве (50 %). Присутствовали лейкоциты (67,7 %), дрожжевые грибы (66,7 %), эритроциты (27,3 %) и слизь (10 %). При проведении эндоскопического исследования визуализировались воспалительные и эрозивно-язвенные поражения: дефекты слизистой в виде эрозий и язв различных по размерам и форме, истончение и отечность слизистой оболочки, резкая выраженность сосудистого рисунка, выделение крови при контакте с эндоскопом. По степени поражения диагностировано тотальное (69,2 %) и левостороннее (30,8 %) поражения толстой кишки. Проведение колоноскопии позволило визуально обнаружить типичные для язвенного колита изменения толстой кишки.

Проведена оценка психологических аспектов адаптации больных язвенным колитом методом ТО-БОЛ, позволяющим определить 12 типов реагирования, на основе классификации отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Для выявления взаимосвязей психологических реакций с различными переменными применялся статистический анализ с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (таблица 1). В таблице 1 жирным шрифтом указаны значения на статистически достоверном уровне.

Согласно данным, представленным в таблице 1, пациенты с более высоким уровнем образования склонны к стратегии «ухода от болезни в работу», а при низком образовательном уровне наиболее выражены тревожный, паранойяльный и дисфорический типы реагирования на болезнь. Логично, что и модель

поведения, связанная с физическими наказаниями в конфликтных ситуациях в детстве, влияет на последующее поведение и взаимосвязана с анозогнозическим типом реагирования, так например: чем чаще человек подвергался физическому воздействию в детстве, тем сильнее он склонен отрицать потенциальные последствия своего заболевания. Во взрослом возрасте это приводит к развитию паранойяльного типа отношения к болезни. В таблице 2 представлены статистически достоверные значения дисперсионного анализа.

В таблице 2 представлены результаты дисперсионного анализа, которые показывают, как факторы родительской семьи и возрастная категория влияют на формирование анозогнозического типа отношения к заболеванию у взрослых. Обнаружено, что стаж болезни является предиктором ипохондрического стиля реагирования с чрезмерной склонностью сообщать о своих неприятных ощущениях врачам и окружающим. Особого интереса заслуживает анализ влияния того, как разрешались конфликты в детстве, например: использование поощрений или демонстрация положительных примеров от значимых взрослых могут способствовать развитию у пациента неврастенического и дисфорического типов реагирования. Встречаются гармоничный ($M=16,38$), эргопатический ($M=15,45$), эгоцентрический ($M=14,76$) и сенситивный ($M=2,60$) типы отношения к болезни.

Обсуждение результатов исследования

Полученные результаты демонстрируют сложный многокомпонентный характер течения язвенного колита, затрагивающий различные аспекты физического и психологического функционирования пациента. Клинические проявления характеризуются значительной вариативностью, что требует индивидуаль-

Таблица 1. Значения коэффициента корреляции Спирмена у больных язвенным колитом с разными типами отношения к болезни

Table 1. Values of the Spearman's Rank Correlation Coefficient in patients with ulcerative colitis with different types of attitudes towards the disease

Тип отношения к болезни	Статистические показатели			
	Возраст	Физическое насилие	Конфликт в семье	Образование
Эргопатический	-0,28, $p=0,141$	0,22, $p=0,294$	0,08, $p=0,586$	-0,36, $p=0,045$
Анозогнозический	-0,29, $p=0,141$	0,48, $p=0,005$	-0,07, $p=0,774$	-0,15, $p=0,815$
Тревожный	0,24, $p=0,282$	-0,25, $p=0,138$	-0,26, $p=0,224$	0,44, $p=0,028$
Паранойяльный	-0,04, $p=0,938$	0,74, $p=0,694$	-0,46, $p=0,018$	0,42, $p=0,034$
Дисфорический	0,05, $p=0,800$	-0,2, $p=0,258$	-0,18, $p=0,316$	0,38, $p=0,024$
Физическое насилие	-0,42, $p=0,008$	1,00	-0,36, $p=0,044$	-0,22, $p=0,286$

Примечание: жирным шрифтом указаны на статистически значимые различия.

Таблица 2. Значения результатов дисперсионного анализа у больных язвенным колитом с разными типами отношения к болезни

Table 2. Values of the analysis of variance in patients with ulcerative colitis with different types of attitudes towards the disease

Тип отношения к болезни	Статистические показатели			
	Взаимоотношения в семье	Возраст	Стаж болезни	Конфликт в семье
Анозогнозический	F=5,46, $p=0,024$	F=45,92, $p=0,001$	F=1,76, $p=0,106$	F=0,64, $p=0,495$
Ипохондрический	F=0,02, $p=0,895$	F=0,84, $p=0,624$	F=4,25, $p=0,005$	F=0,82, $p=0,436$
Неврастенический	F=2,16, $p=0,167$	F=0,88, $p=0,585$	F=2,24, $p=0,069$	F=5,82, $p=0,008$
Дисфорический	F=0,16, $p=0,674$	F=0,44, $p=0,926$	F=1,55, $p=0,185$	F=7,65, $p=0,002$

Примечание: жирным шрифтом указаны на статистически значимые различия.

ного подхода к терапии. Синдром мальабсорбции и значительная потеря массы тела нуждаются в тщательном анализе и дальнейшем изучении. Психологический компонент также играет немаловажную роль в лечении заболевания. Тип отношения к болезни складывается под влиянием ранних детско-родительских отношений и может существенно влиять на compliance и эффективность лечения.

Заключение

Исследование подтвердило многогранную природу язвенного колита, который оказывает влияние на целую систему человеческого организма. Анализ клиничко-лабораторных данных позволил сформулировать ряд существенных особенностей. Прежде всего, стоит отметить разнообразие симптомов заболевания. Оно проявляется не только кишечными симптомами, такими как учащение стула и боль в животе, но и системными реакциями организма – развитием анемии и нарушения всасывания питательных веществ. У многих пациентов наблюдается существенное снижение веса при неизменном аппетите, что свидетельствует о наличии специфического синдрома мальабсорбции. Кроме того, лабораторные анализы обнаружили специфические отклонения в гематологических и биохимических показателях крови, указывающих на сбой в метаболизме и обмене белков. Особенно тревожным является уменьшение индекса массы тела, что делает необходимым тщательную коррекцию трофологического статуса больных. С помощью эндоскопического исследования было установлено, что у большинства пациентов поражен весь толстый кишечник со среднетяжелым течением язвенного колита. Это подчёркивает необходимость применения комплексного лечебного подхода, который должен учитывать наличие сопутствующих заболеваний. Изменения в биохимическом профиле указывают на возможные проблемы с функцией печени и желчевыводящих путей, нарушение печеночно-билиарной функции, что требует более пристального внимания и индивидуального подхода. Результаты исследования акцентируют внимание на значимости ранней диагностики и своевременного начала терапии, особенно на начальных формах заболевания. Не менее важно учитывать психоэмоциональное состояние пациентов, поскольку оно существенно влияет на динамику болезни. Следовательно, требуется разработка персонализированных лечебных программ, которые будут принимать во внимание как физическое, так и психологическое состояние человека. Также критически важно отслеживать сопутствующие патологии желудочно-кишечного тракта и регулярно контролировать показатели общего и биохимического анализов крови.

Список источников

1. Махсудов О.М., Мусахайхова Ш.М., Мусахайхов У.Х., Тешабаев М.Г. Язвенный колит: современный взгляд на этиологию и патогенез (обзор литературы). Экономика и социум. 2021; 10(89): 891-900.
2. Ромасенко Л.В., Махов В.М., Пархоменко И.М., Исайкина М.А., Угрюмова Л.Н. Клиническая специфика психосоматических соотношений при язвенном колите. Российский психиатрический журнал. 2018; 5: 38-44.
3. Расулов А.О., Куликов А.Э., Мадьяров Ж.М., Расулов З.Р. Колоректальный рак на фоне язвенного колита (обзор литературы). Колопроктология. 2023; 22(1): 138-146. doi: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-138-146
4. Халитова Ю.А., Мякишева Ю.В., Каторкин С.Е., Андреев П.С., Громова Д.С. Клиничко-биохимический статус пациентов с язвенным колитом. Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2022; 5(59): 66-73. doi: 10.20340/vmi-rvz.2022.5.CLIN.7
5. Болотова Е.В., Юмукян К.А., Дудникова А.В., Яковенко М.С. Факторы риска рецидива и тяжести атаки язвенного колита. Врач. 2022; 33(5): 40-46. doi: 10.29296/25877305-2022-05-08
6. Шрайнер Е.В., Хавкин А.И., Новикова М.С., Тикунов А.Ю., Чечушков А.В., Харахорин Р.А., Тикунова Н.В. Современные стратегии и перспективы лечения язвенного колита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023; 209(1): 149-157. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-149-157

Лукашевич Анна Павловна (контактное лицо) – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России; 426056, Удмуртская Республика, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281; anna.lukashevich.89@mail.ru

Поступила в редакцию / The article received 10.10.2025.

Принята к публикации / Was accepted for publication 09.12.2025.