

УДК 616.342-002.44-092:616.33-008.811.1:159.923

# ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО

*А.А. Опарин*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Ключевые слова:** дуоденальная язва, агрессия желудочного сока, тип личности, мелатонин, серотонин.

В патогенезе язвенной болезни (ЯБ) в настоящее время по-прежнему центральное место отводится усилению воздействия агрессивного фактора, связанного с увеличением продукции соляной кислоты [5, 4, 7, 2]. Возникшая в начале прошлого столетия известная формула «нет кислоты — нет язвы», не утратила актуальности на сегодняшний день и лишь дополнилась еще одним фактором: «нет кислоты и *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) — нет язвы» [8].

Известно, что избыточная продукция соляной кислоты (НСЛ) при ЯБ, с одной стороны, генетически детерминирована, так как наблюдается увеличение массы обкладочных клеток, повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи, а с другой, повышение кислотности желудочного сока обусловлено *H. pylori*-инфицированием. Образуя в процессе жизнедеятельности аммиак из мочевины, эти микроорганизмы постоянно «защелачивают» антральный отдел желудка, что приводит к гиперсекреции гастрина, постоянной стимуляции обкладочных клеток и гиперсекреции НСЛ [1, 9, 10, 11]. Ряд авторов [3, 6] считает, что высокая кислотность при ЯБ связана с нарушением нейроэндокринной регуляции вследствие усиления вагусного влияния, гиперплазии и гиперфункции энтерохромаффиноподобных и гастринпродуцирующих клеток.

Учитывая то, что сегодня нет единого мнения о механизме формирования кислото-пептической агрессии, глубины и характера ее изменений при дуоденальной язве, мы решили проанализировать состояние кислотообразующей функции желудка у больных ЯБ с учетом характера психосоматических расстройств.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследования проведены у 120 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), которых по характеру выявленных психосоматических нарушений мы разделили на три группы. I

группу составили 46 больных (33 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 17 до 28 лет с преобладанием возбудимых черт личности. В II группу вошли 45 пациентов (34 мужчины и 11 женщин) в возрасте от 17 до 29 лет с преобладанием в психосоматическом статусе тормозных черт личности. В III группу мы включили 22 больных (17 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 17 до 27 лет с ЯБДК без клинических проявлений психосоматических расстройств. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Оценку психосоматического статуса проводили по среднеоценочному баллу по шкале личностной и реактивной тревожности Спилбергера, по среднему баллу самочувствия, активности и настроения по тесту дифференцированной самооценки функционального состояния (САН), по среднему баллу тревоги по шкале самооценки тревоги Шихана и среднему баллу депрессии по шкале опросника депрессии Бека. Параллельно у всех больных определяли в крови содержание центральных регуляторов этих процессов — мелатонина и серотонина.

Содержание мелатонина устанавливали иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы IBL (производство Германия), а содержание серотонина — с помощью стандартных наборов реактивов фирмы IBL (Германия).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В ходе исследований установлено, что для пациентов I группы наиболее характерным был высокий уровень личностной ( $48,2 \pm 1,3$  при норме  $22,4 \pm 1,2$ ) и реактивной ( $40,1 \pm 1,08$  при норме  $21,9 \pm 1,4$ ) тревожности на фоне менее выраженных, но статистически достоверных изменений среднеоценочного балла депрессии ( $20,3 \pm 1,1$  при норме  $9,8 \pm 0,96$ ), тревоги ( $54,6 \pm 1,19$  при норме  $20,1 \pm 1,2$ ), а также умеренное снижение среднеоценочного балла активности ( $3,8 \pm 0,03$

при нормі  $5,9 \pm 0,11$ ), самоочувствія (до  $4,4 \pm 0,08$  при нормі  $6,4 \pm 0,14$ ) і настроєння (до  $4,2 \pm 0,07$  при нормі  $6,1 \pm 0,12$ ) при одночасно умереному вмісту серотоніну ( $79,2 \pm 4,5$  при нормі  $39,6 \pm 3,5$ ) і статистично достовірному зниженні вмісту мелатоніну (до  $14,1 \pm 0,14$  при нормі  $24,2 \pm 1,2$ ).

Больним II групи найбільше присущий високий середноночний бал тривоги (до  $66,5 \pm 1,4$ ) і депресії (до  $28,4 \pm 1,1$ ) при менше якому підвищенні рівня реактивної (до  $37,1 \pm 1,1$ ) і личностної (до  $38,2 \pm 1,1$ ) тривожності, а також статистично достовірному зниженні середноночного бала самоочувствія (до  $3,2 \pm 0,19$ ), настроєння (до  $3,4 \pm 0,07$ ) і активності (до  $3,0 \pm 0,05$ ) при одночасному зменшенні у них в крові рівня мелатоніну (до  $8,3 \pm 0,52$ ) і вираженому підвищенні концентрації серотоніну (до  $114,6 \pm 5,2$ ).

У пацієнтів III групи змінення середноночного бала були значно менше. В частині, у них середноночний бал личностної (до  $24,2 \pm 1,4$ ) і реактивної (до  $21,6 \pm 1,8$ ) тривожності, середноночний бал депресії (до  $10,7 \pm 1,4$ ) і тривоги ( $22,4 \pm 1,5$ ) піднімалися по порівнянню з нормою статистично недостовірно ( $P > 0,05$ ), а рівень середноночного бала тривоги (до  $5,6 \pm 0,25$ ), самоочувствія (до  $5,0 \pm 0,26$ ) і настроєння (до  $5,8 \pm 0,14$ ), навпаки, знижувалися, але це також статистично недостовірно ( $P > 0,001$ ). В той же час рівень серотоніну в крові підвищувався (до  $66,9 \pm 3,1$ ) і був статистично достовірно вище ( $P < 0,001$ ), а рівень мелатоніну, навпаки, зменшувався (до  $16,7 \pm 0,7$ ) і був статистично достовірно нижче норми ( $P < 0,001$ ), залишаючись одночасно статистично достовірно ( $P < 0,001$ ) менше вираженими, ніж у збудливих і особливо затриманих пацієнтів.

В процесі нашого дослідження встановлено, що від глибини і характеру виявлених психосоматических розладів, рівня серотоніну, мелатоніну і особливо від їх відношення суттєво змінюються показники кислотності шлудочної соку при ЯБДК у студентів.

Так, серед збудливих пацієнтів показники кислотності шлудочної соку були значно вище цифр контролю. В середньому, як видно з таблиці,

у збудливих пацієнтів показники рН-метрії шлудочної соку були в 1,5—2 рази нижче, ніж у осіб контролю і при порівнянні становили статистично достовірну різницю ( $P < 0,001$ ). В той же час серед затриманих пацієнтів, у яких спостерігався ведучий в клініці диспепсический синдром, рівень рН-метрії шлудочної соку, навпаки, перевищував показник збудливих пацієнтів або знаходився в діапазоні коливань здорових осіб. В частині, у 50 пацієнтів кислотність шлудочної соку знижувалася до норми, а у 40 осіб була навіть нижче її. В середньому, кислотність шлудочної соку в групі затриманих пацієнтів мало відрізнялася від норми ( $P > 0,05$ ), але була менше, ніж в групі збудливих, і це різниця статистично достовірно ( $P < 0,001$ ). У пацієнтів з початковими проявами психосоматических розладів, але з достовірним підвищенням рівня серотоніну і зниженням мелатоніну, тобто в групі граничних пацієнтів, до яких увійшли 22 пацієнта з вперше виявленою дуоденальною язвою і ведучим в клініці болісним синдромом, показники рН-метрії шлудочної соку були значно нижче, ніж у здорових осіб контролю і практично не відрізнялися від цифр збудливих пацієнтів.

В середньому, як видно з таблиці, кислотність шлудочної соку у збудливих пацієнтів була значно вище і становила статистично достовірну різницю не тільки з нормою ( $P < 0,001$ ), але і з групою затриманих пацієнтів ( $P < 0,01$ ).

Таким чином, чітка кореляційна зв'язок між рівнем кислотності шлудочної соку і особливостями психосоматических розладів при одночасному підвищенні в крові концентрації серотоніну і мелатоніну, характерних для того чи іншого типу особистості, несомнено, свідчить про те, що центральний механізм регуляції кислотності шлудочної соку при ЯБДК займає ключове місце. По тому при виражених психосоматических розладах в підборі антисекреторних засобів наряду з препаратами місцевого дієння необхідно включення препаратів центрального дієння, регулюючих шлудочну секрецію, що і слід врахувати, складаючи комплексну схему лікування.

Таблиця. Показники кислотності шлудочної соку у пацієнтів ЯБДК в залежності від характеру психосоматических розладів

Показник	Больные			Здоровые
	Возбудимый тип	Тормозной тип	Пограничные	
рН-корпуса	$0,78 \pm 0,07$	$1,45 \pm 0,1$	$0,79 \pm 0,08$	$1,62 \pm 0,11$
рН-антрума	$6,2 \pm 0,26$	$5,1 \pm 0,21$	$5,7 \pm 0,23$	$6,9 \pm 0,28$
Степень достоверности рН-корпуса между больными и здоровыми	$P < 0,001$	$P > 0,5$	$P < 0,001$	

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Ивашкин В.Т., Трухманов А.С.* Болезни пищевода.— М.: Триада-Х., 2000.— 210 с.
2. *Маев И.В., Вьючнова Е.С., Грищенко Е.Б.* Современные принципы лечения кислотозависимых заболеваний // *Клин. мед.*— 2003.— № 1.— С. 56—62.
3. *Минушкин О.Н., Зверков И.В., Елизаветина Г.А.* Язвенная болезнь.— М., 1995.— 227 с.
4. *Минушкин О.Н., Зверков И.В., Демина Е.А.* Прогностические критерии течения ЯБДК // *Клин. мед.*— 2001.— № 2.— С. 51—53.
5. *Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В.* Язвенная болезнь: прошлое, настоящее и будущее.— К., 2003.— С. 111—115.
6. *Рысс Е.С., Звартау Э.Э.* Фармакотерапия язвенной болезни.— СПб: Невский диалект, 1998.— 253 с.
7. *Циммерман Я.С., Щеткин Д.И.* Пирацетам в комплексной патогенетической терапии рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Клин. мед.*— 2002.— № 1.— С. 48—53.
8. *Graham D.V.* The epidemiology of *Helicobacter pylori* in Peruvian children between 6 and 30 months of age // *Am. J. Gastroenterol.*— 1995.— Vol. 90 (7).— P. 1094—1100.
9. *Lind T. et al.* Eradication of *Helicobacter pylori* using one-week triple therapies combining omeprazole with two antimicrobials: The MACH I study *Helicobacter.*— 1996.— P. 1 (3).
10. *Lind T., Graund M., Unge P. et al.* The MACH study: role of omeprazole in eradication of *Helicobacter pylori* with 1-week triple therapies // *Gastroenterology.*— 1999.— P. 126, 248—253.
11. *Talley N.J., Stanghellini V.* Heading functional gastroduodenal disorders-Rome: A multinational consensus document on functional gastroduodenal disorders // *Gut.*— 1999.— 45 (suppl. 11).— P. 1137—1142.

### ОСОБЛИВОСТІ АГРЕСІЇ ШЛУНКОВОГО СОКУ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ОСОБИСТОСТІ ХВОРОГО

**О.А. Опарін**

У дослідженні виявлена чітка залежність між особливостями агресії шлункового соку від типу особистості хворих на дуоденальну виразку. Розкрита роль серотоніну та мелатоніну в регуляції шлункової агресії.

### PECULIARITIES OF GASTRIC JUICES AGGRESSION IN DUODENAL ULCER DEPENDING ON THE TYPE OF PATIENT'S PERSONALITY TYPE

**O.A. Oparin**

In the study the clear correlation between the peculiarities of the gastric juices aggression and the type of the personality type has been revealed in patients with the duodenal ulcer. The role of melatonin and serotonin in the regulation of the gastric aggression has been shown.