

РОЛЬ ХОМВИО-НЕРВИНА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ ПО ДАНЫМ ДИНАМИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Опарин А.Г., Опарин А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проблема повышения качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью, является одной из актуальных в современной медицине [3-5]. Тем более, если принять во внимание, что в последние годы отмечается постоянный и существенный рост данной нозологической единицы, особенно среди лиц молодого возраста, что обуславливает не только медицинскую, но и социальную составляющую язвенной болезни [7,9].

Параллельно с этим большой проблемой стало изменение типичной клинической картины ЯБ, когда все чаще пациенты предъявляют жалобы психосоматического плана [2,8]. Причем, психосоматические расстройства (ПСР), согласно прогнозу Гарвардской медицинской школы, должны к 2020 году занять второе место в патологии после ИБС [1], что еще более обусловит данную проблему.

Вместе с тем вопросы самой комплексной коррекции и особенно профилактики ПСР остаются практически не разработанными [8,9]. Это обусловлено, как вследствие их неоднородности и недостаточным диагностированием, так и из-за побочных действий многих лекарственных средств. Не меньшей проблемой при этом остается и разработка методов профилактики рецидивирования язвообразования и повышения качества жизни пациентов, страдающих данным недугом.

Принимая это во внимание, целью нашего исследования и стало изучение действия нейротропного препарата хомвио-нервина (производство Германия) на повышение качества жизни студентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по данным динамических наблюдений.

Сам выбор нами хомвио-нервина был обусловлен как его успокаивающим эффектом, так и действием на состояние функции эндотелия и моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, состояние которых, с одной стороны, напрямую регулируется нервной системой, а с другой - занимает видное место в процессах ульцерогенеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением на протяжении полутора лет находилась группа студентов, страдающих дуоденальной язвой без сопутствующей патологии. Для исследования пациенты нами были разделены на две клинически однородные группы пациентов с Нр-позитивной дуоденальной язвой. Первую группу составили 35 человек (25 мужчины и 10 женщин), в возрасте от 17 до 28 лет, страдающих ЯБДК без сопутствующих заболеваний, получавших, помимо комплексной схемы противоязвенной терапии, хомвио-нервин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4-х недель. Вторую группу составили 40 пациентов (22 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 18 до 29 лет, больных ЯБДК без сопутствующей патологии, получавших стандартную противоязвенную терапию первой линии. Контролем служили 15 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Кислотность желудочного сока определяли с помощью интрагастральной рН-метрии, выполненной на аппарате ИЖ-27 (пр-во Украины).

Состояние эндотелиальной дисфункции оценивали по диаметру и скорости кровотока в чревном стволе, определяемых с помощью метода ультразвуковой доплерографии с цветным картированием, выполненного на аппарате ALOKA SSD-650 (пр-во Японии) и ULTIMA pro-30 (пр-во Украины). О состоянии психосоматического статуса судили по данным среднеоценочных баллов опросников: депрессии Бека, Айзенка, Спилберга-Ханина, опроснику тревоги Шихана, Личностному опроснику Бехтеревского института.

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики на персональном компьютере с применением стандартных программ корреляционного анализа с вычислением средних арифметических величин M , m , δ . Достоверность показателей оценивали по t – критерию Стьюдента, разницу считали достоверной при $p < 0,05$. Применяли также корреляционный анализ – метод парной корреляции (r).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенных исследований было установлено, что у пациентов, страдающих ЯБДК, отмечаются выраженные психосоматические расстройства.

Об этом свидетельствует тот факт, что у этих больных как первой, так и второй лечебной группы практически в равной степени был статистически достоверно ($p < 0,001$) повышен самооценочный средний балл реактивной тревожности ($39,73 \pm 1,1$, соответственно при норме $22,8 \pm 1,3$) и личностной тревожности ($38,53 \pm 1,2$, при норме $21,8 \pm 1,2$), статистически достоверно ($p < 0,001$) был также повышен у больных этих же лечебных групп среднеоценочный балл тревоги ($56,60 \pm 1,19$, при норме $19,9 \pm 1,2$) и депрессии ($23,57 \pm 1,1$, при норме $9,5 \pm 0,94$), в то время, как у этих же больных среднеоценочный балл активности ($3,69 \pm 0,10$, при норме $5,6 \pm 0,11$), самочувствия ($3,75 \pm 0,09$, при норме $7,2 \pm 0,14$) и настроения ($3,97 \pm 0,10$, при норме $6,3 \pm 0,12$), наоборот, был статистически достоверно ($p < 0,001$) ниже средних показателей лиц контрольной группы.

Таблица 1

Средние показатели шкал – опросников психосоматического состояния (в баллах) у больных ЯБДК и лиц контрольной группы

Показатели	Контрольная гр.	Больные ЯБДК	p
Самочувствие	$7,2 \pm 0,14$	$3,75 \pm 0,09$	$p < 0,001$

Активность	5,6 ± 0,11	3,69 ± 0,10	p < 0,001
Настроение	6,3 ± 0,12	3,97 ± 0,10	p < 0,001
Тревога	19,9 ± 1,2	56,60 ± 1,19	p < 0,001
Личностная тревожность	21,8 ± 1,2	38,53 ± 1,2	p < 0,001
Реактивная тревожность	22,8 ± 1,3	39,73 ± 1,1	p < 0,001
Депрессия	9,5 ± 0,94	23,57 ± 1,1	p < 0,001

По данным исследований психосоматического статуса все пациенты были разделены на два типа личности: возбудимый и тормозной (см. табл. 2).

Таблица 2

Средние показатели психосоматических расстройств (в баллах) у разных категорий больных дуоденальной язвой и лиц контрольной группы

Показатель	Возбудимые больные	Тормозные больные	Здоровые лица
Личностная тревожность	47,2 ± 1,2 p < 0,001	33,1 ± 1,1 p < 0,001	22,8 ± 1,2
Реактивная тревожность	45,1 ± 1,08 p < 0,001	34,9 ± 1,1 p < 0,001	21,8 ± 1,3
Депрессия	20,3 ± 1,11 p < 0,001	28,2 ± 1,1 p < 0,001	9,5 ± 0,94
Активность	3,6 ± 0,03 p < 0,001	3,3 ± 0,05 p < 0,001	5,6 ± 0,11
Самочувствие	4,8 ± 0,07 p < 0,001	3,57 ± 0,08 p < 0,001	7,2 ± 0,14

Настроение	4,2 ± 0,06 p < 0,001	3,52 ± 0,07 p < 0,001	6,3 ± 0,12
Тревога	53,6 ± 1,19 p < 0,001	61,98 ± 1,2 p < 0,001	19,9 ± 1,2

При исследовании была установлена также четкая корреляционная зависимость между типом личности и особенностями клинической картины заболевания и длительностью язвенного анамнеза. Так у больных с возбудимым типом личности отмечалось преобладание в клинической картине болевого синдрома и незначительного по своей продолжительности язвенного анамнеза, тогда как у больных с тормозным типом личности напротив отмечалось превалирование в клинике диспепсического синдрома на фоне длительного язвенного анамнеза.

Одновременно с этим, было установлено, что у больных, страдающих ЯБДК, имеется эндотелиальная дисфункция (см. табл. 3).

Таблица 3

Показатели диаметра и скорости кровотока в чревном стволе
у больных ЯБДК и лиц контрольной группы

Показатели	Контрольная группа	Больные ЯБДК	p
Диаметр, см	0,94 ± 0,1	0,67 ± 0,1	p < 0,001
Скорость кровотока, м/с	14,3 ± 0,1	7,6 ± 0,1	p < 0,001

Одновременно с этим была установлена корреляционная зависимость между типом личности и особенностями состояния эндотелиальной дисфункции.

Так у пациентов с возбудимым типом личности отмечалось более выраженное сужение диаметра чревного ствола при сохранении скорости кровотока, тогда как у пациентов с тормозным типом личности на первый план выступало снижение скорости кровотока в чревном стволе. Состояние гиперацидности было установлено у 84% больных ЯБДК, тогда как у 16% кислотность желудка оставалась в пределах нормы или была несколько снижена. При этом наиболее выраженное состояние гиперацидности отмечалось у пациентов с возбудимым типом личности, тогда как у тормозных больных кислотность была в пределах нормы или незначительно снижена. После проведенного курса стандартной противоязвенной терапии было отмечено, что у пациентов первой лечебной группы отмечалось достоверное улучшение показателей психосоматического статуса по сравнению с пациентами второй лечебной группы, проявляющееся в более достоверном снижении показателей депрессии, тревоги, личностной и реактивной тревожности и наоборот повышении балла настроения, активности, самочувствия (см. табл. 4).

Таблица 4

Показатели психосоматического статуса (в баллах) у больных обеих лечебных групп после проведенной терапии и лиц контрольной группы

Показатель	Первая группа	Вторая группа	Контроль
Личностная тревожность	23,2±1,4 p > 0,05	34,3±1,2 p < 0,001	21,8 ± 1,2
Реактивная тревожность	20,6 ± 1,8 p > 0,05	38,0±1,4 p < 0,001	22,8 ± 1,3
Депрессия	10,5 ± 1,4 p > 0,05	27,1±1,01 p < 0,001	9,5 ± 0,94

Активность	5,9±0,25 p > 0,05	3,8±0,2 p < 0,001	5,6 ± 0,11
Настроение	5,8±0,14 p > 0,05	3,2±0,1 p < 0,001	6,3 ± 0,12
Самочувствие	5,2±0,26 p > 0,05	3,6±0,09 p < 0,001	7,2 ± 0,14
Тревога	22,4±1,5 p > 0,05	64,5±1,2 p < 0,001	19,9 ± 1,2

Одновременно с этим показатели диаметра и скорости кровотока в чревном стволе у лиц первой лечебной группы практически сравнялись с нормой, в отличие от пациентов второй лечебной группы (см. табл. 5).

Таблица 5

Показатели диаметра и скорости кровотока в чревном стволе у пациентов обеих лечебных групп после проведенной терапии и лиц контроля

Показатели	Контроль	1-я лечебная группа	2-я Лечебная группа
Диаметр чревного ствола, см	0,94 ± 0,10	0,88 ± 0,10 p < 0,001	0,71 ± 0,10 p < 0,001
Скорость кровотока в чревном стволе, м/с	14,3 ± 0,10	13,7 ± 0,70 p < 0,001	10,0 ± 0,90 p < 0,001

Достижение клинической ремиссии у 93% пациентов первой лечебной группы наступило в среднем на 3,1 дня раньше, чем у лиц второй лечебной группы. Особо положительный эффект хомвио-нервина отмечался у пациентов с тормозным типом личности, в клинике которых превалировал диспепсический синдром и отмечался длительный язвенный анамнез. При

приеме хомвио-нервина побочных эффектов среди обследованных больных отмечено не было.

В течении полутора лет пациентам первой группы мы добавляли в весенне-осенний период хомвио-нервин (по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4-х недель) в комплекс профилактических мероприятий (наряду с блокаторами протонной помпы) для борьбы с обострениями дуоденальной язвы, тогда, как для пациентам второй группы ограничивались только блокаторами протонной помпы.

В результате по данным динамических полуторалетних наблюдений было отмечено, что в первой группе пациентов рецидивирование отмечалось у 11% больных, тогда, как во второй группе у 28%. Так же имели корреляционное отличие и показатели психосоматического статуса (см. табл. 6).

Таблица 6.

Состояние психосоматического статуса (в баллах) обеих лечебных групп после полуторалетних наблюдений

Показатель	Первая группа	Вторая группа	Контроль
Личностная тревожность	22,2±1,4 p > 0,05	31,3±1,1 p < 0,001	21,8 ± 1,2
Реактивная тревожность	21,5 ± 1,8 p > 0,05	37,4±1,4 p < 0,001	22,8 ± 1,3
Депрессия	10,0 ± 1,4 p > 0,05	28,1±1,05 p < 0,001	9,5 ± 0,94
Активность	5,7±0,25 p > 0,05	3,5±0,2 p < 0,001	5,6 ± 0,11
Настроение	5,66±0,14 p > 0,05	3,4±0,1 p < 0,001	6,3 ± 0,12

Самочувствие	6,2±0,26 p > 0,05	3,4±0,08 p < 0,001	7,2 ± 0,14
Тревога	20,4±1,5 p > 0,05	62,5±1,25 p < 0,001	19,9 ± 1,2

Таким образом, показатели психосоматического статуса у пациентов, получавших хомвио-нервин, практически не отличались от показателей лиц контрольной группы.

Полученные в ходе работы результаты свидетельствуют о целесообразности включения хомвио-нервина, как нейротропного препарата в комплексную схему противоязвенной терапии, особенно пациентам с выраженными психосоматическими расстройствами, а также использовании его в комплексной схеме профилактики рецидивов дуоденальной язвы.

ВЫВОДЫ

1. Пациентам, страдающим дуоденальной язвой, особенно с выраженными у психосоматическими расстройствами, можно рекомендовать включение хомвио-нервина в стандартную схему противоязвенной терапии.
2. Применение хомвио-нервина способствует более быстрой нормализации психосоматического статуса пациентов, а также, показателей функции эндотелия при дуоденальной язве.
3. Установлено, что включение хомвио-нервина в стандартную схему противоязвенной терапии, а также, в комплекс профилактических мероприятий, способствует снижению частоты обострений и повышению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Энциклопедия психиатрии. М.: РЛС.— 2004. — 544 с.
2. Волков В. С., Колесникова И. Ю. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни // Клиническая медицина.— 2001. — № 10.— С. 30—32.
3. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Лебедева Е. Г. и др. *Helicobacter pylori*: эпидемиология, диагностика, основы эрадикационной терапии.— М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. — 178 с.
4. Принципы лечения хеликобактерной инфекции. Резюме 3-го Маастрихтского консенсуса 2005 года. P. Maltfertheiner, F.Medraud, C. O'Morain// Сучасна гастроентерологія. — 2005. — №5. — С. 87-90.
5. Сорокина Е.А., Иерова Н.А., Копейкин С.А. и др. Роль психического фактора в формировании пептических язв гастродуоденальной зоны // Тер. архив.— 2006. — № 2.— С.
6. Філіпов Ю. О., Скирта І.Ю. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення // Міжвідомчий збірник «Гастроентерологія».— Дніпропетровськ, 2005. — Вип. 36.— С. 9-17.
7. Фирсова Л. Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания // Терапевтический архив.— 2003. — № 2.— С. 21—23.
8. Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни // Клиническая медицина.— 1999. — № 8.— С. 9—15.
9. Циммерман Я. С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: состояние проблемы и перспективы// Клиническая медицина.— 2006. — № 3.— С. 9—19.