



# **ВЛИЯНИЕ ХОМВИО®-НЕРВИНА НА КОРРЕКЦИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Опарин А.Г., Опарин А.А.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

*Кафедра терапии и фармакотерапии*

Несмотря на значительные успехи в лечении язвенной болезни (ЯБ), достигнутые после открытия *Helicobacter pylori* [6] и разработанные на основании этого схемы эрадикационной терапии [9], проблема данного заболевания по-прежнему остается одной из ведущих в клинике внутренних болезней [11]. Необходимо отметить, что особенно в последнее время учатившиеся проявления дисбактериоза [7,15] возникающего в 60% случаев после проведения антихеликобактерной терапии, а также рост числа рецидивов язвенной болезни заставляют многих ученых вновь возвращаться к пониманию данной патологии как полиэтиологического заболевания [2,5,13,14]. Более того, в последние годы отмечается постоянный и существенный рост данной нозологической единицы среди лиц молодого возраста, что обуславливает не только медицинскую, но и социальную сторону язвенной болезни [11, 13].

Другой большой проблемой стало в значительном проценте случаев изменение типичной клинической картины ЯБ, когда все чаще больные предъявляют жалобы психосоматического характера [3,10, 12]. В свою очередь, психосоматические расстройства (ПСР), согласно прогнозу Гарвардской медицинской школы, должны к 2020 году занять второе место в патологии после ИБС [1]. Однако вопросы коррекции ПСР вызывают большую сложность [3,12]. Во-первых, вследствие их неоднородности, а во-вторых, из-за побочных действий многих лекарственных препаратов. Учитывая это, целью настоящего исследования стало изучение действия нейротропного препарата хомвио-нервина (производство Германия) на коррекцию ПСР и эндотелиальной дисфункции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) у лиц молодого возраста.

Выбор хомвио-нервина был обусловлен не только его успокаивающим эффектом, но и действием на моторику желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сосудистый тонус, в регуляции которых видное место принадлежит нервной системе, и расстройства которых имеют место у значительного числа язвенных больных.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для исследования нами были выбраны две клинически однородные группы пациентов с Нр-позитивной дуоденальной язвой. Первую группу составили 32 человека (23 мужчины и 9 женщин), в возрасте от 18 до 30 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 30 пациентов (19 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 30 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-ва Украины).

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

Статистическую обработку данных проводили методом вариационной статистики. Различие количественных показателей оценивали с помощью коэффициента Стьюдента. Разницу считали достоверной при  $p < 0,05$  и менее.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В ходе проведенных исследований было показано, что у пациентов, страдающих ЯБДК, имеются 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 ( $39,73 \pm 1,1$ , соответственно при норме  $22,8 \pm 1,3$ ) и личностной ( $38,53 \pm 1,2$ , при норме  $21,8 \pm 1,2$ ) тревожности, статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) был так же повышен у больных этих же лечебных групп среднееоценочный 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 среднееоценочный 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             | $5,6 \pm 0,11$  | $3,69 \pm 0,10$  | $p < 0,001$ |
| Настроение             | $6,3 \pm 0,12$  | $3,97 \pm 0,10$  | $p < 0,001$ |
| Тревога                | $19,9 \pm 1,2$  | $56,60 \pm 1,19$ | $p < 0,001$ |
| Личностная тревожность | $21,8 \pm 1,2$  | $38,53 \pm 1,2$  | $p < 0,001$ |
| Реактивная тревожность | $22,8 \pm 1,3$  | $39,73 \pm 1,1$  | $p < 0,001$ |
| Депрессия              | $9,5 \pm 0,94$  | $23,57 \pm 1,1$  | $p < 0,001$ |

Вместе с тем 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 ЯБДК и лиц контрольной группы**

| Показатель             | Возбудимые больные             | Тормозные больные              | Здоровые лица  |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Личностная тревожность | $48,2 \pm 1,3$<br>$p < 0,001$  | $34,1 \pm 1,1$<br>$p < 0,001$  | $21,8 \pm 1,2$ |
| Реактивная тревожность | $46,1 \pm 1,08$<br>$p < 0,001$ | $36,9 \pm 1,1$<br>$p < 0,001$  | $22,8 \pm 1,3$ |
| Депрессия              | $20,3 \pm 1,1$<br>$p < 0,001$  | $28,2 \pm 1,1$<br>$p < 0,001$  | $9,5 \pm 0,94$ |
| Активность             | $3,8 \pm 0,03$<br>$p < 0,001$  | $3,1 \pm 0,05$<br>$p < 0,001$  | $5,6 \pm 0,11$ |
| Самочувствие           | $4,4 \pm 0,08$<br>$p < 0,001$  | $3,57 \pm 0,09$<br>$p < 0,001$ | $7,2 \pm 0,14$ |
| Настроение             | $4,2 \pm 0,07$<br>$p < 0,001$  | $3,52 \pm 0,07$<br>$p < 0,001$ | $6,3 \pm 0,12$ |
| Тревога                | $54,6 \pm 1,19$<br>$p < 0,001$ | $62,98 \pm 1,2$<br>$p < 0,001$ | $19,9 \pm 1,2$ |

Была установлена также четкая корреляционная зависимость между типом личности и особенностями клинической картины заболевания и длительностью язвенного анамнеза. Так у пациентов с возбудимым типом личности отмечалось превалирование в клинике болевого синдрома и незначительного по своей продолжительности язвенного анамнеза, тогда как у

больных с тормозным типом личности отмечалось превалирование в клинике диспепсического синдрома на фоне длительного язвенного анамнеза. Было также показано, 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             | 0,91 ± 0,1         | 0,69 ± 0,1   | p < 0,001 |
| Скорость кровотока, м/с | 14,4 ± 0,1         | 7,7 ± 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 противоязвенной терапии было установлено, 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 | 24,2±1,4<br>p > 0,05   | 34,0±1,2<br>p < 0,001  | 21,8 ± 1,2 |
| Реактивная тревожность | 21,6 ± 1,8<br>p > 0,05 | 37,0±1,4<br>p < 0,001  | 22,8 ± 1,3 |
| Депрессия              | 10,7 ± 1,4<br>p > 0,05 | 28,1±1,01<br>p < 0,001 | 9,5 ± 0,94 |
| Активность             | 5,6±0,25<br>p > 0,05   | 3,1±0,2<br>p < 0,001   | 5,6 ± 0,11 |
| Настроение             | 5,8±0,14<br>p > 0,05   | 3,5±0,1<br>p < 0,001   | 6,3 ± 0,12 |
| Самочувствие           | 5,0±0,26<br>p > 0,05   | 3,6±0,09<br>p < 0,001  | 7,2 ± 0,14 |
| Тревога                | 22,4±1,5<br>p > 0,05   | 62,2±1,2<br>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<br>лечебная группа   | 2-я<br>Лечебная группа   |
|---------------------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Диаметр чревного<br>ствола, см              | 0,91 ± 0,10 | 0,89 ± 0,10<br>p < 0,001 | 0,72 ± 0,10<br>p < 0,001 |
| Скорость кровотока в<br>чревном стволе, м/с | 14,4 ± 0,10 | 13,8 ± 0,70<br>p < 0,001 | 10,1 ± 0,90<br>p < 0,001 |

Достижение клинической ремиссии у 94% пациентов первой лечебной группы наступило в среднем на 3,2 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.

Таким образом, включение нейротропного препарата **Хомвио®-Нервина** в стандартную схему терапии больных ЯБДК с психосоматическими расстройствами и эндотелиальной дисфункцией патогенетически обосновано и клинически оправдано.

### ВЫВОДЫ

1. Пациентам, страдающим ЯБДК, можно рекомендовать включение **Хомвио®-Нервина** в стандартную схему антихеликобактерной противоязвенной терапии для коррекции ПСР.
2. Установлено, что **Хомвио®-Нервин** не только нормализует психосоматический статус пациентов, но и способствует успешной коррекции эндотелиальной дисфункции при ЯБДК.
3. **Хомвио®-Нервина** наиболее показан больным ЯБДК с ведущим в клинике диспепсическим синдромом, длительным язвенным анамнезом и преобладанием в психосоматическом статусе тормозных черт личности.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю. А. Энциклопедия психиатрии. М.: РЛС.— 2004. — 544 с.
2. Блинков И.Л. Проблема *Helicobacter pylori* – миф и реальность // Клиническая медицина.— 1997. — № 12.— С. 71-74.
3. Волков В. С., Колесникова И. Ю. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни // Клиническая медицина.— 2001. — № 10.— С. 30—32.
4. Кляритская И. Л., Халед А. М., Абугазле, Вильцанюк И. А., Курченко М. Г. *Helicobacter pylori* – отрицательные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: распространенность, тактика ведения и лечения // Сучасна гастроентерологія. – 2004. — № 6 (20). — С. 33-37.
5. Кузнецов А. С., Фомина И. Г., Тарзиманова А. И. *Helicobacter pylori* — свидетель или виновник? // Клиническая медицина.— 2001. — № 6.— С. 68—70.
6. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Лебедева Е. Г. и др. *Helicobacter pylori*: эпидемиология, диагностика, основы эрадикационной терапии.— М.: ВУНМИЦ МЗ РФ, 2000. — 178 с.
7. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Петрова Е. Г. Побочные действия современной антихеликобактерной терапии // Клиническая медицина.— 2002. — № 6.— С. 7—13.
8. Мегро Ф. Резистентность *Helicobacter pylori* к антибиотикам // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 2002. —Т. 12. — № 3.— С. 71—81.