

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Прихода И.В., Нечаева О.В., Терещенко М.М.

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко

**Аннотация.** В статье рассматривается важная проблема клинической медицины – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, которой уделяется повышенное внимание в течение последних лет. Обговаривается взаимосвязь особенностей желудочной секреции с типом личности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. В исследовании выявлена чёткая зависимость между особенностями агрессии желудочного сока и типом личностных особенностей больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Раскрыта роль серотонина и мелатонина в регуляции желудочной агрессии.

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

**Анотація.** Прихода І.В., Нечаєва О.В., Терещенко М.М. **Взаємозв'язок особливостей шлункової секреції з типом особистості у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.** У статті розглядається важлива проблема клінічної медицини – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, якій приділяється підвищена увага протягом останніх років. Обговорюється взаємозв'язок особливостей шлункової секреції з типом особистості у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. У дослідженні виявлено чітку залежність між особливостями агресії шлункового соку та типом особистісних особливостей хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Розкрито роль серотоніну та мелатоніну у регуляції шлункової агресії.

**Ключові слова:** дуоденальна виразка, агресія шлункового соку, тип особистості, серотонін, мелатонін.

**Annotation.** Prikhoda I.V., Nechaeva O.V., Tereshenko M.M. **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 contemporary problem of clinical medicine – the duodenal ulcer is reviewed in this article. The discussed of 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. 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 serotonin and melatonin in the regulation of the gastric aggression has been shown.

**Key words:** duodenal ulcer, gastric juices aggression, personality type, serotonin, melatonin.

### **Введение.**

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

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

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

Работа выполнена по плану НИР Луганского национального университета имени Тараса Шевченко

### **Формулирование цели исследования.**

*Целью исследования* явилось изучение взаимосвязи особенностей желудочной секреции с типом личности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

*Материалы и методы исследования.* Исследования проведены у 120 больных ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), которых по характеру выявленных психосоматических изменений разделили на три клинические группы. 1 группу составили 46 больных (33 мужчины и 13 женщин) в возрасте от 17 до 28 лет с преобладанием возбудимых черт личности. Во 2 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 3 группу включили 22 больных (17 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 17 до 27 лет с ЯБДПК без клинических проявлений психосоматических расстройств. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Оценку психосоматического статуса проводили по среднеевропейскому баллу по шкале личностной и реактивной тревожности Спилберга, 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 – серотонина и мелатонина.

Содержание серотонина и мелатонина устанавливали иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы IBL (Германия).

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

В ходе исследования установлено, что для пациентов 1 группы наиболее характерным был высокий уровень личностной (до  $48,2 \pm 1,3$  при норме  $22,4 \pm 1,2$ ) и реактивной (до  $40,1 \pm 1,2$  при норме  $21,9 \pm 1,4$ ) тревожности на фоне менее выраженных, но статистически достоверных изменений среднеевропейского балла депрессии (до  $20,3 \pm 1,1$  при норме  $9,8 \pm 0,96$ ), тревоги (до  $54,6 \pm 1,2$  при норме  $20,1 \pm 1,2$ ), а также умеренное снижение среднеевропейского балла активности (до  $3,8 \pm 0,05$  при норме  $5,9 \pm 0,11$ ), самочувствия (до  $4,4 \pm 0,08$  при норме  $6,4 \pm 0,14$ ) и настроения (до  $4,2 \pm 0,07$  при норме  $6,1 \pm 0,12$ ) при одновременно умеренном содержании ( $P < 0,001$ ) в крови концентрации серотонина ( $79,2 \pm 4,5$  при норме  $36,9 \pm 3,5$ ) и статистически достоверном снижении содержания мелатонина (до  $14,1 \pm 0,14$  при норме  $24,2 \pm 1,2$ ).

Больным 2 группы был наиболее присущий высокий среднеевропейский балл тревоги (до  $66,4 \pm 1,5$ ) и депрессии (до  $28,5 \pm 1,1$ ) при менее ярком повышении уровня реактивной (до  $37,1 \pm 1,1$ ) и личностной (до  $38,2 \pm 1,1$ ) тревожности, а также статистически достоверном снижении среднеевропейского балла самочувствия (до  $3,2 \pm 1,19$ ), настроения (до  $3,4 \pm 0,07$ ) и активности (до  $3,0 \pm 0,05$ ) при одновременном уменьшении у них в крови уровня мелатонина (до  $8,4 \pm 0,55$ ) и выраженном повышении концентрации серотонина (до  $115,5 \pm 5,6$ ).

У пациентов 3 группы изменения среднеевропейского балла были значительно меньше. В частности, у них среднеевропейский балл личностной (до  $24,2 \pm 1,5$ ) и реактивной (до  $21,5 \pm 1,6$ ) тревожности, среднеевропейский балл депрессии (до  $10,7 \pm 1,3$ ) и тревоги ( $22,5 \pm 1,5$ ) поднимались по сравнению с нормой статистически недостоверно ( $P > 0,05$ ), а уровень среднеевропейского балла тревоги (до  $5,6 \pm 0,25$ ), самочувствия (до  $5,0 \pm 0,26$ ) и настроения (до  $5,8 \pm 0,15$ ), наоборот, снижались, но это также было статистически недостоверно ( $P > 0,001$ ). В то же время уровень серотонина в крови поднимался (до  $66,8 \pm 3,2$ ) и был статистически достоверно выше ( $P < 0,001$ ), а уровень мелатонина, наоборот, уменьшался (до  $16,6 \pm 0,7$ ) и был статистически достоверно ниже нормы ( $P < 0,001$ ), оставаясь одновременно статистически достоверно ( $P < 0,001$ ) менее выраженным, чем у возбудимых и особенно тормозных больных.

В процессе исследования установлено, что от глубины и характера выявленных психосоматических расстройств, уровня серотонина, мелатонина и особенно от их соотношения существенно меняются показатели кислотности при ЯБДПК.

Так, среди возбудимых больных показатели кислотности желудочного сока были намного выше показателей пациентов контрольной группы (таблица).

Таблица.

*Показатели кислотности желудочного сока у больных ЯБДПК в зависимости от характера психосоматических расстройств*

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

В среднем, как видно из таблицы, у возбудимых пациентов показатели pH-метрии желудочного сока были в 1,5 – 2 раза ниже, чем у лиц контрольной группы и при сравнении составляли статистически достоверную разницу ( $P < 0,001$ ). В то время как среди тормозных больных, у которых наблюдался ведущий в клинике диспепсический синдром, уровень pH-метрии желудочного сока, наоборот, превышал показатель возбудимых больных или находился в диапазоне колебаний здоровых лиц. В частности, у 50 пациентов кислотность желудочного сока снижалась до нормы, а у 40 она была даже ниже её. В среднем, кислотность желудочного сока в группе тормозных больных мало отличалась от нормы ( $P > 0,05$ ), но была меньше, чем в группе возбудимых и это различие статистически достоверно ( $P < 0,001$ ). У больных с начальными проявлениями психосоматических расстройств, но с достоверным повышением уровня серотонина и снижением мелатонина, то есть в группе пограничных больных, куда вошли 22 пациента с впервые выявленной дуоденальной язвой и ведущим в клинике болевым синдромом, показатели pH-метрии желудочного сока были намного ниже, чем у здоровых лиц контроля и практически не отличались от цифр возбудимых больных.

В среднем, как видно из таблицы, кислотность желудочного сока у возбудимых больных была намного выше и составляла статистически достоверную разницу не только с нормой ( $P < 0,001$ ), но и с группой тормозных больных ( $P < 0,01$ ).

Таким образом, чёткая корреляционная связь между уровнем кислотности желудочного сока и особенностями психосоматических расстройств при одновременном повышении в крови концентрации серотонина и мелатонина, характерных для того или иного типа личности, несомненно, свидетельствует о том, что центральный механизм регуляции кислотности желудочного сока при ЯБДПК занимает ключевое место.

Поэтому при выраженных психосоматических расстройствах в подборе антисекреторных средств наряду с препаратами местного действия необходимо включение препаратов центрального действия, регулирующих желудочную секрецию, что и следует учитывать, составляя комплексную схему противоязвенной терапии.

#### **Выводы.**

1. В процессе исследования установлено, что от глубины и характера выявленных психосоматических расстройств, уровня серотонина, мелатонина и особенно от их соотношения существенно меняются показатели кислотности при ЯБДПК: среди возбудимых больных показатели кислотности желудочного сока были намного выше показателей пациентов контрольной группы.

2. В среднем, у возбудимых пациентов показатели рН-метрии желудочного сока были в 1,5 – 2 раза ниже, чем у лиц контрольной группы и при сравнении составляли статистически достоверную разницу ( $P < 0,001$ ).

3. Среди тормозных больных, у которых наблюдался ведущий в клинике диспепсический синдром, уровень рН-метрии желудочного сока, наоборот, превышал показатель возбудимых больных или находился в диапазоне колебаний здоровых лиц.

4. У больных с начальными проявлениями психосоматических расстройств, но с достоверным повышением уровня серотонина и снижением мелатонина, то есть в группе пограничных больных (пациенты с впервые выявленной дуоденальной язвой и ведущим в клинике болевым синдромом), показатели рН-метрии желудочного сока были намного ниже, чем у здоровых лиц контроля и практически не отличались от цифр возбудимых больных.

5. Установлена чёткая корреляционная связь между уровнем кислотности желудочного сока и особенностями психосоматических расстройств при одновременном повышении в крови концентрации серотонина и мелатонина, характерных для того или иного типа личности, несомненно, свидетельствует о том, что центральный механизм регуляции кислотности желудочного сока при ЯБДПК занимает ключевое место.

6. При выраженных психосоматических расстройствах в подборе антисекреторных средств наряду с препаратами местного действия необходимо включение препаратов центрального действия, регулирующих желудочную секрецию, что и следует учитывать, составляя комплексную схему противоязвенной терапии.

Дальнейшие исследования планируется посвятить изучению других аспектов взаимосвязи особенностей желудочной секреции с типом личности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

#### **Список литературы**

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 ЯБДПК // 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., Щёткин Д.И. Пирацетам в комплексной патогенетической терапии рецидива язвенной болезни // 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. Lint T. Eradication of *Helicobacter pylori* using one-week triple therapies combining omeprazole with two antimicrobials: The MACH I study *Helicobacter*. – 1996. – P. 1 (3).
10. Lint T., Graund M., Unge P. et al. The MACH I study: role of omeprazole in eradication of *Helicobacter pylori* with 1-week triple therapies // Gastroenterology. – 1999. – P. 126, 248 – 253.
11. Talley N.I., Stanghellini V. Heading functional gastroduodenal disorders-Rome: A multinational consensus document on functional gastroduodenal disorders // Gut. – 1999. – Vol. 45 (suppl. 11). – P. 1137 – 1142.

Поступила в редакцию 06.10.2008г.