

ОЦЕНКА ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ ГУСТОМЕТРИИ

А. Ковешников,

И. Колесникова, доктор медицинских наук

Тверской государственной медицинской университет

E-mail: alexkoveshnikov77@mail.ru

Рассматривается взаимосвязь психовегетативного статуса с порогом вкусовой чувствительности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: гастроэнтерология, язвенная болезнь, психовегетативный статус, густометрия, депрессия, пороги вкусовой чувствительности.

Язвенная болезнь (ЯБ) по-прежнему остается широко распространенной патологией. Так, в России она выявлена у каждых 20 из 1000 человек и поражает в первую очередь молодое трудоспособное население [1].

ЯБ относится к группе психосоматических заболеваний; ее течение во многом зависит от состояния психовегетативного статуса пациента [2]. Стрессы, особенно хронические, являются факторами риска развития ЯБ независимо от наличия инфекции *Helicobacter pylori* [3]; связь рецидива со стрессом отмечена у 86% больных ЯБ [4]. К проявлениям нарушенного психологического гомеостаза относятся высокий уровень тревожности и беспокойства, внутренняя напряженность, повышенная раздражительность, снижение социальной адаптации и качества жизни, канцерофобия [5]. Изменения актуального психического статуса у больных ЯБ сопряжены с низкой приверженностью лечению [6].

Для большинства пациентов с ЯБ характерна вегетативная дисфункция. При рецидиве ЯБ в первые 2 нед отмечается симпатикотония, а по мере стихания обострения начинает преобладать тонус парасимпатической нервной системы [7].

При обострении ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) отмечены снижение активности вкусовых сосочков и увеличение (по сравнению со здоровыми людьми) порога вкусовой чувствительности (ПВЧ) к кислому и соленому вкусу [8]. Динамика ПВЧ зависит от психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациента [9].

Целью исследования было выявить взаимосвязь между психовегетативными особенностями и изменениями ПВЧ у больных с рецидивом ЯБДК.

Обследованы 120 больных (68 мужчин и 52 женщины; медиана возраста — 35 лет) в стадии эндоскопически подтвержденного обострения ЯБДК. Критерии включения в исследование:

- добровольное информированное согласие;

- возраст 18–60 лет; язвенный анамнез не менее 1 года;
- рецидив ЯБДК (по данным эзофагогастродуоденоскопии).

Критерии исключения:

- ЯБ желудка;
- заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- состояние алкогольного опьянения;
- психические заболевания в анамнезе;
- отягощенный анамнез по артериальной гипертензии.

Всем больным проводили анкетирование с использованием HADS – госпитальной шкалы тревоги (1-я шкала) и депрессии (2-я шкала), включавшей 14 вопросов; за каждый начисляли от 0 до 3 баллов. Результат по каждой шкале оценивали отдельно: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; ≥11 – клинически выраженная тревога/депрессия.

Также всем испытуемым проводили густометрию (исследование вкусовой чувствительности с помощью растворов различных вкусовых модальностей). ПВЧ оценивали с помощью следующих реактивов: лимонная кислота – для исследования порога к кислому вкусу, сахароза – к сладкому, магния сульфат – к горькому, натрия хлорид – к соленому. ПВЧ счи-

тали наименьшую концентрацию раствора, которую испытуемый смог правильно интерпретировать при 2-кратной пробе с 10-минутным интервалом.

Вегетативный статус оценивали с помощью индекса Кердо по стандартной формуле:

$$ВИ = (1 - ДД / ЧСС) \times 100,$$

где ВИ – вегетативный индекс, ДД – диастолическое давление; ЧСС – частота сердечных сокращений в минуту.

Нормотонию определяли при ВИ=0; положительный ВИ свидетельствовал о преобладании симпатических влияний; отрицательный – о повышении парасимпатического тонуса.

Полученные данные обработаны статистически с помощью компьютерных программ Statistica 5.5 for Windows, Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft Corporation, Seattle, США). Применяли критерий Стьюдента для данных с нормальным распределением; для корреляционного анализа применяли критерий Спирмена. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

По данным опросника HADS, у 77 (64,2%) больных ЯБДК не выявлено тревоги/депрессии, у 32 (26,7%) отмечена субклинически выраженная и у 11 (9,2%) – клинически выраженная тревога/депрессия.

Согласно ранее проведенным исследованиям, для больных ЯБДК характерно повышение ПВЧ к кислому и соленому вкусу по сравнению с показателями у здоровых людей [8]. В табл. 1 представлена зависимость ПВЧ от наличия у больных ЯБДК тревоги/депрессии.

Таким образом, у больных ЯБДК в сочетании с депрессией понижен ПВЧ к горькому вкусу. Такие больные чаще ощущают горький привкус во рту при отсутствии заболеланий желчевыводящих путей (табл. 2). Уровень ПВЧ к другим вкусовым модальностям не зависит от наличия тревоги/депрессии.

Выявлена обратная корреляционная связь средней силы между уровнем тревоги/депрессии по шкале HADS и ПВЧ к горькому вкусу ($r = -0,54$).

При исследовании вегетативного статуса у больных с рецидивом ЯБДК с помощью индекса Кердо у 75 (62,5%) была диагностирована ваготония, у 12 (10,0%) – нормотония и у 33 (27,5%) – симпатикотония.

Таким образом, для ваготонии характерно снижение ПВЧ, а для симпатикотонии – повышение. Это подтверждает выявленный М.М. Романовой и А.П. Бабкиным [9] феномен зависимости ПВЧ от вегетативного статуса пациента. Однако статистически значимых различий по отношению к горькому вкусу не получено (табл. 3).

Среди больных ЯБДК с клинически выраженной тревогой/депрессией у 8 (72,7%) отмечалась симпатикотония, у 1 (9,1%) – нормотония и у 2 (18,2%) ваготония. Следовательно, для больных с депрессией характерна симпатикотония, клиническим проявлением которой служит триада Протопопова (мидриаз, тахикардия, спастический запор) [10], что требует проведения соответствующей терапии.

Таким образом, у больных ЯБДК с клинически или субклинически выраженной тревогой/депрессией характерно обострение вкусовой чувствительности к горькому вкусу. В стадии обострения ЯБДК преобладают больные с ваготонией. При симпатикотонии ПВЧ к сладкому, кислому, соленому вкусу увеличивается, а при ваготонии – снижается. Больные ЯБДК с симпатикотонией более склонны к проявлениям депрессии, что требует медикаментозной коррекции.

Таблица 1

ПВЧ у больных ЯБДК в зависимости от наличия тревоги/депрессии (M±m); %

Вкус	Нет депрессии (n=77)	Субклиническая депрессия (n=32)	Клиническая депрессия (n=11)
Сладкий	0,52±0,09	0,48±0,07	0,47±0,06
Кислый	0,240±0,015	0,210±0,013	0,200±0,012
Соленый	0,35±0,03	0,410±0,025	0,440±0,045
Горький	0,620±0,085*	0,350±0,042	0,320±0,061

Примечание. * – p<0,05 различие по сравнению с другими группами (здесь и в табл. 2, 3).

Таблица 2

Число больных с пониженным ПВЧ к горькому

Депрессия	n (%)
Отсутствует (n=77)	12 (15,6)*
Субклиническая (n=32)	21 (65,6)
Клиническая (n=11)	8 (72,7)

Таблица 3

ПВЧ у больных ЯБДК при различном вегетативном статусе (M±m); %

Вкус	Ваготония (n=75)	Нормотония (n=12)	Симпатикотония (n=33)
Сладкий	0,320±0,031	0,470±0,062	0,560±0,045*
Кислый	0,210±0,022	0,250±0,015	0,350±0,026*
Соленый	0,310±0,054	0,390±0,025	0,520±0,035*
Горький	0,380±0,062	0,490±0,072	0,510±0,055

Литература

1. Жернакова Н.И., Медведев Д.С. Клинико-эпидемиологические особенности течения язвенной болезни в различных возрастных группах // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2010; 10 (81): 12–6.
2. Колотилова М.Л., Иванов Л.Н. Нейрогенно-генетическая теория этиологии и патогенеза язвенной болезни // Вестн. РАМН. – 2014; 7–8: 10–6.
3. Levenstein S., Rosenstock S., Jacobsen R. et al. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of *Helicobacter pylori* infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2015; 13 (3): 498–506.
4. Степанищева Л.А., Сарсенбаева А.С., Фаттахова Н.В. Психозомональный статус и «болезни адаптации» у пациентов с язвенной болезнью в Уральском федеральном округе // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2014; 11: 14–8.
5. Фирсова Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания // Тер. арх. – 2003; 75 (2): 21–3.
6. Алексеева О.П., Касимова Л.Н., Горячева Е.Е. Приверженность терапии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016; 25 (1): 20–8.
7. Кузьмина А.Ю., Курилович С.А., Гусева И.А. Вегетативное обеспечение при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Вестн. НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2003; 1 (1): 38–44.
8. Ковешников А.И., Колесникова И.Ю. Особенности питания, вредные привычки и вкусовая чувствительность больных язвенной болезнью // Врач-аспирант. – 2016; 1.2 (74): 242–8.
9. Романова М.М., Бабкин А.П. Возможности оптимизации исследования вкусовой чувствительности в практическом здравоохранении и клинической практике // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2012; 47: 29–32.
10. Бабанов С.А., Татаровская Н.А. Депрессивный синдром в клинике профессиональных болезней // Рус. мед. журн. – 2013; 21 (16): 869–72.

GUSTOMETRIC ASSESSMENT OF THE PSYCHOAUTONOMIC STATUS OF PATIENTS WITH DUODENAL ULCER DISEASE

A. Koveshnikov; I. Kolesnikova, MD
Tver State Medical University

The paper considers the relationship between psychoautonomic status and taste threshold in duodenal ulcer disease.

Key words: gastroenterology, peptic ulcer disease, psychoautonomic status, gustometry, depression, taste thresholds.