

ДЕПРЕССИЯ И НАРУШЕНИЯ СНА КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России*

В статье проанализированы результаты психологического тестирования 110 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Распространенность инсомнии и тяжелой депрессии выше у пациентов с осложненным течением заболевания, что дает основания интерпретировать их наличие в качестве предиктора возможного развития осложнений у пациентов.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, депрессия, инсомния.

DEPRESSION AND SLEEP DISORDERS AS PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF DUODENAL ULCER COMPLICATIONS

P.A. Vlasov, A.I. Kovesnikov, I. Yu. Kolesnikova

Tver State Medical University

The article analyzes the results of psychological testing 110 patients with duodenal ulcer. The prevalence rates of insomnia and severe depression is higher in patients with a complicated course of the disease, which gives reason to interpret their presence as a predictor of the possible development of complications in patients.

Key words: duodenal ulcer, depression, sleep disorders.

Введение

В настоящее время на учете по язвенной болезни (ЯБ) в Российской Федерации состоят 3 млн человек, причем у 10–15% из них развиваются осложнения заболевания, требующие оперативного вмешательства [1–3].

Основным звеном патогенеза ЯБ является нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты в гастродуоденальной зоне [4]. После открытия *Helicobacter pylori* (НР) и признания за ним ведущей роли в этиологии ЯБ [5] другие факторы риска развития ЯБ отошли на второй план [6–8]. Вместе с тем, несмотря на масштабную практику эрадикации НР, число осложнений ЯБ остается на прежнем уровне [2].

Роль психоэмоционального стресса в патогенезе ЯБ не вызывает сомнений [9]. Под воздействием психоэмоционального стресса снижается уровень серотонина [10], опосредованно выполняющего гастропротективную функцию, повышается активность симпатической нервной системы, что приводит к нарушению кровообращения в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны [11–12]. Некоторые состояния психоэмоционального возбуждения (такие как гнев, тревога) провоцируют повышенную секрецию соляной кислоты и пепсина [13]. Психоэмоциональный стресс является важным фактором риска возникновения язвенной болезни наряду с инфицированностью НР и нуждается в более глубоком исследовании его роли в этиологии данного заболевания.

Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), являющейся психосоматическим забо-

леванием, характерна ассоциация с различными невротическими расстройствами [14]. Около трети больных предъявляют разнообразные жалобы психосоматического характера (немотивированное беспокойство, тревога, инсомния, повышенная раздражимость и т. д.) [13–14]. Данные жалобы часто не воспринимаются пациентами в связи с основным заболеванием, поэтому могут игнорироваться как пациентом, так и врачом. В общесоматической практике симптомы депрессии часто распознаются с существенным запозданием из-за «амбулаторного» подхода к больным; отсутствия преемственности в работе врачей амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев; недооценки и пренебрежения жалобами пациента [15]. Широкая распространенность данных симптомов указывает на определенный потенциал в плане своевременной диагностики и коррекции психосоматических нарушений при ЯБДК. Кроме того, необходимо сопоставить выраженность психосоматических нарушений при различном течении ЯБДК и уточнить возможность использования выявленных отклонений в качестве предикторов осложненного течения ЯБДК.

Цель исследования: оценить распространенность тревоги, депрессии, инсомнии у больных несложной и осложненной ЯБДК.

Материалы и методы

Обследовано 110 пациентов с эндоскопически подтвержденным рецидивом ЯБДК. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 55 человек с несложным течением ЯБДК (ЯБН). Во 2-ю группу

были включены 55 пациентов с осложненным течением ЯБДК (ЯБО), имеющие в анамнезе язвенное кровотечение либо перфорацию язвы не менее 1 года до момента включения в исследование (26 человек перенесли перфорацию язвы, 29 – язвенное кровотечение).

Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 60 лет; анамнез ЯБДК не менее 1 года; эндоскопически верифицированный рецидив ЯБДК на момент исследования.

Критерии исключения: ЯБ желудка; прием ulcerогенных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды) в ближайшем анамнезе (1 месяц), тяжелая сопутствующая патология (сахарный диабет, артериальная гипертензия II–III стадии, злокачественные новообразования).

Все обследуемые заполняли госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale). Последняя состоит из двух частей, в каждой из которых необходимо ответить на 7 вопросов. Преимуществами данной анкеты являются ее простота и короткое время для тестирования. Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответов (от 0 до 3), соответственно, чем больше респондент набирает баллов, тем более выражена у него тревога и/или депрессия. Интерпретация шкалы производится по следующим критериям: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и более – клинически выраженная тревога/депрессия [16].

Всем обследуемым предлагалось ответить на вопросы и другой анкеты, касающиеся проявлений нарушения сна: страдает ли от нарушений сна, оценивает свое состояние как «пограничное» либо проблем со сном не испытывает.

Все респонденты подписывали добровольное информированное согласие. Исследование было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов тестирования больных ЯБДК с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии в группах представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Частота выявления клинической и субклинической тревоги у больных с различным течением ЯБДК по данным шкалы HADS (абс., %)

Показатель	Вариант течения ЯБДК	
	1-я группа, n = 55	2-я группа, n = 55
Норма	45 (81,9)	42 (76,4)
Субклиническая/клиническая тревога	10 (18,1)	13 (23,6)

Примечание: различия между группами по данному показателю статистически незначимы ($p_2 > 0,05$); n – число пациентов.

Как видно из данных табл. 1, частота тревожных изменений у исследуемых незначительна и не имеет значимых различий у больных разных групп. Субклинически/клинически выраженная тревога имеет место у 10 (18,2%) больных 1-й группы и 13 (23,6%) пациентов 2-й группы.

Таблица 2

Частота выявления клинической и субклинической депрессии у больных с различным течением ЯБДК по данным шкалы HADS (абс., %)

Показатель	Вариант течения ЯБДК	
	1-я группа, n = 55	2-я группа, n = 55
Норма	39 (70,9)	27 (49,1)*
Субклиническая/клиническая депрессия	16 (29,1)	28 (50,9)*

Примечание: * – различие между группами по данному показателю статистически значимо ($p_2 < 0,05$); n – число пациентов.

При изучении результатов анализа подшкалы D опросника HADS (табл. 2) в 1-й группе пациентов признаки депрессии отсутствовали у 39 (70,9%) пациентов, во 2-й группе – у 28 (50,9%). Субклиническая и клиническая депрессия диагностированы у 16 (29,1%) пациентов с неосложненной формой ЯБДК, 28 пациентов (50,9%) с осложненной формой ЯБДК имели признаки субклинической и клинической депрессии.

Психический статус пациентов с ЯБДК характеризуется определенными особенностями. Так, выраженность тревоги не слишком велика и не имеет существенных различий при осложненном и неосложненном течении заболевания.

Более информативные результаты получены при исследовании уровня депрессии: субклиническая и клиническая депрессия диагностирована у 29,1% с неосложненным и у 49,1% – с осложненным течением ЯБДК. Таким образом, почти половина пациентов, страдающих ЯБО, имеет значимые нарушения психологической сферы, что соотносится с данными других авторов [17–18]. Сходные данные были получены зарубежными исследователями с использованием других шкал оценки депрессии (в частности, шкалы Келлнера–Шеффилда, шкалы Бека) [19–20]. Различие в выраженности депрессии между исследуемыми группами дает основание предполагать возможность расценивать субклиническую/клиническую депрессию в качестве предиктора развития ЯБО.

Результаты выявления нарушений сна представлены в табл. 3.

Обнаружена высокая распространенность нарушений сна среди пациентов с осложненным течением ЯБДК: более трети пациентов попали в градацию «инсомния». У половины этих больных характере-

ризовалось пограничное состояние сна. В группе пациентов с неосложненным течением ЯБДК 45,5% больных проблем со сном не имели, клиническая инсомния выявлена у 16,3%, пограничное состояние отмечалось у 38,2% больных.

Таблица 3

Частота инсомнии у больных ЯБДК при различном течении заболевания (абс., %)

Показатель	Вариант течения ЯБДК	
	1-я группа, n = 55	2-я группа, n = 55
Отсутствие инсомнии	25 (45,5)	11 (20,0)*
Пограничное состояние	21 (38,2)	24 (43,6)
Наличие инсомнии	9 (16,3)	20 (36,4)*

Примечание: * – различие между группами по данному показателю статистически значимо ($p_2 < 0,05$); n – число пациентов.

Исследование распространенности инсомнии среди больных ЯБДК показало, что во 2-й группе исследуемых ее распространенность выше, чем в 1-й группе. Также на наличие у себя пограничного состояния между нормальным сном и инсомнией указывало большее количество пациентов 2-й группы, чем 1-й. Таким образом, нарушения нормального сна, вероятно, ассоциированы с развитием ЯБО.

Возможной причиной частого выявления инсомнии во 2-й группе пациентов может являться изжога, болевой синдром, чувство голода по ночам [21]. Также можно предположить, что инсомния у таких пациентов ассоциирована с депрессией в результате нарушения вегетативного гомеостаза [22]. Данный факт предполагает включение в обследование пациентов с гастроэнтерологическими жалобами вопросов о продолжительности и качестве сна.

С другой стороны, сам факт заболевания ЯБ может накладывать отпечаток на личность пациента. Многие становятся мнительными, начинают переживать за свое здоровье (особенно перенесшие деструктивное осложнение и/или оперативное лечение). Это ведет к нарушению психовегетативного равновесия, появлению депрессии и инсомнии, которые являются предикторами осложненного течения ЯБДК. Чтобы разорвать данный «порочный круг», требуется назначение комплексной терапии, иногда с привлечением психотерапевта, а не только назначение антисекреторных препаратов и эрадикация НР.

Своевременная диагностика психических расстройств предполагает индивидуальную терапию, что дает возможность улучшить эмоциональное состояние больного, предупредить дальнейшее прогрессирование психопатологических черт, а возможно, и развитие осложнений ЯБДК [23].

Заключение

Для больных с осложненными формами ЯБДК по сравнению с больными с неосложненными формами ЯБДК более характерно наличие субклиниче-

ской и клинической депрессии, наличие выраженной инсомнии. Нарушения сна ассоциируются с депрессией различной степени выраженности, что, несомненно, требует медикаментозной коррекции, ведь депрессия как психоэмоциональный фактор может играть роль в развитии осложнений ЯБДК. Таким образом, наличие у пациента, страдающего ЯБДК, инсомнии, субклинической и клинической депрессии, может являться предиктором осложненного течения ЯБДК.

Литература/References

1. Денисова, Е.В. Анализ многолетней динамики заболеваемости язвенной болезнью до и после введения в лечение эрадикационной терапии / Е.В. Денисова, В.Е. Назаров // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2011. – № 2–3. – С. 8–10.
2. Вавринчук, С.А. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / С.А. Вавринчук, П.М. Косенко, Д.С. Чернышов. – Хабаровск: ИПКСЗ, 2012. – 241 с.
3. Вавринчук, С.А. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / С.А. Вавринчук, П.М. Косенко, Д.С. Чернышов. – Хабаровск: ИПКСЗ, 2012. – 241 с.
4. Дурлештер, В.М. Алгоритм диагностики и показаний к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью желудка / В.М. Дурлештер, Н.В. Корочанская, С.Н. Серикова, М.Т. Дидигов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2013. – № 2. – С. 4–11.
5. Дурлештер, В.М. Алгоритм диагностики и показаний к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью желудка / В.М. Дурлештер, Н.В. Корочанская, С.Н. Серикова, М.Т. Дидигов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2013. – № 2. – С. 4–11.
6. Афендулов, С.А. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев, К.М. Кадилов // Вестник ТГУ. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 889–892.
7. Афендулов, С.А. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев, К.М. Кадилов // Вестник ТГУ. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 889–892.
8. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: «Медпресс-информ», 2014. – 176 с.
9. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: «Медпресс-информ», 2014. – 176 с.
10. Ковешников, А.И. Особенности питания, вредные привычки и вкусовая чувствительность больных язвенной болезнью / А.И. Ковешников, И.Ю. Колесникова // Врач-аспирант. – 2016. – № 1–2 (74). – С. 242–248.
11. Ковешников, А.И. Особенности питания, вредные привычки и вкусовая чувствительность больных язвенной болезнью / А.И. Ковешников, И.Ю. Колесникова // Врач-аспирант. – 2016. – № 1–2 (74). – С. 242–248.
12. Chen, T.S. Clinical characteristics of Helicobacter pylori negative duodenal ulcers disease / T.S. Chen // Hepatogastroenterology. – 2008. – Vol. 55. – P. 1615–1618.
13. Melmed, R.N. Duodenal ulcer: the helicobacterization of a psychosomatic disease? / R.N. Melmed, Y. Gelpin // Isr. J. Med. Sci. – 1996. – Vol. 32. – № 3–4. – P. 211–216.

9. Циммерман, Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированно-го лечения / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2012. – № 8. – С. 11–18.

Cimmerman, Ya.S. Yazvennaya bolezni': aktual'nye problemy etiologii, patogeneza, differencirovannogo lecheniya / Ya.S. Cimmerman // Klinicheskaya medicina. – 2012. – № 8. – С. 11–18.

10. Корсак, В.О. Половые различия склонности к депрессии / В.О. Корсак, Ю.Ю. Хроменкова, Е.А. Капшук, О.Е. Терехова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – № 5 (5). – С. 643.

Korsak, V.O. Polovye razlichiya sklonnosti k depressii / V.O. Korsak, Yu. Yu. Hromenkova, E.A. Kapshuk, O.E. Terekhova // Byulleten' medicinskih internet-konferencij. – 2015. – № 5 (5). – С. 643.

11. Маев, И.В. Морфологические и возрастные особенности гастродуоденального кровотока у больных язвенной болезнью и пути его коррекции / И.В. Маев, В.В. Горбань, Л.М. Салова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 4. – С. 69–73.

Maev, I.V. Morfologicheskie i vozrastnye osobennosti gastroduodenalnogo krovotoka u bol'nyh yazvennoj bolezni'yu i puti ego korrekcii / I.V. Maev, V.V. Gorban', L.M. Salova // Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. – 2007. – № 4. – С. 69–73.

12. Чижиков, Д.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: фокус на идиопатические язвы и вегетативную регуляцию (обзор) / Д.А. Чижиков, Т.В. Копытова, В.И. Борисов // Медиаль. – 2015. – Т. 17, № 3. – С. 125–138.

Chizhikov, D.A. Yazvennaya bolezni' zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki: fokus na idiopaticheskie yazvy i vegetativnyuyu regulyaciyu (obzor) / D.A. Chizhikov, T.V. Kopytova, V.I. Borisov // Medial'. – 2015. – Т. 17, № 3. – С. 125–138.

13. Magni, G. Psychological distress in duodenal ulcer and acute gastroduodenitis. A controlled study / G. Magni, A. Salmi, A. Paterlini, A. Merlo // Dig Dis Sci. – 1982. – Vol. 27, № 12. – P. 1081–1084.

14. Палий, И.Г. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии / И.Г. Палий, И.Г. Резниченко, Н.М. Севак // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 6. – С. 210.

Palij, I.G. Psihosomaticheskie rasstrojstva v gastroenterologicheskoy praktike: osobennosti klinicheskogo techeniya i medikamentoznoj terapii / I.G. Palij, I.G. Reznichenko, N.M. Sevak // Novosti mediciny i farmacii. – 2007. – № 6. – С. 210.

15. Королева, Е.Г. Депрессии в общесоматической практике / Е.Г. Королева, Э.Е. Шустер // Практикующему врачу. Журнал ГрГМУ. – 2009. – № 4. – С. 82–87.

Koroleva, E.G. Depressii v obshchesomaticheskoj praktike / E.G. Koroleva, E.E. Shuster // Praktikuyushchemu vrachu. Zhurnal GrGMU. – 2009. – № 4. – С. 82–87.

16. Кочорова, Л.В. Медико-социальная характеристика пациентов психосоматического отделения / Л.В. Кочорова, В.С. Скрипов, Г.А. Иванова, Е.Б. Захарова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2016. – Т. 13. – № 4. – С. 25–28.

Kochorova, L.V. Mediko-social'naya harakteristika pacientov psihosomaticheskogo otdeleniya / L.V. Kochorova, V.S. Skripov, G.A. Ivanova, E.B. Zaharova // Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova. – 2016. – Т. 13. – № 4. – С. 25–28.

17. Любская, Л.А. Особенности клинических проявлений и течения заболевания у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших перфорацию язвы / Л.А. Любская, И.Ю. Колесникова, С.А. Масюков // Клиницист. – 2014. – № 1. – С. 42–46.

Lyubskaya, L.A. Osobennosti klinicheskikh proyavlenij i techeniya zabolevaniya u pacientov s yazvennoj bolezni'yu dvenadcatiperstnoj kishki, perenesshih perforaciyu yazvy / L.A. Lyubskaya, I.Yu. Kolesnikova, S.A. Masyukov // Klinicist. – 2014. – № 1. – С. 42–46.

18. Курамшина, О.А. Клинико-патогенетические особенности формирования и течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.04 – «Внутренние болезни»; [Место защиты: ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»] / Курамшина Ольга Анатольевна. – М., 2017. – 48 с.

Kuramshina, O.A. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti formirovaniya i techeniya yazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki u lic molodogo vozrasta: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk: 14.01.04 – «Vnutrennie bolezni»; [Mesto zashchity: FGBUN «Federal'nyj issledovatel'skij centr pitaniya, biotekhnologii i bezopasnosti pishchi»]. / Kuramshina Ol'ga Anatol'evna. – M., 2017. – 48 s.

19. Tennant, C. Psychosocial causes of duodenal ulcer / C. Tennant // Aust. N. Z.J. Psychiatry. – 1988. Vol. 22, № 2. – P. 195–201.

20. Piper, D.W., Ariotti D, Greig M, Brown R. Chronic duodenal ulcer and depression / D.W. Piper, D. Ariotti, M. Greig, R. Brown // Scand. J. Gastroenterol. – 1980. – Vol. 15. – № 2. – P. 201–203.

21. Маляренко, Т.Н., Быков А.Т., Заика В.Г., Маляренко Ю.Е. Медицина сна. Немедикаментозное лечение инсомний / Т.Н. Маляренко, А.Т. Быков, В.Г. Заика, Ю.Е. Маляренко // Медицинский вестник Юга России. – 2011. – № 1. – С. 23–32.

Malyarenko, T.N., Bykov A.T., Zaika V.G., Malyarenko Yu.E. Medicina sna. Nemedikamentoznoe lechenie insomnij / T.N. Malyarenko, A.T. Bykov, V.G. Zaika, YU.E. Malyarenko // Medicinskij vestnik Yuga Rossii. – 2011. – № 1. – С. 23–32.

22. Полуэктов, М.Г. Нарушения сна в практике невролога / М.Г. Полуэктов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4. – С. 18–24.

Poluektov, M.G. Narusheniya sna v praktike nevrologa / M.G. Poluektov // Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. – 2012. – № 4. – С. 18–24.

23. Фирсова, Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания / Л.Д. Фирсова // Терапевтический архив. – 2003. – № 2. – С. 21–23.

Firsova, L.D. Osobennosti psihicheskoy sfery bol'nyh yazvennoj bolezni'yu dvenadcatiperstnoj kishki na raznyh stadiyah zabolevaniya / L.D. Firsova // Terapevticheskij arhiv. – 2003. – № 2. – С. 21–23.

Ковешников Александр Игоревич (контактное лицо) – к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-960-710-13-84; e-mail: alexkoveshnikov77@mail.ru