

В.В. Цуканов – д.м.н., проф., руководитель гастроэнтерологического отделения ГУ НИИ МПС СО РАМН
Е.Ю. Куперштейн – н.с., гастроэнтерологического отделения ГУ НИИ МПС СО РАМН, к.м.н.
В.Н. Шарыпова – врач гастроэнтерологического отделения ГУ НИИ МПС СО РАМН
Красноярск

Эффективность применения противотревожного препарата ТЕНОТЕН в составе комплексной терапии у пациентов с *Helicobacter pylori*- ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

В настоящее время принято рассматривать язвенную болезнь как мультифакториальное заболевание, которое наиболее адекватно описывает теория весов, на которых находятся агрессивные и защитные факторы. Среди агрессивных факторов наибольшее значение придается инфекции *Helicobacter pylori* и кислотопродукции в желудке (1). Значительная роль *Helicobacter pylori* в возникновении язвенной болезни подтверждена присуждением Нобелевской премии в области медицины за 2005 г. австралийским ученым R. Warren и B. Marshall и рядом международных консенсусов по *Helicobacter pylori*-ассоциированным заболеваниям (2).

Вместе с тем, возвращаясь к многофакторности патогенеза язвенной болезни, в настоящее время принято относить к реальным компонентам патогенеза язвенной болезни его психосоматические аспекты. Исторически основоположником неврогенной концепции развития язвенной болезни является G. Bergman (1913). В 1952 г. К.М. Быков и И.Т. Курцин предложили кортико-висцеральную теорию патогенеза язвенной болезни, которая сейчас утратила свое значение в связи с недостаточным вниманием к гормональному звену регуляции, биохимическим процессам в организме и фактическим клиническим данным.

В настоящее время взаимосвязь язвенной болезни и нейроэндокринной сферы принято рассматривать в контексте психосоматической медицины. Современная психосоматическая медицина изучает взаимоотношения и взаимосвязи между эмоциональной жизнью человека и природой его соматических расстройств, значение индивидуальных факторов психики и окружающей среды в этиологии заболеваний. При этом она исходит из того, что условия жизни индивидуума в прошлом и настоящем, его эмоциональная жизнь могут оказать существенное влияние на функции внутренних органов. Не придавая психогенным воздействиям значения единственного и решающего фактора в этиологии соматических заболеваний, психосоматическая медицина поддерживает концепцию полиэтиологичности заболеваний человека (3).

Язвенную болезнь следует рассматривать как типичный пример психосоматического заболевания, при котором психо-эмоциональные и психоциальные факторы играют существенную роль, предшествуя и способствуя образованию язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке (4, 5). Вместе с тем психические детерминанты являются лишь ко-факторами, которые приобретают причинное значение только при их сочетании с генетическими, внешнесредовыми (*Helicobacter pylori*), иммунными и местными факторами, реализующими развитие болезни (6, 7, 8).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 102 больных с *Helicobacter pylori*-позитивной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Все больные находились на лечении в течение 3 недель в гастроэнтерологическом отделении клиники ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН и получали стандартное лечение, включавшее Омепразол – 20 мг х 2 раза в день, Маалокс в стандартной дозе и эрадикацию *Helicobacter pylori* по семидневной схеме с применением антибактериальных препаратов Кларитромицина 0,5 г х 2 раза в день и Амоксициллина – 1,0 г х 2 раза в день. Курс лечения составил 3 недели. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия («Olympus-10») непосредственно перед госпитализацией, через 10 и 20 дней после начала стационарного лечения. При описании результатов ЭФГДС различали язву двенадцатиперстной кишки с описанием формы, размеров, локализации (луковица или нисходящая часть дуоденум), стадии заболевания (открытая язва, красный рубец, белый рубец). Наличие *Helicobacter pylori* определяли морфологическим и уреазным методами (9).

Динамика клинической симптоматики оценивалась ежедневно и регистрировалась в специальных анкетах. 49 больных (27 мужчин, 22 женщины), составивших группу А, дополнительно к основной терапии получали препарат Тенотен с противотревожной активностью (производство «Материа-Медика», Россия) в дозе 2 т х 3 раза в день. 53 пациента (29 мужчин, 24 женщины), составивших группу В, получали только стандартную терапию и не принимали Тенотен. Средний возраст пациентов в группе А составил 42,3 + 2,81 года, в группе В – 41,8 + 2,36 года. Уровень тревожности у всех больных в группах А и В оценивался в начале лечения, через 10 и 20 дней от начала лечения при помощи шкалы Цунга (субъективная оценка) и шкалы Гамильтона (объективная оценка).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Наиболее значительная динамика в уровне тревожности была получена у пациентов группы А при использовании шкалы Гамильтона. В группе В через 20 дней от начала лечения уровень тревожности пациентов также снижался, что может быть объяснено положительной клинической динамикой при заживлении язвенных дефектов. Но при этом уровень тревожности как через 10 дней, так и через 20 дней от начала лечения в группе А был достоверно ниже, чем у пациентов в группе В (табл. 1).

При использовании шкалы Цунга в группе А регистрировалось достоверное снижение уровня тревожности

Оценка тревоги

	1. НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ	2. ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ	3. ЧЕРЕЗ 20 ДНЕЙ	P
ПО ШКАЛЕ ЦУНГА				
Группа А n=49	48,29+4,06	40,54+3,39	37,43+3,12	1-2=0,1 -3=0,03
Группа В n=53	47,61+3,9	44,37+3,6	41,19+3,24	1-2=0,5 1-3=0,2
p	=0,9	=0,4	=0,4	
ПО ШКАЛЕ ГАМИЛЬТОНА				
Группа А n=49	23,43+1,8	14,93+1,26	10,5+0,98	1-2=0,0001 1-3<0,001
Группа В n=53	24,15+1,9	20,62+1,7	17,4+1,1	1-2=0,2 1-3=0,002
p	=0,8	=0,007	<0,001	

через 20 дней от начала лечения. В группе В не было зафиксировано значимого уменьшения уровня тревожности в процессе лечения (табл. 1). Таким образом мы получили результаты, свидетельствующие о различиях динамики уровня тревожности в группах А и В.

Мы проанализировали динамику купирования болевого синдрома в группах А и В. Боли в эпигастральной области до начала лечения регистрировались в 98,0% случаев в группе А и в 98,1% случаев в группе В. Через 10 дней лечения болевой синдром сохранялся у 10,2% пациентов в группе А и у 37,7% пациентов в группе В (p=0,001). Через 20 дней от начала лечения эти показатели составили, соответственно, 0% и 1,9% (p=0,3).

Через 10 дней лечения язвенные дефекты были обнаружены у 30,6% пациентов в группе А и у 41,5% пациентов в группе В (p=0,3). Через 20 дней лечения эти показатели составили, соответственно, 0% и 1,9% (p=0,3).

Следует заметить, что различные аспекты психо-эмоционального статуса ранее исследовались у пациентов с язвенной болезнью. У больных язвенной болезнью чаще, чем при других психосоматических заболеваниях устанавливалось наличие психопатических нарушений, состояния эмоциональной напряженности, ипохондрики, пессимизма, отчужденности или, напротив, повышенной потребности в эмоциональной привязанности со стороны окружающих, прежде всего, членов семьи (10). При оценке «усредненного профиля личности» с помощью Миннесотского личностного теста Ф.И. Комаров и соавт. выяснили, что особенностью пациентов с язвенной болезнью является выраженный психовегетативный синдром, характеризующийся ипохондрическими и тревожно-депрессивными чертами личности, преимущественным повышением реактивного личностного уровня тревоги (11). Повышенный уровень тревожности у пациентов с язвенной болезнью отмечают также Е.Н. Ревенюк и соавт. (12). Э.И. Белобородова и соавт. при помощи шкалы Спилбергер-Ханина и Сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ), подтвердили, что у лиц с язвенной болезнью выше уровень тревожности, пессимистичности, импульсивности и эмоциональной лабильности (13).

Резюмируя итоги нашего исследования, необходимо подчеркнуть, прежде всего, повышенный уровень тревожности у пациентов с обострением язвенной болезни, что, с одной стороны, совпадает с результатами ранее выполненных исследований, а, с другой стороны, само по себе указывает на целесообразность применения противотревожных препаратов в комплексной терапии. Весьма важным представляется также отчетливо более быстрая динамика снижения уровня тревожности и частоты болей в эпигастральной области

при применении Тенотена в сравнении с контрольной группой, что позволяет повысить комплаентность контактов с больным и улучшить качество жизни пациентов. Все это, наряду с практически полным отсутствием побочных эффектов, позволяет рекомендовать Тенотен для активного использования в комплексной терапии пациентов с язвенной болезнью.

Список литературы:

1. Peura D.A. *Ulcerogenesis: integration the roles of Helicobacter pylori and acid secretion in duodenal ulcer / D.A. Peura // Am. J. Gastroenterol.* – 1997. – V.92, N4. – P.8 – 13.
2. Malfertheiner P., Megraud F. et al. *Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut.* – 2007. – V.56. – P.772-781;
3. Маев И.В., Барденштейн Л.М., Антоненко О.М., Каплан Р.Г. *Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клиническая медицина.* – 2002. – Т.80, №11. – С.8-13.
4. Вейн А.М. *Идеи невризма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 1997. – №3. – С. 76-79.
5. Adami H.-O., Bergstrom R., Nyren O. et al. *Is duodenal ulcer really a psychosomatic disease? // Scand. J. Gastroenterol.* – 1987. – V.22, N 7. – P.889-896.
6. Мироньчев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В. *Психосоматические аспекты язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 1996. – №3. – С. 35-40.
7. Magni G. Di Mario F., Aggio L., Borgherini G. *Psychosomatic factors and peptic ulcer disease // Hepato-Gastroenterol.* – 1986. – V.33, N3. – P.131-137.
8. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. *Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни // Клиническая медицина.* – 1999. – Т.77, №8. – С.9-15.
9. Лапина, Т.Л. *Основные принципы диагностики Helicobacter Pylori / Т.Л. Лапина // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 1999. – №2. – С. 41 – 45.
10. Craig N.K.J., Boardman A.P. *Common mental health problems in primary care // Brit. Med. J.* – 1997. – V.314, N31. – P.1609-1612.
11. Комаров Ф.И., Вейн А.М. и др. *Психовегетативные нарушения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в различные сезоны года // Клини. мед.* – 1985. – №9. – С.36-41.
12. Ревенюк Е.Н., Завилянская Л.И. и др. *Психологическое исследование личностных особенностей больных психосоматическими заболеваниями // Врач. дело.* – 1979. – №8. – С.97-100.
13. Белобородова Э.И., Ласточкина Л.А., Плотникова Е.Ю., Наумова Е.Л. *Вегетативные и психосоматические расстройства при заболеваниях органов пищеварения.* – Кемерово, 2004. – 144 с.