

НОЧНОЙ КИСЛОТНЫЙ ПРОРЫВ, ИНСОМНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Григорьева Ю.В., Колесникова И.Ю.

ГБОУ ВПО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России, Тверь, Россия, e-mail: sno-tgma@yandex.ru

Проведено исследование нарушений сна и актуального психического статуса у 178 больных с рецидивом язвенной болезни, получающих стандартные дозы ингибиторов протонной помпы. У 20 % больных язвенной болезнью выявлен ночной кислотный прорыв (НКП). В группе больных без НКП инсомния была выявлена у 17% пациентов, а при НКП – у 37% ($p_{\chi^2} < 0,05$). Нормальным был сон у 65% и 29% пациентов из каждой группы ($p_{\chi^2} < 0,05$). Больные ЯБ с НКП значимо чаще отмечали ночные пробуждения. При сопоставимой длительности сна для пациентов с НКП было присуще затрудненное просыпание, отсутствие чувства бодрости после сна, снижение оценки общего качества сна. По шкале СМОЛ пиковые значения в обеих группах были отмечены по шкалам ипохондрии, депрессии и психастении, при этом изменения отвечали расстройствам легкой степени. В группе с НКП отклонения были более выраженными, пик по шкале психастении сочетался со значимым снижением профиля по шкале гипомании (оптимизма). Это согласуется с данными о нарушениях сна и общей дезадаптации организма. Отмечены преморбидные особенности в виде ригидности и социальной дезадаптации больных с НКП.

Ключевые слова: ночной кислотный прорыв, инсомния, депрессия, язвенная болезнь.

NOCTURNAL ACID BREAKTHROUGH, INSOMNIA AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER

Grigoreva Y.V., Kolesnikova I.Y.

Tver State Medical Academy, Tver, Russia, e-mail: sno-tgma@yandex.ru

The study of sleep disorders and current psychological status in 178 patients with peptic ulcer disease who are receiving standard doses of proton pump inhibitors. In 20% of patients with peptic ulcer revealed nocturnal acid breakthrough (NAB). In the group of patients without NAB insomnia was diagnosed in 17% of patients, and for NAB-patients - 37% ($p_{\chi^2} < 0,05$). Normal sleep was at 65% and at 29% of patients from each group ($p_{\chi^2} < 0,05$). NAB-patients were significantly more marked nocturnal awakening. In a comparable duration of sleep between group for NAB-patients was inherent difficulty in waking, lack of a sense of vigor after sleep, reduction assessment the overall quality of sleep. On a scale of mini-MULT peak values in both groups were noted on scales of hypochondria, depression and psychasthenia. Changes were assessed as mild. In the group with NAB deviations were more pronounced, the peak for the psychasthenia scale was associated with significant reduction of profile on a scale of hypomania (optimism). This is consistent with data on sleep disorders and general deenergization maladjustment of the body. In patients with NAB marked premorbid features in the form of psychological rigidity and social disadaptation.

Keywords: nocturnal acid breakthrough, insomnia, depression, peptic ulcer.

Ночной кислотный прорыв (НКП) при назначении больным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью ингибиторов протонной помпы был описан P. L. Peghini et al. [10] в 1998 г. В дальнейшем было показано, что возникновение НКП у этих пациентов сопровождается негативным влиянием не только на клиническую симптоматику, в частности, длительное сохранение ночной изжоги [4], но и на сроки лечения рефлюкс-эзофагита [1]. Также было отмечено нарастание невротизации, астено-депрессивных проявлений при выявлении феномена НКП у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [5]. При лечении язвенной болезни (ЯБ) ингибиторы протонной помпы занимают

приоритетное место [8]. Однако частота и значимость НКП при лечении ЯБ до настоящего момента изучены недостаточно, преимущественно, в отношении прямых результатов лечения – рубцевания язвенного дефекта [3]. Известно, что среди пациентов с ЯБ широко распространены различные изменения актуального психического статуса и нарушения сна [7]. Можно предположить, что появление НКП у больных ЯБ, получающих ингибиторы протонной помпы, может сопровождаться неблагоприятными психологическими и сомнологическими изменениями.

Цель исследования: сравнить изменения актуального психического статуса и выраженность инсомнии у больных язвенной болезнью, получающих ингибиторы протонной помпы, в зависимости от наличия у них ночного кислотного прорыва.

Материал и методы исследования

Обследовано 140 больных ЯБ. Среди них было 108 мужчин, 32 женщины, средний возраст обследованных составил $36 \pm 2,4$ года.

Критерии включения в исследование:

- добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
- наличие язвенной болезни в анамнезе;
- эндоскопически подтвержденный рецидив на момент включения в исследование;
- достаточный антисекреторный эффект (рН в теле желудка более 3,0 ед. в течение 75% суток и более), по данным суточной интрагастральной рН-метрии.

Критерии исключения из исследования:

- возраст моложе 18 лет (одно из условий работы с опросником «Сокращенный многофакторный личностный опросник» [6]);
- наличие психических заболеваний и/или тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, цирроз печени и др.);
- продолжительность заболевания менее одного 1 года;
- анамнестические данные об употреблении ulcerогенных препаратов на протяжении последних трех месяцев (нестероидных противовоспалительных, в т.ч. ацетилсалициловой кислоты, глюкокортикостероидов и других);
- невозможность исключить неопластический процесс в желудке.

Всем пациентам, отвечающим критериям включения и не имеющим критериев исключения, назначались генерики омепразола в стандартной дозе 40 мг в сутки. Через 7 дней лечения всем больным проводилась суточная интрагастральная рН-метрия.

Антисекреторная терапия считалась эффективной при сохранении интрагастрального рН > 3,0 ед. в течение 75 % суток и более [9]. Также по данным суточной рН-метрии

определялся феномен НКП, под которым понимают снижение рН в теле желудка менее 4,0 ед. в период с 22.00 до 06.00, длящееся, как минимум, 1 час [10].

Пациенты с эффективной антисекреторной терапией были разделены на 2 группы. Пациенты с эффективной антисекреторной терапией, не имеющие НКП, были включены в 1-ю группу (n=105), а 35 больных с эффективной терапией и с НКП – во 2-ю группу. В 1-й группе было 83 (79 %) мужчины и 22 (21 %) женщины, а во 2-й - 25 (71 %) мужчин и 10 (29 %; все $p_{\chi^2} > 0,05$) женщин. Средний возраст пациентов 1-й группы составил $33 \pm 2,4$ года, 2-й - $40 \pm 1,3$ года ($p < 0,05$).

Для определения выраженности инсомнии А.М. Вейн и Я.И. Левин предложили анкету балльной оценки сна [2], включающая следующие показатели, оцениваемые по пятибалльной системе: время засыпания – от «мгновенно» (5 баллов) до «очень долго» (1 балл); продолжительность сна – от «очень долгий» (5 баллов) до «очень короткий» (1 балл); количество ночных пробуждений – от «нет» (5 баллов) до «очень часто» (1 балл); качество сна – от «отлично» (5 баллов) до «очень плохо» (1 балл); количество сновидений – от «нет» (5 баллов) до «множественные и тревожные» (1 балл); качество утреннего пробуждения – от «отлично» (5 баллов) до «очень плохо» (1 балл).

Таким образом, максимальная суммарная оценка составляла 30 баллов. Нормальными считались значения 22-30 баллов, 19-21 балл – пограничные значения. Если испытуемый набирал менее 19 баллов, это расценивалось как выраженная инсомния.

Для изучения актуального психического статуса больные самостоятельно заполняли «Сокращенный многофакторный личностный опросник» (СМОЛ [6]). Результаты выражались суммой Т-баллов по 3-м оценочным и 8-ми клиническим шкалам. Последние являются базисными и оценивают особенности личности: 1-я шкала – ипохондрии, 2-я – депрессии, 3-я – истерии, 4-я – социальной дезадаптации, 6-я – ригидности, 7-я – психастении, 8-я – шизоидности, 9-я – оптимизма (гипомании). Нормальными считались показатели клинических шкал, не превышающие 55 Т-баллов. Значения от 56 до 64 Т-баллов трактовались как легкие изменения, от 65 до 75 Т-баллов – выраженные изменения, более 75 Т-баллов – значительно выраженные изменения. Для показателей по 9-й шкале за норму принимались значения 45 Т-баллов и выше, от 44 до 35 Т-баллов – легкие изменения, от 34 Т-баллов и ниже – выраженные изменения.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи компьютерных программ Statistica 6.1 for Windows, Excel for Windows XP Professional. При статистической обработке исследовалась нормальность распределения данных, использовались методы параметрической и непараметрической статистики. Рассчитывались среднее (M), стандартная ошибка среднего (m), средняя доля (P), стандартная ошибка

средней доли (р). Применялись преимущественно параметрические критерии для непрерывных величин (t-критерий Стьюдента), непараметрический критерий χ^2 с поправкой Йетса. Статистически значимыми считались различия между группами при $p < 0,05$. Для построения таблиц, диаграмм и графиков использовались программы «Microsoft Excel 7.0» и «Statistica V6.1 for Windows».

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе инсомния была выявлена у 18 (17%) пациентов, а во 2-й – у 13 (37%; $p_{\chi^2} < 0,05$). Пограничное состояние отмечалось у 19 (18%) больных 1-й группы и 12 (34%; $p_{\chi^2} < 0,05$) – 2-й группы. Нормальным, по данным анкеты, был сон, соответственно, у 68 (65%) и 10 (29%) пациентов из каждой группы ($p_{\chi^2} < 0,05$).

Помимо распространенности инсомнии различались группы и по структуре нарушений сна (табл.1).

Таблица 1

Среднее значение показателей инсомнии при НКП и без такового, баллы

Показатель	Наличие НКП при лечении ЯБ	
	без НКП (n=105)	с НКП (n=35)
Время засыпания	4,1±0,11	4,0±0,13
Продолжительность сна	3,9±0,18	3,5±0,17
Количество ночных пробуждений	4,1±0,14	2,9±0,21*
Качество сна	3,9±0,14	3,0±0,18*
Количество сновидений	3,9±0,12	3,5±0,11
Качество утреннего пробуждения	3,4±0,14	2,6±0,19*

Примечание: * - различие между группами по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$).

Для большей части опрошенных больных ЯБ было присуще удовлетворительное время засыпания, близкая к нормальной общая продолжительность сна. Больные ЯБ, имеющие НКП на фоне лечения ингибиторами протонной помпы, значимо чаще отмечали ночные пробуждения. В результате, при сопоставимой длительности сна для пациентов с НКП было присуще затрудненное просыпание, отсутствие чувства бодрости после сна, снижение оценки общего качества сна.

Следовательно, наличие НКП при лечении ЯБ сопряжено с повышенным риском развития инсомнии (интрасомнические и постсомнические нарушения), неудовлетворенностью качеством сна, что препятствует нормальному отдыху пациентов, ведет к деэнергизации организма.

Изучался актуальный психологический статус при обострении ЯБ (табл.2). При приемлемых значениях оценочных шкал усредненный профиль в обеих группах имел определенное сходство. В группе больных ЯБ без НКП пиковые значения отмечены по шкалам ипохондрии, депрессии и психастении, при этом изменения отвечали расстройствам легкой степени. Поскольку на момент обследования пациенты проходили лечение рецидива ЯБ, указанные изменения актуального психического статуса (сниженное настроение и работоспособность, тревога за свое здоровье) представляются закономерными.

Таблица 2

Среднее значение показателей шкалы СМОЛ при НКП и без такового, Т-баллы

Шкала	Наличие НКП при лечении ЯБ	
	без НКП (n=105)	с НКП (n=35)
L	53±1,8	52±2,7
F	50±1,9	53±2,8
K	49±2,3	49±1,5
1	58±1,1	61±2,4
2	58±1,3	67±2,8*
3	52±1,5	53±2,1
4	55±1,9	59±1,8
6	54±1,1	59±2,4
7	56±1,5	68±2,2*
8	54±1,3	59±2,2
9	46±1,4	41±2,5

Примечание: * - различие между группами по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$).

У больных ЯБ без НКП выявлены средние показатели, превышающие норму, по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении, а также по шкалам ригидности и шизоидности. С одной стороны, схожесть усредненных профилей актуального психического состояния демонстрирует близкий спектр переживаемых эмоций и ощущений. С другой – выраженность этих изменений в группе больных с НКП больше, а сочетание с повышением графика по 6-й и 8-й шкалам позволяет высказать предположение о преморбидных чертах личности пациентов. Нарушения социальной адаптации и определенная отстраненность, безусловно, способствуют невротизации больных и нарушению взаимодействия врач-пациент.

Пик по шкале психастении в группе с НКП сочетается со значимым снижением профиля по шкале гипомании (оптимизма), что согласуется с данными о нарушениях сна и общей дезадаптации организма.

Таким образом, выявленные изменения позволяют утверждать, что НКП на фоне лечения язвенной болезни ингибиторами протонной помпы ассоциирован с более выраженными нарушениями сна и психического статуса пациентов, чем у пациентов, не имеющих НКП. По-видимому, коррекция терапии, направленная на устранение НКП, будет оказывать положительное влияние не только на рубцевание язвы, но и на нормализацию сна и общего самочувствия больных.

Выводы

1. Ночной кислотный прорыв при лечении язвенной болезни ингибиторами протонной помпы сопряжен с нарушениями сна у 71% пациентов, против 35% больных язвенной болезнью, не имеющих ночного кислотного прорыва, при этом нарушения сна имеют преимущественно интрасомнический и постсомнический характер.
2. Для больных язвенной болезнью с синдромом ночного кислотного прорыва характерно наличие астено-депрессивных изменений, нарушение социальной адаптации.

Список литературы

1. Булгаков С. А. Феномен ночного кислотного прорыва на фоне лечения ингибиторами протонной помпы и его терапевтическая коррекция // Фарматека. – 2012. - № 13. – С.62-66.
2. Вейн А. М., Левин Я. И. Инсомния // Клиническая медицина. – 1998. – № 8. – С.52 – 56.
3. Григорьева Ю. В., Павлова Е. К., Колесникова И. Ю. Длительность стационарного лечения и ночной кислотный прорыв // Молодёжь, наука, медицина: мат. 59-й межвузовской науч. конф. студентов и молодых ученых. Тверь, 2013. – С. 69-70.
4. Пасечников В. Д., Пасечников Д. В. Клиническое значение феномена ночного кислотного прорыва при применении ингибиторов протонной помпы // Фарматека. Гастроэнтерология. – 2004. – № 13 (90). – С. 4-5.
5. Пасечников В. Д. Ночной кислотный прорыв, или почему больные ГЭРБ не спят ночью? // Эффективная гастроэнтерология. Гастроэнтерология. – 2012. – №1. – С. 56-58.
6. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ: методическое руководство. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
7. Фирсова Л. Д., Машарова А. А., Бордин Д. С., Янова О. Б., под ред. Л. Б. Лазебника. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки // М: Планида, 2011. – С.52.

8. Шиндина Т. С., Максимов М. Л., Кропова О. Е. Ингибиторы протонной помпы в терапии кислотозависимых заболеваний //Российский медицинский журнал. – 2014. - №20. – С.1459-1463.
9. Burret D. W., Chiverton S. C., Hunt, R. H. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcer? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression// Gastroenterology. – 1990. – № 99. – P. 345 – 351.
10. Peghini P. L., Katz P. O., Castell D. O. Ranitidine Controls Nocturnal Gastric Acid Breakthrough on Omeprazole: A Controlled Study in Normal Subjects // Gastroenterology. – 1998. – Vol.115. – P.1335-1339.

Рецензенты:

Мазур В.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава РФ, г. Тверь;
Коричкина Л.Н., д.м.н., доцент, профессор кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава РФ, г. Тверь.