



**Ф. И. Хамрабаева**

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Республика Узбекистан

## Роль эмоциональных и вегетативных расстройств в хронизации язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

**Цель** — определить роль эмоциональных и вегетативных расстройств в хронизации язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК)

**Материалы и методы.** Обследованы 62 больных (39 мужчин и 23 женщины) ЯБ ДПК в возрасте от 18 до 42 лет. Исследование состояния вегетативной нервной системы проводили по общепринятой схеме с анализом исходного вегетативного тонуса. С помощью унифицированных анкет и схем анализировали наличие и выраженность синдрома вегетативной дистонии.

**Результаты.** Установлено, что одним из механизмов хронизации ЯБ ДПК является формирование диссоциации между вегетативными и эмоциональными расстройствами — сочетание повышенной тревожности с вегетативной парасимпатикотонией и недостаточностью вегетативного обеспечения физической деятельности.

**Выводы.** При лечении ЯБ ДПК необходимо назначать транквилизаторы и антидепрессанты, а в случае хронического течения болезни — вегетотропные средства с тонизирующим действием.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, психоэмоциональный фактор, вегетативная нервная система, парасимпатикотония, тревожность.

Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) традиционно относят к психосоматическим заболеваниям [1, 3]. Не случайно в классических исследованиях основоположника теории стресса канадского ученого Г. Селье острая язва желудка являлась моделью соматического проявления стресса. Последователи идей невризма И. П. Павлов, К. М. Быков и И. Т. Курцин в качестве иллюстрации роли кортико-висцеральных взаимоотношений в генезе соматических болезней также приводят язвенную болезнь.

За последние десятилетия опубликовано большое количество работ, посвященных роли психоэмоциональных и вегетативных расстройств в развитии язвенной болезни [4, 5]. Однако психовегетативные нарушения не только участвуют в инициации болезни, но и сопутствуют клинической картине и оказывают значительное влияние на течение заболевания. Формируется порочный круг: первичные психовеге-

тативные расстройства — язвенная болезнь — вторичные психовегетативные нарушения — хронизация болезни. Работ, посвященных анализу данной проблемы с позиций современной нейровегетологии, мало.

Цель исследования — определить роль эмоциональных и вегетативных расстройств в хронизации язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

### Материалы и методы

Нами обследовано 62 больных (39 мужчин и 23 женщины) ЯБ ДПК в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст — 28,3 лет).

Исследование состояния вегетативной нервной системы проводили по общепринятой схеме с анализом исходного вегетативного тонуса по таблице Гийома — Вейна (116 параметров), вегетативной реактивности (проба Даниньи — Ашнера) и вегетативного обеспечения физической деятельности (ортоклиностатическая проба). С помощью унифицированных анкет и схем, разработанных во Всероссийском центре вегетативной

патологии (кафедра неврологии Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова) изучали наличие и выраженность синдрома вегетативной дистонии (СВД). Психологические особенности личности и эмоциональные нарушения оценивали с помощью тестов Многогранного исследования личности и Спилберга.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Больных распределили на две группы: первая — 34 пациента с давностью заболевания свыше 1 года, перенесшие более двух обострений ЯБ ДПК, вторая — 28 больных с давностью болезни менее 1 года, у 15 из них было одно обострение ЯБ, у остальных диагноз установлен вне обострения болезни на основании клиники и данных гастродиброскопии.

Статистический анализ статистической значимости различий между группами проводили непараметрическими методами с использованием критерия Вилкоксона — Манна — Уитни и точного метода Фишера [2].

### Результаты и обсуждение

По данным обследования с помощью анкет и схем, у всех больных по сравнению с контрольной группой были выявлены четкие признаки СВД, выраженность которого в 1-й группе была статистически значимо больше, чем во 2-й группе (таблица).

Показатели выраженности СВД в обеих группах статистически значимо превышали данные контрольной группы (см. таблицу). Для больных 1-й группы была характерна статистически значимо выраженная исходная вегетативная парасимпатикотония, тогда как во 2-й группе — нормотония. По данным пробы Даниньи — Аш-

нера, у больных 1-й группы имела место преимущественно симпатическая направленность вегетативной реактивности (статистически значимо меньшая степень урежения частоты сердечных сокращений (ЧСС) в пробе по сравнению с контрольной группой), у больных 2-й группы отмечена нормальная вегетативная реактивность. Результаты исследования вегетативного обеспечения физической деятельности по данным ортоклиностатической пробы (см. таблицу) свидетельствовали о том, что в 1-й группе имела место явная недостаточность вегетативного обеспечения деятельности в ортопробе, по данным изучения динамики как ЧСС, так и артериального давления (АД). Во 2-й группе выявлена обратная тенденция с признаками избыточности вегетативного обеспечения деятельности. Это выражалось в виде статистически значимо меньшей реактивности ЧСС и АД в 1-й группе и большей — во 2 группе по сравнению с контролем. Межгрупповые сравнения выявили четкие статистически значимые различия (см. таблицу).

Психологическое тестирование с применением теста Спилберга выявило признаки повышения уровня тревожности в эмоциональной сфере в обеих группах, с некоторым преобладанием большей выраженности у больных 1-й группы. По показателям личностной тревожности между группами установлены статистически значимые различия. По данным теста МИЛ также выявлены различия между группами. При этом у больных 1-й группы ведущий пик профиля с превышением границ условной психологической нормы установлен по шкале ипохондрии и депрессии, что свидетельствует о соматизации тревоги. В этой же группе выявлен умеренный подъем профиля по 8-й шкале (шизоидность),

Таблица. Функциональное состояние вегетативной нервной системы

Показатель	Контрольная группа (n = 20)	1-я группа (n = 34)	2-я группа (n = 28)
Вегетативный тонус, %			
Симпатические проявления	51,4	42,1*	49,7 <sup>#</sup>
Парасимпатические проявления	48,6	57,9*	50,3 <sup>#</sup>
Частота отклонений по отношению к фону частоты сердечных сокращений при пробе Даниньи — Ашнера, %	-8,4	-2,4*	-7,6 <sup>#</sup>
Частота отклонений по отношению к фону частоты сердечных сокращений в ортопробе, %	11,1	3,5*	15,0*
Частота отклонений по отношению к фону систолического артериального давления в ортопробе, %	12,5	4,5*	17,4* <sup>#</sup>

Примечание. \* Различия относительно контрольной группы статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

<sup>#</sup> Различия относительно 1-й группы статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

что свидетельствует об аутизации личности со своеобразным типом мышления и поведения. У больных 2-й группы установлена иная конфигурация с формированием «конверсионной пятерки» по шкалам невротической триады, что свидетельствует о вытеснении тревожности с тенденцией к демонстративности поведения.

### Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных ЯБ ДПК формируются психовегетативные расстройства, характер и выраженность которых зависят от течения болезни. Установлено, что в основе СВД в случае хронического течения болезни с частыми обострениями лежит высокая тревожность с вегетативными расстройствами преимущественно парасимпатической направленности. Отмечен диссоциированный характер вегетативных нарушений, проявляющийся в виде симпатической направленности вегетативной реактивности на фоне исходной

парасимпатикотонии и недостаточности вегетативного обеспечения деятельности. При относительно благоприятном течении заболевания характерна однонаправленная динамика психовегетативных показателей с умеренной выраженностью тревожности, тенденцией к вытеснению тревоги на фоне вегетативной симпатикотонии, симпатической направленности вегетативной реактивности и относительной избыточностью вегетативного обеспечения деятельности.

Одним из механизмов хронизации ЯБ является формирование диссоциации между вегетативными и эмоциональными расстройствами — сочетание повышенной тревожности с вегетативной парасимпатикотонией и недостаточностью вегетативного обеспечения деятельности. С практической точки зрения эти данные свидетельствуют о необходимости назначения транквилизаторов и антидепрессантов при лечении ЯБ, а в случае хронического течения болезни — вегетотропных средств с тонизирующим действием.

*Конфликта интересов нет.*

### Список литературы

1. Гафуров Б.Г. Идеи невризма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2014. — № 3. — С. 76—79.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 2008. — 296 с.
3. Смудевич А.Б. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврологии и психиатрии. — 2009. — N 4. — P. 4—16.
4. Яснуха Т.Л. Невротические расстройства при заболеваниях внутренних органов. — К., 2005. — 211 с.
5. Camirelli M. Disorders of gastrointestinal motility in neurologic disease // Mayo Clin. Proc. — 2014. — Vol. 65, N 6. — P. 825—846.

### Ф. І. Хамрабаева

Ташкентський інститут удосконалення лікарів, Республіка Узбекистан

## Роль емоційних і вегетативних розладів у хронізації виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

**Мета** — визначити роль емоційних і вегетативних розладів у хронізації виразкової хвороби (ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК).

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 хворих (39 чоловіків і 23 жінки) на ВХ ДПК віком від 18 до 42 років. Дослідження стану вегетативної нервової системи проводили за загальноприйнятою схемою з аналізом вихідного вегетативного тону. За допомогою уніфікованих анкет і схем аналізували наявність і вираженість синдрому вегетативної дистонії.

**Результати.** Встановлено, що одним з механізмів хронізації ВХ ДПК є формування дисоціації між вегетативними та емоційними розладами — поєднання підвищеної тривожності з вегетативною парасимпатикотонією і недостатністю вегетативного забезпечення фізичної діяльності.

**Висновки.** При лікуванні ВХ ДПК необхідно призначати транквілізатори і антидепресанти, а у разі хронічного перебігу хвороби — вегетотропні засоби з тонізувальною дією.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, психоемоційний чинник, вегетативна нервова система, парасимпатикотонія, тривожність.

F. I. Khamrabaeva

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education, Uzbekistan

## The role of vegetative and emotional disorders in the chronization of duodenal peptic ulcer

**Objective** — to define the role of vegetative and emotional disorders in the chronization of duodenal peptic ulcer (DPU).

**Materials and methods.** The study involved 62 patients (39 men i 23 women) with DPU, aged 18 to 42 (mean age 28.3 years). The state of vegetative nervous systems was investigated in accordance with standard scheme with analysis of the initial vegetative tonus. The unified questionnaires and schemes were used for the analysis of presence and degree of the syndrome of vegetative dystonia.

**Results.** It has been established that formation of the dissociation between vegetative and emotional disorders psychosis one of the mechanisms of the DPU chronization, where increased anxiety was associated with vegetative parasympathicotonia and deficiency of vegetative supporting of physical activity.

**Conclusions.** The treatment scheme for the duodenal peptic ulcer should include tranquilizers and antidepressants, and in the case of a chronic disease course of the disease — vegetotropic medications with tonic effect.

**Key words:** gastric and duodenal ulcer, psychvegetative disorders, psycho-emotional factor, autonomic nervous system, parasympathicotonia, vegetotropic agents.

---

### Контактна інформація

Хамрабаева Феруза Ібрагимівна, д. мед. н., проф.,  
декан терапевтичного факультету, зав. кафедри гастроентерології та фізіотерапії  
E-mail: kh.feruza@yandex.ru

*Стаття надійшла до редакції 15 червня 2018 р.*