

**А.А. Опарин**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

# Особенности психосоматического статуса и систем адаптации у больных с постхолецистэктомическим синдромом

## Ключевые слова

Постхолецистэктомический синдром, сфинктер Одди, мелатонин, серотонин, психосоматические расстройства.

У многих больных с заболеваниями внутренних органов, и прежде всего — системы пищеварения, очень часто возникают психосоматические расстройства, которые существенно изменяют клинику основной болезни и нередко требуют дополнительного дифференцированного лечения [1, 8, 9, 11]. Тем не менее, многие патогенетические механизмы включения психосоматических нарушений в патологический процесс соматического заболевания до конца не раскрыты, а способы их коррекции в контексте рекомендуемых сегодня стандартных схем лечения болезней внутренних органов практически не рассматривают [1, 2, 8, 9, 11].

Особенно, как нам кажется, эта проблема касается больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), оперированных по поводу желчнокаменной болезни, поскольку, во-первых, сама хирургическая операция является выраженным психоэмоциональным стрессом, а, во-вторых, утрата функционирующего органа и его физиологической роли неизбежно приводит к функциональной перестройке желчевыводящей системы и нарушению процессов адаптации [3–7, 10].

Поэтому целью наших исследований стало изучение состояния психосоматического статуса и его центральных регулирующих систем адаптации у больных, страдающих ПХЭС, с учетом характера функциональных расстройств желчевыводящих путей и сфинктера Одди.

## Материалы и методы

Нами обследовано 55 пациентов с ПХЭС, оперированных по поводу желчнокаменной болезни 1–10 лет назад. Среди больных мужчин было 16 (29 %), женщин — 39 (71 %) в возрасте от 29 до 45 лет (средний возраст составил 33,9 года  $\pm$  3,1 года). Диагноз ПХЭС, или дискинезии сфинктера Одди, устанавливали соответственно с критериями ВОЗ (МКБ-10, шифр К.91.5) с учетом клинической картины (наличие типичного болевого синдрома билиарного типа и диспепсических расстройств, данных гастрофибродуоденоскопии, УЗИ внутренних органов с акцентом на размеры диаметра общего желчного и панкреатического протоков, показателей клинико-биохимических исследований крови, включая активность трансаминаз и щелочной фосфатазы).

У 35 больных (63,6 %) диагностирована дискинезия сфинктера Одди и желчевыводящих путей по гипертоническому типу, у 20 (36,4 %) — по гипотоническому. Больных с другими формами проявлений ПХЭС, наличием препятствий нормальному оттоку желчи, а также с сопутствующей патологией других органов пищеварения и систем в эту группу обследуемых не включали. Группу контроля составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту (средний возраст составил 33,1 года  $\pm$  3,2 года) и соотношению полов (мужчин — 6, или 30 %, женщин — 14, или 70 %).

Психосоматический статус оценивали с помощью экспериментально-психологического ис-

следования с определением самооценочного среднего балла по опроснику Бека (который позволяет определить и оценить тяжесть депрессивной симптоматики), шкале реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина, которая позволяет измерить тяжесть как свойство личности и личностную тревожность; по тесту дифференциальной самооценки функционального состояния личности (САН), позволяющего оценить уровень самочувствия, активности и настроения; по шкале самооценки тревоги Шихана (позволяющей оценить тяжесть тревожной симптоматики). Одновременно у больных изучали в сыворотке крови уровень мелатонина и серотонина (центральные регуляторы психологических реакций и процессов адаптации).

Мелатонин и серотонин в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием стандартного набора реактивов IBL (Германия).

При исследовании крови, учитывая, что уровень изучаемых показателей, особенно мелатонина, находится в четкой зависимости от времени суток, забор крови проводили в одни и те же утренние часы после пробуждения пациентов (7 ч 30 мин — 8 ч) как у больных, так и у здоровых лиц контрольной группы.

### Результаты и обсуждение

При исследовании психосоматического статуса установлено, что у больных с дисфункцией сфинктера Одди имеются выраженные психосоматические нарушения, поскольку многие из них наряду с гастроэнтерологическими жалобами (типичная билиарная боль, диспепсические расстройства — тошнота после еды) отмечали повышенную раздражительность и несдержанность (46 больных, или 83,6 %), снижение интереса к окружающей жизни (52 больные, или 94,5 %), появление чувства тоски, страха, ожидания чего-то негативного (22 больные, или 40 %).

По данным самооценки шкал-опросников психосоматического состояния, 52 (94,5 %) пациента отмечали снижение настроения, самочувствия и активности. В среднем у них по сравнению со здоровыми самооценочный балл самочувствия снизился до  $4,20 \pm 0,10$ , среднееоценочный балл настроения — до  $4,30 \pm 0,11$ , среднееоценочный балл активности — до  $3,84 \pm 0,12$ , и по сравнению с нормой ( $6,4 \pm 0,11$ ;  $6,1 \pm 0,12$  и  $5,9 \pm 0,11$  соответственно) разница по всем показателям статистически достоверна ( $p < 0,001$ ).

В то же время показатели реактивной и личностной тревожности, наоборот, были значительно выше. В частности, среднееоценочный

балл реактивной тревожности поднялся до  $42,35 \pm 1,1$  при норме  $21,9 \pm 1,4$ , а среднееоценочный балл личностной тревожности вырос до  $44,78 \pm 1,2$  при норме  $22,4 \pm 1,2$ , составив с ней статистически достоверное различие ( $p < 0,001$ ).

Более того, среди больных с дисфункцией сфинктера Одди параллельно были повышены уровни депрессии до  $28,26 \pm 1,2$  (при норме  $9,8 \pm 0,96$ ) и тревоги до  $33,62 \pm 1,10$  (при норме  $20,1 \pm 1,2$ ). В среднем среднееоценочные баллы депрессии и тревоги поднялись намного выше нормы и составили с ней статистически достоверное различие ( $p < 0,001$ ).

О психосоматических расстройствах у больных с дисфункцией сфинктера Одди свидетельствует и тот факт, что в мелатонин-серотониновой системе, являющейся центральной в регуляции процессов адаптации и психосоматических процессов в организме, имеются выраженные изменения.

В частности, подтверждением этому служит статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) снижение уровня мелатонина в сыворотке крови до  $14,2 \pm 1,2$  пг/мл при норме ( $24,2 \pm 1,2$ ) пг/мл и одновременное статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) повышение уровня серотонина в сыворотке крови до  $72,48 \pm 4,01$  пг/мл при норме ( $39,6 \pm 3,5$ ) пг/мл.

Более того, нами отмечено, что чем больше снижалось содержание мелатонина в крови, тем выше поднималась концентрация серотонина и тем теснее становилась между ними корреляционная связь ( $r = -0,88$ ; табл. 1).

Одновременно нами установлено, что характер и глубина нарушений в психосоматическом статусе и его регулирующих системах находились в определенной зависимости не столько от степени выраженности клинических проявлений заболевания, сколько от особенностей характера дискинетических расстройств желчевыводящих путей (табл. 2).

В частности, у больных с дискинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гиперкинетическому типу чаще и более высоким ( $p < 0,05$ ), чем у больных с гипокинезией, был среднееоценочный балл реактивной и личностной тревожности, тогда как у больных с преобладанием дискинезии желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гипотоническому типу статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) выше был среднееоценочный балл тревоги и депрессии (см. табл. 2). Таким образом, у больных с гиперкинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди явно преобладали в психосоматическом статусе возбудимые черты личности, в то время

Таблиця 1. Показатели психосоматического статуса и мелатонин-серотониновой системы у больных с ПХЭС и в контрольной группе

Показатель	Больные (n = 45)	Здоровые (n = 20)	p
Реактивная тревожность, баллы	42,35 ± 1,1	21,9 ± 1,4	< 0,001
Личностная тревожность, баллы	44,78 ± 1,20	22,4 ± 1,2	< 0,001
Самочувствие, баллы	4,20 ± 0,10	6,4 ± 0,14	< 0,001
Настроение, баллы	4,30 ± 0,11	6,1 ± 0,12	< 0,001
Активность, баллы	3,84 ± 0,12	5,9 ± 0,11	< 0,001
Депрессия, баллы	18,2 ± 1,20	9,8 ± 0,96	< 0,001
Тревога, баллы	33,6 ± 1,10	20,1 ± 1,20	< 0,001
Мелатонин, пг/мл	14,07 ± 1,20	24,2 ± 1,2	< 0,001
Серотонин, пг/мл	78,48 ± 4,01	39,6 ± 3,5	< 0,001

Таблиця 2. Показатели психосоматического статуса и мелатонин-серотониновой системы у больных с ПХЭС при разных формах дискинезии желчевыводящих путей и сфинктера Одди

Показатель	Больные с гиперкинезией	Больные с гипоккинезией	p
Реактивная тревожность, баллы	45,4 ± 1,22	36,9 ± 1,1	< 0,001
Личностная тревожность, баллы	49,8 ± 1,3	35,8 ± 1,1	< 0,001
Самочувствие, баллы	4,17 ± 0,11	4,26 ± 0,12	> 0,5
Настроение, баллы	4,35 ± 0,16	4,21 ± 0,15	> 0,5
Активность, баллы	3,92 ± 0,10	3,71 ± 0,11	> 0,5
Депрессия, баллы	15,2 ± 1,20	23,6 ± 1,31	< 0,001
Тревога, баллы	25,1 ± 1,11	48,9 ± 1,26	< 0,001
Мелатонин, пг/мл	16,4 ± 1,36	9,9 ± 1,01	< 0,001
Серотонин, пг/мл	68,4 ± 4,12	79,8 ± 4,05	< 0,001

как у больных с гипоккинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди — тормозные черты личности. Кроме того, нами выявлено, что у больных с гиперкинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди с меньшей степенью достоверности, чем у пациентов с гипоккинезией, изменения сводились к снижению концентрации мелатонина и повышению уровня серотонина в сыворотке крови, и разница в их содержании по сравнению с нормой, как и сам дисбаланс в мелатонин-серотониновой системе, были не такими рельефными, как между группой контроля и больными с гипоккинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди.

Таким образом, у больных с дисфункцией сфинктера Одди имеются выраженные психосоматические нарушения и возникает дисбаланс в мелатонин-серотониновой системе, степень выраженности и характер проявлений которых находятся в корреляционной зависимости от типа дискинезии желчевыводящих путей и сфинктера Одди, указывая тем самым на необходимость дифференцированного подхода к лечению больных с дисфункцией сфинктера Одди.

### Выводы

У больных с ПХЭС и дисфункцией сфинктера Одди возникают выраженные психосоматические расстройства, о чем свидетельствуют статистически достоверное повышение самооценочных средних баллов реактивной и личностной тревожности, депрессии и тревоги, статистически достоверное снижение средних самооценочных баллов активности, самочувствия и настроения при параллельном статистически достоверном снижении уровня мелатонина в сыворотке крови и статистически достоверном повышении уровня серотонина.

У больных с ПХЭС и наличием дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу в психосоматическом статусе преобладают тормозные черты личности (более достоверное повышение среднего балла тревоги и депрессии), в то время как у больных с дискинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гиперкинетическому типу — возбудимые черты.

При лечении больных с дисфункцией сфинктера Одди необходимо учитывать не только характер и глубину функциональных расстройств желчевыводящих путей и сфинктера Одди, но и особенности психосоматических расстройств.

**Список літератури**

1. Бордин Д.С., Мазур Е.С., Беляева Г.С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тер. арх.— 2000.— № 2.— С. 15—16.
2. Волков В.С., Колесникова И.Ю. Сомато- и психовегетативные нарушения при язвенной болезни // Клини. мед.— 2001.— № 10.— С. 30—32.
3. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчекаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика // Леч. врач.— 2002.— № 6.— С. 26—32.
4. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение // Клини. перспект. гастроэнтерол., гепатол.— 2002.— № 3.— С. 25—34.
5. Маев И.В., Самсонов А.П., Салова Л.М. и др. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие.— М.: ГОУВУНМЦ МЗ РФ, 2003.— 96 с.
6. Малиновская Н.К., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. и др. Мелатонин в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. мед.— 2006.— № 1.— С. 5—11.
7. Минушкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика и лечебные подходы).— М., 2002.— 16 с.
8. Сорокина Е.А., Морозова Н.А., Конейкин С.А. и др. Роль психического фактора в формировании пептических язв гастродуоденальной зоны // Тер. арх.— 2006.— № 2.— С. 82—87.
9. Фирсова Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания // Тер. арх.— 2003.— № 2.— С. 21—23.
10. Харченко Н.В., Черненко В.В., Родонежская Е.В. Постхолецистэктомический синдром или дисфункция сфинктера Одди // Здоров'я України.— 2003.— № 8 (69).— С. 32—33.
11. Шарбаро В.И. Взаимосвязь клинических особенностей заболевания, личностных изменений и активности антиоксидантной системы у больных язвенной болезнью // Клини. мед.— 2002.— № 5.— С. 35—37.

О.А. Опарін

## Особенности психосоматического статуса та систем адаптації у хворих з постхолецистектомічним синдромом

Дослідженнями встановлено, що у хворих з дисфункцією сфинктера Одди є виразні психосоматичні порушення, які призводять до дисбалансу в мелатонін-серотоніновій системі, ступінь тяжкості та характер якого перебувають у кореляційній залежності від типу дискінезії жовчовивідних шляхів та сфинктера Одди, що вказує на важливість диференційного підходу до лікування хворих з такою патологією.

А.А. Oparin

## The peculiarities of psychosomatic status and systems of adaptation in patients with post-cholecystectomy syndrome

As a result of multiple investigations it has been established that patients with Oddi's sphincter dysfunction have expressed psychosomatic disturbances resulting in the imbalance in the melatonin-serotonin system. The degree and character of such disorders directly correlate with the type of dyskinesia of bile passages and Oddi's sphincter, specifying the importance of the differential approach to the treatment of patients with this pathology.

**Контактна інформація**

Опарін Олексій Анатолійович, д. мед. н., проф. кафедри терапії, ревматології та клінічної фармакології  
61042, м. Харків, Салтівське шосе, 266  
Тел. (57) 711-75-00

Стаття надійшла до редакції 13 жовтня 2009 р.