

Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагальной рефлюксной болезнью

Г.Л. ЮРЕНЕВ, Н.А. СИРОТА, Д.Т. ДИЧЕВА, Е.Н. БИТКОВА, И.В. МАЕВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Role of psychological correction in the combination treatment of patients with gastroesophageal reflux disease

G.L. YURENEV, N.A. SIROTA, D.T. DICHEVA, E.N. BITKOVA, I.V. MAEV

Department of Internal Propedeutics and Gastroenterology, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia

Резюме

Цель исследования. Оценка эффективности влияния психотерапевтических методов лечения на клиническое течение, качество жизни (КЖ), данные эзофагогастроуденоскопии и показатели 24-часовой pH-метрии у пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. Обследовали 60 больных ГЭРБ, которых разделили на равные группы в зависимости от проводимой терапии: стандартное медикаментозное лечение или его комбинацию с методами психотерапевтического воздействия. Степень повреждения слизистой оболочки пищевода оценивали с помощью эзофагогастроуденоскопии, уровень кислотности в пищеводе — с помощью 24-часовой pH-метрии, степень выраженности клинических проявлений — с помощью шкалы Лайкерта, КЖ больных оценивали с помощью опросника SF-36. Психоэмоциональную составляющую здоровья пациентов анализировали по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний (КОВОНС), характерологическому опроснику Леонгарда—Шмичека, индивидуально-типологическому опроснику.

Результаты. Выявлено, что у больных ГЭРБ имеются индивидуально-личностные особенности и определенный тип психологического реагирования. Установлено, что включение психотерапевтических методов лечения в комплексную терапию позволяет получить дополнительный лечебный эффект в отношении клинических проявлений ГЭРБ, показателей психологического реагирования больных и параметров КЖ. Констатируется прямая зависимость между психологическим компонентом КЖ и данными опросника КОВОНС. Наиболее выраженная корреляция ($r=0,73$; $p=0,00004$) выявлена между показателем тревоги опросника КОВОНС и психологическим компонентом КЖ. При выполнении корреляционного анализа у больных ГЭРБ получена взаимосвязь ($r=-0,68$; $p=0,0001$) показателей тревоги опросника КОВОНС и клинического индекса.

Заключение. Использование психотерапевтических методов лечения в дополнение к стандартной медикаментозной терапии улучшает как физическое, так и психологическое состояние больных ГЭРБ, влияет на уменьшение выраженности клинической симптоматики. Это может способствовать более быстрому выздоровлению пациентов и создает предпосылки для повышения их КЖ.

Ключевые слова: ГЭРБ, психотерапевтические методы лечения, индивидуально-личностные особенности, шкала Лайкерта, качество жизни.

Aim. To evaluate the efficiency of psychotherapeutic methods on the clinical course of gastroesophageal reflux disease (GERD), quality of life (QL), esophagogastroduodenoscopic findings and 24-hour pH monitoring readings in patients with this condition.

Subjects and methods. Sixty patients with GERD were divided into equal groups according to performed therapy: standard drug treatment or its combination with psychotherapeutic methods. The investigators estimated the degree of esophageal mucosal damage by esophagogastroduodenoscopy, esophageal acidity by 24-hour pH monitoring, and the magnitude of clinical manifestations by the Likert scale and assessed QL by the SF-36 questionnaire. The psychoemotional health component was analyzed using the clinical questionnaire for the identification and evaluation of neurotic states (CQIENS), the Leonhard-Shmichek characterological questionnaire, and the individual typological questionnaire.

Results. The patients with GERD were found to have individual personal traits and a definite psychological response. Incorporation of psychotherapeutic methods into the combination therapy was ascertained to have an additional therapeutic effect against the clinical manifestations of GERD, psychological responses in the patients, and QL indicators. There was a direct relationship between the psychological component of QL and the data of the CQIENS questionnaire. The most significant correlation was found between the CQIENS anxiety scores and the psychological component of QL ($r=0.73$; $p=0.00004$). Correlation analysis in the patients with GERD showed a relationship between the CQIENS anxiety scores and the clinical index ($r=-0.68$; $p=0.0001$).

Conclusion. The use of psychotherapeutic methods in addition to standard drug therapy improves both the physical and psychological states in patients with GERD and has some impact on a reduction in the magnitude of clinical symptomatology. This may contribute to the prompter recovery of patients and create prerequisites for improving their QL.

Key words: gastroesophageal reflux disease, psychotherapeutic methods, individual personality traits, Likert scale, quality of life.

ГЭР — гастроэзофагальный рефлюкс
ГЭРБ — гастроэзофагальная рефлюксная болезнь
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ИПН — ингибитор протонного насоса
ИТО — индивидуально-типологический опросник
КЖ — качество жизни

КИ — клинический индекс
КОВОНС — клинический опросник для оценки невротических состояний
НЭРБ — неэрозивная форма рефлюксной болезни
ЭГДС — эзофагогастроуденоскопия

Повышенный интерес к проблеме гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в мировом медицинском сообществе во многом определен высокой распространенностью данной патологии (10—30% в экономически развитых странах мира) с перманентной тенденцией к росту заболеваемости ГЭРБ [1—3]. В Российской Федерации, согласно данным исследования МЭГРЕ (Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагальной Рефлюксной болезни в России»), распространенность заболевания колеблется от 11,6 до 23,6% в зависимости от региона [4, 5].

ГЭРБ, согласно современному определению ВОЗ, — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов желудочно-пищеводной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК), что приводит к повреждению дистального отдела пищевода и развитию в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений [4—7]. По мнению ряда авторов, в патогенезе ГЭРБ большую роль играют психогенные факторы. Так, показано, что у 84% пациентов с ГЭРБ наблюдаются различные психоэмоциональные нарушения, к числу которых относят депрессивные расстройства (у 52% больных) и тревожно-фобические состояния (у 36%) [8].

Ввиду того что ГЭРБ является хроническим заболеванием, в генезе которого важную роль играет нарушение нервной и гуморальной регуляции, изучение данной патологии нуждается в современном психосоматическом подходе при анализе первопричин, ведущих к ее возникновению.

С учетом изложенного целью проведенного исследования явилась проверка гипотезы, что использование психотерапии и психокоррекции в комплексе с медикаментозным лечением больных ГЭРБ дает дополнительные преимущества в отношении уменьшения выраженности клинической симптоматики, улучшения качества жизни (КЖ) и стабилизации психоэмоционального состояния.

Материалы и методы

В исследование включили 60 пациентов с ГЭРБ в возрасте от 19 до 72 лет (средний возраст $46,2 \pm 1,6$ года). Продолжительность заболевания составила от 3 мес до 20 лет. Все пациенты разделены на 2 равные группы в зависимости от проводившегося лечения: больным 1-й группы назначена стандартная медикаментозная терапия, а пациенты 2-й группы в дополнение к этому получали психотерапевтическое лечение. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту и продолжительности заболевания.

Медикаментозная терапия включала ингибитор протонного насоса (ИПН) омепразол, антациды (суспензия, в 15 мл которой содержится 525 мг алюминия гидроксида и 600 мг магния гидроксида) и прокинетики (домперидон). Дозировка ИПН зависела от клинической формы заболевания. При неэрозивной форме реф-

люксной болезни (НЭРБ) омепразол назначали по 20 мг 1 раз в день за 30 мин до завтрака, при эрозивной ГЭРБ — по 40 мг/сут (20 мг 2 раза в день — утром и вечером за 30 мин до еды). В случае недостаточно быстрой динамики заживления эрозий или при наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ использовали высокую дозу омепразола — 60—80 мг/сут. Лечение продолжалось 4 нед. Все пациенты принимали прокинетики домперидон по 10 мг 3 раза в день за 20 мин до еды в течение 2 нед. При сохранении жалоб на изжогу в первые дни терапии дополнительно назначали суспензию, в 15 мл которой содержится 525 мг алюминия гидроксида и 600 мг магния гидроксида, по 15 мл 4 раза в сутки (в промежутках между едой и дополнительно на ночь). При рефлюкс-эзофагите, обусловленном забросом в пищевод содержимого ДПК, в том числе желчных кислот, больные принимали урсодо-оксихолевую кислоту в дозе 250—350 мг/сут в зависимости от массы тела пациента.

Для определения индивидуально-личностных особенностей и типов психологического реагирования больных на окружающую обстановку им проводили тесты по следующим опросникам [8, 9]: 1) характерологический опросник Леонгарда—Шмицка, предназначенный для выявления типов акцентуаций (т.е. черт проявления некоторых черт характера); 2) индивидуально-типологический опросник (ИТО), позволяющий исследовать индивидуально-типологические свойства личности и отнести каждого человека к определенному типу; 3) клинический опросник для оценки невротических состояний (КОВОНС), являющийся инструментом для выявления и качественного анализа основных невротических синдромов.

По итогам этих тестов с каждым из пациентов, которые включены во 2-ю группу, психотерапевт проводил индивидуально-направленную на коррекцию тревожности, лабильности, депрессивности, возбудимости. Кроме того, с этими больными проводили курс группового аутотренинга, направленный на расслабление, уменьшение тревожности, эмоциональной лабильности. Данная техника выполнялась по 30 мин через день в течение 2 нед.

Кроме того, пациентам для самостоятельного прослушивания выдавали аудиосистемы с такими материалами, как психотехника «Стимуляция резервов организма» (прослушивается по 30 мин в течение 4 дней, затем после трехдневного перерыва — еще в течение 3 дней); психотренинг «Глубокая релаксация тела и сознания» (слушается по 40 мин в течение 12 дней); психотренинг «Настрой на исцеление и оздоровление организма» (имеет длительность 25 мин, используется в течение 10 дней) [10].

Общая продолжительность курса психокоррекции соответствовала периоду медикаментозного лечения и составила 4 нед.

Для оценки динамики состояния пациентов до и после лечения выясняли их жалобы и анамнез, проводили осмотр, выполняли 24-часовую рН-метрию и эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС). При выявлении эзофагита стадию процесса определяли по Лос-Анджелесской классификации [5].

Для определения выраженности жалоб больных на изжогу, отрыжку кислым или регургитацию, боль за грудиной или в эпигастрии использовали 5-балльную шкалу Лайкерта (от 0 до 4 баллов). Кроме того, на основании этих показателей рассчитывали клинический индекс (КИ), который определяли путем деления суммы оценки (в баллах) всех симптомов на количество признаков.

Для определения КЖ больных применяли краткий опросник MOS SF-36. Структура теста включает такие шкалы, как интенсивность боли (Bodily pain, BP), физическое функционирование (Physical functioning, PF), общее состояние здоровья (General health, GH), ролевое физическое функционирование (Role-physical functioning, RP), жизненная активность (Vitality, VT), ролевое эмоциональное функционирование (Role-emotional, RE), психологическое здоровье (Mental health, MH), социальное функционирование (Social functioning, SF). Производными этих

Сведения об авторах:

Юрнев Георгий Леонидович — д.м.н., проф. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии

Сирота Наталья Александровна — д.м.н., проф., зав. каф. клинической психологии

Дичева Диана Тодоровна — к.м.н., доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии

Маев Игорь Вениаминович — д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, чл.-корр. РАН

Контактная информация:

Быткова Елена Николаевна — ст. лаборант каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии; тел.: +7(967)228-6398; e-mail: 379e@mail.ru

шкал, несущими в себе их интегральную оценку, являются два показателя: физический компонент здоровья (Physical health, PH) и психологический компонент здоровья (Mental health, MN). Физический компонент здоровья включает данные PF, BP, GH, RP. Психологический компонент здоровья включает показатели VT, RE, MH, SF [11]. Опросники заполнялись пациентами до начала лечения и спустя 4 нед.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statgraphics (компании SPTI, США). Методы описательной статистики включали оценку среднего арифметического (M), его ошибки (m) и частоты изучаемых признаков. Для оценки межгрупповых различий применяли критерий t Стьюдента. Изучение взаимозависимости между клиническим индексом, параметрами КЖ и данными психологического теста КОВОНС осуществляли с помощью корреляционного анализа. Во всех случаях статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Диагноз ГЭРБ у всех пациентов подтвержден на основании наличия характерных клинических симптомов заболевания, а также результатов ЭГДС и рН-метрии. Основными жалобами больных были изжога, боль за грудиной или в эпигастрии и отрыжка кислым или регургитация.

До начала терапии между сформированными группами больных выраженных различий по характеру жалоб и их выраженности по шкале Лайкерта не выявлено (табл. 1). Наиболее частым и стойким симптомом была изжога.

После курса лечения в течение 4 нед отмечено статистически значимое улучшение всех клинических показателей в обеих группах. Однако при сравнении клинических показателей между двумя группами после курса терапии выявлены статистически значимые различия по выраженности изжоги и отрыжки кислым/регургитации, что свидетельствует о положительном влиянии психотерапевтического лечения на течение заболевания.

По данным ЭГДС у обследованных пациентов преобладала НЭРБ, которая в 1-й и 2-й группах выявлена соответственно в 60 и 59% случаев. У остальных больных констатирован эзофагит различной степени тяжести, причем в обеих группах чаще встречался эзофагит стадии А по Лос-Анджелесской классификации (рис. 1). Несмотря на то что эзофагит в стадии D определен только у 2 пациентов в 1-й группе, статистически значимых различий между двумя группами не выявлено.

Как отмечено выше, всем пациентам с ГЭРБ выполняли 24-часовую рН-метрию пищевода. Полученные ре-

Таблица 1. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта у обследованных больных ГЭРБ, баллы

Симптом	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Изжога	3,23±0,14	0,82±0,10**	3,4±0,21	0,4±0,17***
Отрыжка кислым или регургитация	3,05±0,12	0,70±0,15**	3,14±0,25	0,31±0,10***
Боль за грудиной или в эпигастрии	2,32±0,21	0,39±0,08**	2,4±0,19	0,24±0,07***
КИ	2,87±0,15	0,63±0,11**	2,98±0,22	0,32±0,11***

Примечание. Различия статистически значимы ($p < 0,05$) при сравнении результатов: * — между группами после лечения; ** — до и после лечения внутри каждой группы.

Таблица 2. Показатели 24-часовой рН-метрии у больных с ГЭРБ до и после лечения

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
рН <4 (% времени)	40,6±3,7	4,3±1,7*	45,6±4,2	3,9±1,3*
Число ГЭР с рН <4	62,3±5,3	16,3±3,1*	59,4±8,2	21,2±3,6*
Число ГЭР >5 мин	9,8±1,5	2,9±0,76*	11,5±0,9	4,0±0,56*
Максимальная длительность ГЭР, с	207±26,0	23,1±4,8*	228±24,0	29,8±5,0*

Примечание. * — $p < 0,05$ при сравнении до лечения и после лечения внутри данной группы. Различия показателей между группами как до, так и после лечения статистически незначимы. ГЭР — гастроэзофагальный рефлюкс.

Таблица 3. Индивидуально-личностные особенности реагирования обследованных больных ГЭРБ по данным опросника КОВОНС

Шкала	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тревоги	0,77±0,24 [§]	1,13±0,56 [§]	0,96±0,51 [§]	3,32±0,89* [#]
Невротической депрессии	0,82±0,34 [§]	1,07±0,48 [§]	0,38±0,57 [§]	2,97±0,73*** [#]
Астении	5,24±0,31	5,78±0,57	4,9±0,59	6,96±0,81
Истерического реагирования	2,47±0,67	2,96±0,52	2,84±0,55	3,78±0,79
Обсессивно-фобических нарушений	0,79±0,52 [§]	1,10±0,60	0,92±0,53 [§]	2,98±0,56*** [#]
Вегетативных нарушений	4,51±0,78	5,21±0,49	4,2±0,70	6,25±0,57

Примечание. Показатель более +1,28 соответствует уровню здоровья, менее +1,28 — указывает на болезненный характер реагирования пациента. [§] — показатели за пределами референсных значений; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,005$ — при сравнении результатов до и после лечения внутри данной группы; # — $p < 0,05$ — при сравнении результатов между группами после лечения (до лечения значимых различий между группами не выявлено, $p > 0,05$).

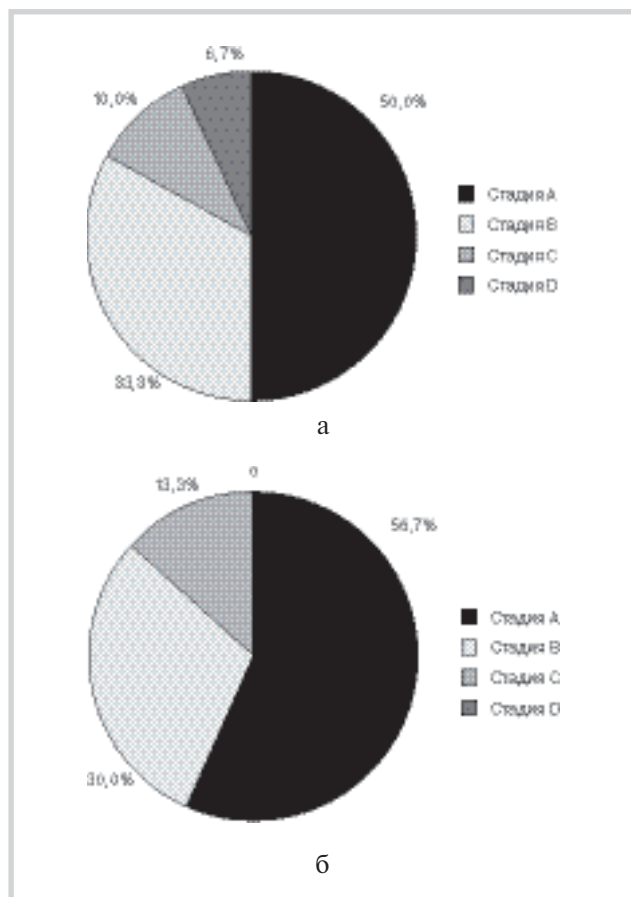


Рис. 1. Стадии эзофагита (по Лос-Анджелесской классификации) у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ в 1-й (а) и 2-й (б) группах.

ультаты представлены в табл. 2, откуда следует, что в отношении всех показателей, касающихся количества и продолжительности патологических рефлюксов, достигнута существенная положительная динамика на фоне лечения. Однако статистически значимых различий между этими показателями в двух группах не выявлено ни до, ни после терапии, что не позволяет сделать вывод о влиянии психокоррекции на показатели 24-часовой рН-метрии пищевода у больных ГЭРБ.

Одна из задач исследования состояла в определении индивидуально-личностных особенностей и типов психологического реагирования пациентов с ГЭРБ на окружающую обстановку. Проведенное тестирование с использованием опросников КОВОНС (табл. 3), ИТО (табл. 4), а также Леонгарда—Шмичека (табл. 5) позволило выявить у больных ГЭРБ повышенные показатели тревожности, возбудимости, гипертимности, лабильности, сенситивности, эмотивности, а также обсессивно-фобические нарушения. Причем, полученные результаты были однотипными в обеих группах больных.

С клинических позиций, выявленные отклонения соответствуют следующим психологическим особенностям пациентов.

Под лабильностью понимается подвижность психических процессов. Обладая этим качеством, люди легче

приспосабливаются к изменяющимся обстоятельствам, легче осваивают что-то новое.

Сенситивностью называют повышенную чувствительность пациентов к происходящим событиям.

Под тревожностью понимают эмоциональность и восприимчивость больных.

Возбудимость — свойство психики, характеризующее минимальную силу воздействия, необходимого для возникновения эмоциональной реакции.

Невротическая депрессия проявляется подавленным плаксивым настроением, однако это негативное состояние воспринимается пациентами применительно к настоящему времени и не переносится на будущее.

Под гипертимностью понимают склонность к повышенному настроению.

Обсессивно-фобические нарушения — патологические состояния с преобладанием навязчивых мыслей и страхов.

Эмотивность — повышенная чувствительность, при которой эмоциональные реакции наступают быстро, достигают большой силы и, нередко, оказываются чрезмерно продолжительными.

Установленные закономерности позволили определить оптимальные методы коррекции психологического состояния пациентов. Психотерапевт проводил индивидуальные беседы, направленные на коррекцию тревожности, лабильности, депрессивности и возбудимости. В лечении применяли курс группового аутотренинга, что способствовало уменьшению тревожности и эмоциональной лабильности. Кроме того, выдавались специальные психотехники на аудионосителях, и пациенты их прослушивали по индивидуальным схемам. Используемый образовательный и психокоррекционный подход способствовал формированию интернального (внутреннего) самоконтроля больного в отношении его патологии, формировал ответственность и психологическую готовность в отношении преодоления своего заболевания.

После проведенного 4-недельного курса терапии повторное психологическое тестирование пациентов выявило следующие закономерности. В 1-й группе все изменения показателей психологических опросников были статистически незначимыми. Клинически значимая динамика психологического статуса пациентов отмечена только во 2-й группе по ряду параметров опросника КОВОНС. В частности, показатели по шкалам тревоги, невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений не только вернулись к диапазону референсных значений, но и продемонстрировали значимые различия как со значениями этих шкал до начала терапии, так и в отношении аналогичных показателей 1-й группы (см. табл. 3).

По опросникам ИТО и Леонгарда—Шмичека статистически значимой динамики не зафиксировано, однако во 2-й группе отмечено возвращение первоначально измененных показателей гипертимности, возбудимости, лабильности и тревожности к диапазону референсных значений (см. табл. 4, 5).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что психотерапевтическое лечение оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов с ГЭРБ.

Изучение параметров КЖ (тест SF-36) у включенных в исследование больных позволило выявить следующие

Таблица 4. Индивидуально-личностные особенности реагирования больных ГЭРБ, по данным индивидуально-типологического опросника

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тревожность	5,73±0,28*	5,12±0,56*	5,0±0,23*	4,62±0,37
Лабильность	7,05±0,20*	6,08±0,46*	6,5±0,13*	4,58±0,75
Экстравертированность	3,67±0,34	3,58±0,57	4,45±0,29	2,97±0,76
Спонтанность	3,74±0,29	3,75±0,75	4,3±0,4	2,87±0,46
Агрессивность	4,37±0,28	4,15±0,46	4,55±0,26	3,67±0,78
Ригидность	4,15±0,19	3,50±0,35	3,57±0,21	3,70±0,43
Интровертированность	4,28±0,29	4,57±0,8	4,9±0,26	4,69±0,6
Сенситивность	6,36±0,24*	5,80±0,78*	6,7±0,17*	5,35±1,22*

Примечание. 0—1 балл — гипоземотивность, плохое самопонимание или неоткровенность при обследовании; 3—4 балла (норма) — гармоничная личность; 5—7 баллов (умеренная выраженность) — акцентуированные черты; 8—9 баллов (избыточная выраженность) — состояние эмоциональной напряженности, затрудненная адаптация. * — показатели за пределами референсных значений.

Таблица 5. Индивидуально-личностные особенности реагирования больных ГЭРБ, по данным опросника Леонгарда—Шмичека

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гипертимность	13,50±0,67*	12,19±1,16*	14,1±0,78*	11,88±0,98
Возбудимость	14,69±0,81*	13,07±1,34*	13,80±0,43*	10,85±1,08
Эмотивность	15,72±0,75*	13,45±0,89*	14,10±0,85*	13,75±1,11*
Педантичность	11,33±0,58	10,63±1,07	10,8±0,69	10,89±0,67
Тревожность	13,39±0,82*	12,40±1,15*	14,05±0,91*	12,43±1,08*
Циклотимность	8,67±0,72	8,32±1,08	9,85±0,65	9,08±0,88
Демонстративность	11,56±0,95	10,48±1,40	10,2±0,69	10,38±0,78
Неуравновешенность	9,25±0,72	8,60±1,30	9,43±0,91	8,23±1,67
Дистимность	7,89±0,77	7,37±0,57	9,86±0,65	7,40±0,67
Экзальтированность	9,73±0,72	9,50±1,11	10,3±0,78	9,34±1,37

Примечание. 12—14 баллов — признак акцентуации; 15—18 баллов — диапазон тенденций (скрытая акцентуация); 19—24 балла — диапазон акцентуированных черт и типов личности (явная акцентуация). * — показатели за пределами референсных значений.

закономерности. В обеих группах пациентов до начала лечения наблюдалось снижение показателей по всем шкалам опросника (табл. 6). Наиболее низкие значения отмечены в отношении ролевого функционирования, обусловленного физическим (RP) и эмоциональным (RE) состоянием. В этом отношении больные обеих групп не имели статистически значимых различий. Низкие оценки по шкале RP свидетельствуют о том, что физическое состояние пациентов в значительной мере ограничивает их повседневную деятельность. Снижение показателя RE указывает на то, что эмоциональное состояние больных негативно влияет на выполнение ими повседневной работы или других обычных видов активности.

В наименьшей степени сниженные исходные показатели КЖ в обеих группах отмечены по шкалам общего состояния здоровья (GH) и физического функционирования (PF). Это свидетельствует о том, что больные достаточно высоко оценивали уровень своего здоровья и способны переносить сравнительно большую физическую нагрузку.

После 4-недельной терапии в обеих группах больных выявлена статистически значимая положительная динамика показателей качества жизни по всем шкалам (см. табл. 6). Наиболее заметное улучшение состояния паци-

ентов на фоне лечения отмечено по шкалам RP и RE. Это свидетельствует о том, что пациенты намного легче стали справляться с выполнением работы, и что на фоне терапии устранены ограничения повседневной активности больных, обусловленные эмоциональным состоянием.

Проведенная терапия привела также к активизации социального функционирования больных (шкала SF). Установлено статистически значимое увеличение данного показателя более чем в 2 раза в обеих группах. Это явилось следствием увеличением числа социальных контактов пациентов, благодаря улучшению их физического и эмоционального состояния.

Менее выраженная, статистически значимая динамика отмечена по шкале общего состояния здоровья (GH), что свидетельствует об улучшении субъективной оценки больными своего самочувствия.

При сравнении результатов двух групп после лечения у больных, получавших психотерапию, выявлены статистически значимо лучшие показатели по шкалам интенсивности боли (BP), жизненной активности (VT), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) и психического здоровья (MH). Вследствие этого у пациентов 2-й группы отмечено более высокое значение более общего показателя психологического

Таблица 6. Показатели КЖ (тест SF-36) у больных ГЭРБ

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
PF физическое функционирование	61,5±2,88	86,0±2,2†	58,7±3,04	91,5±2,31†
RP ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	14,2±3,60	90,5±3,5†	19,4±4,34	92,0±4,2†
BP интенсивность боли	52,5±3,75	87,2±2,2†	48,6±3,8	93,9±2,3†*
GH общее состояние здоровья	54,6±2,88	78,3±2,0†	61,9±2,47	81,8±1,8†
RH физический компонент здоровья	45,7±3,3	85,5±2,47	47,2±3,4	89,8±2,65†
VT жизненная активность	39,1±3,60	75,4±2,5†	41,5±3,69	83,5±1,8†**
SF социальное функционирование	43,2±3,03	88,1±3,2†	48,2±4,34	96,9±2,0†
RE ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	19,6±3,20	84,0±2,9†	24,9±4,34	95,2±1,8†**
MH психическое здоровье	42,5±3,26	79,1±1,8†	50,2±3,47	87,0±1,9†*
MN психологический компонент здоровья	36,1±3,27	82,4±2,6	41,2±3,9	90,6±1,87†**

Примечание. Референсные значения для любой шкалы — 100 баллов характеризуют состояние полного здоровья. † — $p < 0,05$ — при сравнении данных до и после лечения внутри подгруппы; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — при сравнении групп после лечения (при сравнении подгрупп до лечения для всех случаев, $p > 0,05$).

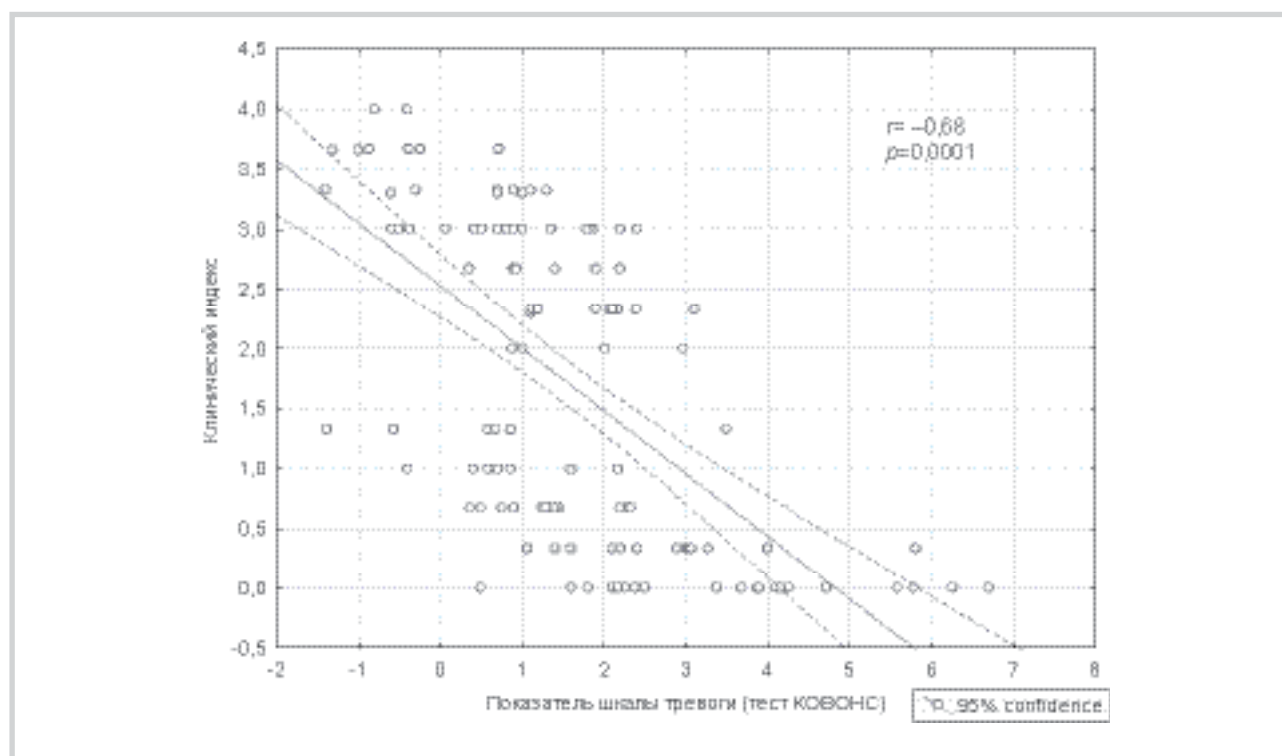


Рис. 2. Зависимость выраженности клинических симптомов (КИ) от показателя шкалы тревоги (в тесте КОВОНС) у обследованных больных ГЭРБ.

компонента здоровья (MN). Эти данные позволяют сделать вывод, что при добавлении психотерапии к стандартному медикаментозному лечению у пациентов с ГЭРБ возрастают жизненный тонус и активность, повышается работоспособность, облегчается выполнение трудовых и прочих повседневных нагрузок. Кроме того, у них снижается уровень тревожности и значительно уменьшается интенсивность болевых ощущений в грудной клетке, связанных с ГЭР. Таким образом, представленные данные иллюстрируют положительное влияние терапии на КЖ пациентов с ГЭРБ.

При выполнении корреляционного анализа у больных ГЭРБ наиболее тесная корреляция ($r = -0,68$; $p = 0,0001$) установлена между показателем тревоги опросника КОВОНС и КИ (рис. 2). Статистически значимая корреляция для КИ получена также по другим шкалам опросника КОВОНС: невротическая депрессия ($r = -0,59$; $p = 0,0007$), данные по шкале вегетативных нарушений, об-

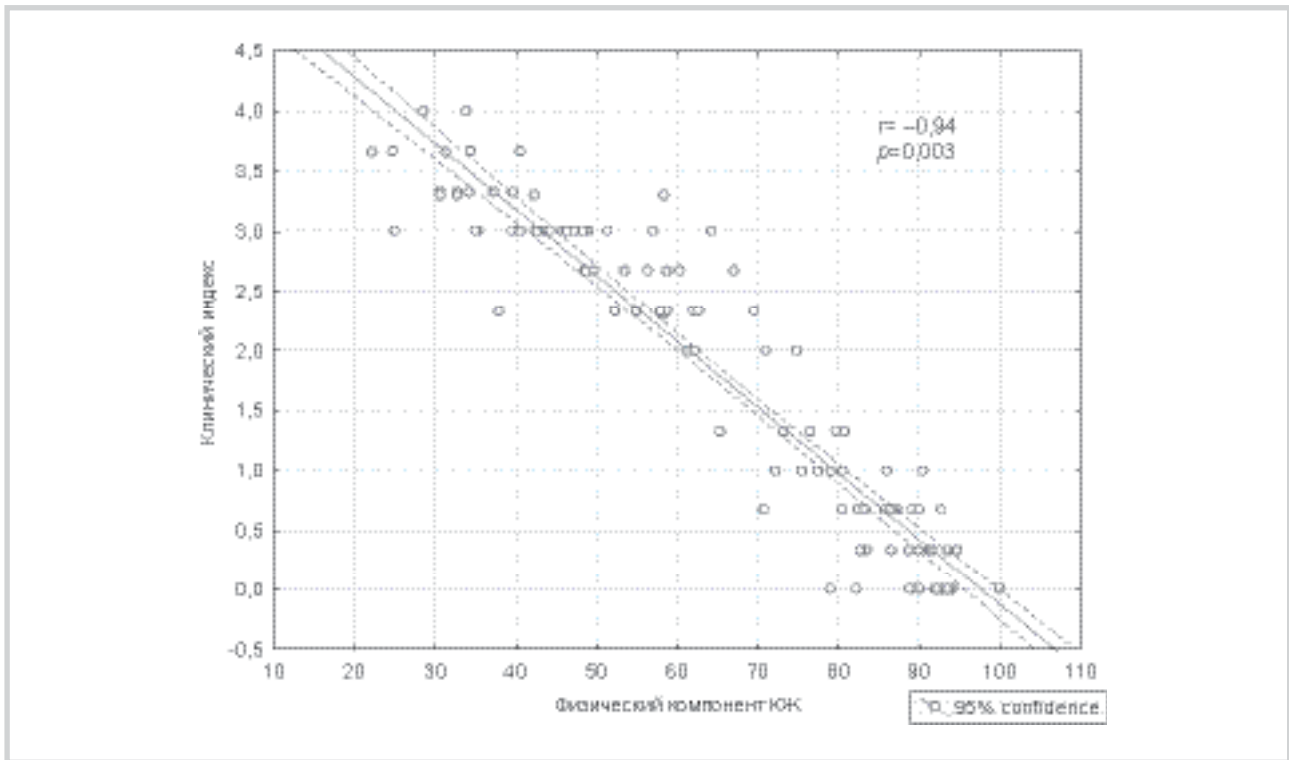


Рис. 3. Зависимость физического компонента КЖ от выраженности клинических симптомов (КИ) у обследованных больных ГЭРБ.

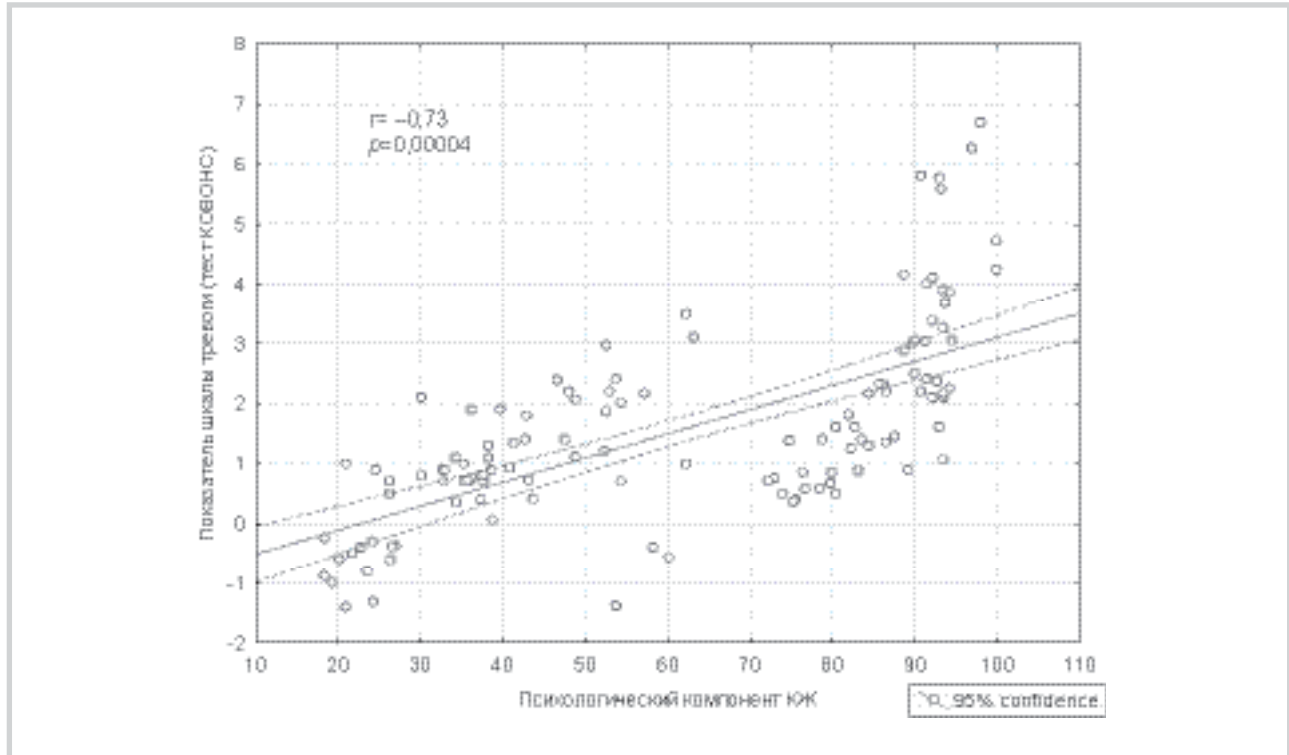


Рис. 4. Зависимость психологического компонента КЖ (шкала MN) от показателя шкалы тревоги (в тесте КОВОНС) у обследованных больных ГЭРБ.

сессивно-фобические нарушения ($r=-0,50$; $p=0,003$). У пациентов выявлена обратная зависимость между КИ и показателями опросника КОВОНС. Обратный характер корреляции связан с тем, что у здоровых лиц показатели шкал теста КОВОНС должны превышать +1,28. Более низкие значения свидетельствуют о патологии, поэтому, чем выше КИ, тем ниже КЖ. Для шкал истерического реагирования и астении зависимости между клиническим индексом не получено. КИ также имеет обратную зависимость от физического компонента КЖ ($r=-0,94$; $p=0,003$) (рис. 3). Это свидетельствует о том, что чем ниже показатели клинических проявлений, тем выше данные по шкалам КЖ.

Установлена прямая зависимость между психологическим компонентом КЖ и данными опросника КОВОНС. Наиболее выраженная корреляция ($r=0,73$; $p=0,00004$) выявлена между показателем тревоги опросника КОВОНС и психологическим компонентом КЖ (рис. 4). Для остальных шкал опросника КОВОНС также получены не столь сильные, но статистически значимые корреляции: невротическая депрессия ($r=0,62$; $p=0,0003$),

обсессивно-фобические нарушения ($r=0,54$; $p=0,004$), вегетативные нарушения ($r=0,52$; $p=0,0005$), данные по шкале астении ($r=0,46$; $p=0,007$). Прямой характер корреляции свидетельствует о том, что чем выше оценки по шкалам опросника КОВОНС, тем выше психологический компонент КЖ. Зависимость между показателем истерического реагирования опросника КОВОНС и психологическим компонентом КЖ не выявлена.

Заключение

Пациенты с ГЭРБ имеют ряд индивидуально-личностных особенностей, учитывая которые можно улучшить возможности их медико-социальной адаптации. Использование психотерапевтических методов лечения в дополнение к стандартной медикаментозной терапии улучшает как физическое, так и психологическое состояние больных ГЭРБ, влияет на уменьшение выраженности клинической симптоматики. В свою очередь это может способствовать более быстрому выздоровлению пациентов и создает предпосылки для повышения их КЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В кн.: Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа 2011: 404–412.
2. Vakil N., van Zanten S. V., Kahrilas P. et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): a Global Evidence-Based Consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101 (8): 1900–1920.
3. Маев И.В., Юрнев Г.Л., Биткова Е.Н. и др. Оптимизация терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Фарматека* 2013; 2: 59–64.
4. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам. *Consilium Medicum* 2013; 15 (8): 30–34.
5. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Подходы к индивидуализации лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Эффективная фармакотерапия. *Гастроэнтерология* 2012; 4: 18–22.
6. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Современное состояние вопроса. В сб.: Научно-практическая конференция «Заболевания поджелудочной железы — проблема терапевтов, хирургов, реаниматологов» М: ГКГ МВД России 2011: 23–24.
7. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. и др. Дифференцированная тактика лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В сб.: «Актуальные проблемы гастроэнтерологии», 28 ноября 2012 г., г. Москва. Сборник научных трудов. М: ФКУЗ ГКГ МВД России 2012: 71–79.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. М: Магистр-ПРЕСС 2003.
9. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология. М: Анахарсис 2005: 110–205.
10. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. М: Магистр-ПРЕСС 2002: 119–240.
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М: ОЛМА-Пресс Звездный мир 2002.

Поступила 18.04.2014