КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЗОФАГИТА И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Джулай Г. С., Секарева Е. В.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия

Джулай Галина Семеновна
170001, г. Тверь, проспект Калинина, д.14, кв. 22.
Тел.: 8 (4822) 44-47-67
E-mail: dzhulaj@mail.ru; elvasek@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Сопоставление морфологических характеристик эзофагогастродуоденальной зоны, клинических особенностей заболевания и состояния эмоционально-личностной сферы у 114 больных с эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) показало, что выраженность изжоги определяется степенью воспалительных и эрозивных изменений в слизистой оболочке пищевода. Интенсивность изжоги отражается на эмоциональном фоне пациентов, способствуя развитию тревожно-фобических и тревожно-депрессивных тенденций в их актуальном психическом состоянии с признаками психической дезадаптации, а также нарушений ночного сна и отрицательно влияя на качество жизни. Изменения в эмоционально-личностной сфере больных необходимо учитывать при обсуждении патогенеза ГЭРБ и планировании индивидуальных программ их лечения и реабилитации.
Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит; клинические проявления; эндоскопическая характеристика; эмоционально-личностная сфера; качество жизни больных.

SUMMARY

Examination of morphological features, clinical symptoms and psychological status in 114 patients with endoscopically positive type of gastro-oesophageal reflux disease (GERD) revealed that intensity of heartburn depends on the extent of inflammatory and erosive changes in the oesophageal mucous membrane. It has an effect on the emotional sphere of patients and contributes the development of depression, anxiety and phobia tendencies with psychical disadaptation, somnolent disorders and the decrease of the quality of life. These data must be interpreted within the conception of pathogenesis of GERD and the individual methods of its prevention, treatment and reablement.
Keywords: refluxe oesophagitis; clinical symptoms; endoscopical features; emotional sphere of patients; quality of life.

Увеличение частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), отчетливое снижение качества жизни больных и риск развития осложнений [2; 5; 6; 11; 13; 15] являются основанием для изучения различных аспектов заболевания.

Яркая клиническая симптоматика заболевания, связанная с пищеводными и внепищеводными его проявлениями, заставляет больных вносить коррективы в сложившийся образ жизни, пищевые привычки и пристрастия, что само по себе может выступать в качестве жизненного стрессового события, порождать внутрисемейные конфликты [9; 10; 12; 14], сказываться в конечном счете на состоянии эмоциональной сферы больных ГЭРБ. Тем не менее вопросы психосоматических соотношений при ГЭРБ остаются малоизученными.

Цель исследования: изучить морфологические характеристики эзофагогастродуоденальной зоны у пациентов ГЭРБ, выявить клинические особенности заболевания и состояние эмоцио-

нально-личностной сферы больных в зависимости от выраженности изменений в пищеводе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 114 больных (женщин — 69; мужчин — 45) с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ в возрасте от 18 до 60 лет. Критериями включения в группу обследования было наличие типичных для ГЭРБ жалоб (изжога, кислая отрыжка, дисфагия), явлений визуально различимого при эндоскопическом исследовании рефлюкс-эзофагита дистального отдела пищевода разной степени выраженности, признаков патологического гастроэзофагеального рефлюкса в виде эпизодов закисления пищевода до pH < 4,0 на срок свыше 5 минут. Критерием исключения являлось наличие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, состояний после операций на желудке, злокачественных новообразований любой локализации, предшествующего обследованию продолжительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов, а также сахарного диабета и тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем.

Клинические проявления заболевания детализированы с помощью разработанного нами опросника количественной оценки изжоги, который учитывает частоту и продолжительность ее эпизодов, действенность различных способов купирования, скорость достижения лечебного эффекта, сопутствующие симптомы заболевания, а также субъективное отношение больного к своим ощущениям [3].

При проведении ЭГДС с гистологическим изучением биоптатов исследованы морфологические характеристики слизистой оболочки пищевода и гастродуоденальной зоны, а также рассчитан индекс эндоскопического состояния слизистой оболочки пищевода (ИЭССОП) в баллах с применением разработанной нами качественно-количественной шкалы оценки его состояния при воспалительных, эрозивно-язвенных и неопластических изменениях органа [3].

Эмоционально-личностная сфера больных изучена в ходе клинико-психологического наблюдения и с помощью теста СМОЛ [4]. Тип отношения к болезни исследован с помощью теста ЛОБИ (ТОБ) [7]. Для диагностики нарушений ночного сна применена оценочная шкала Ю. А. Александровского [1]. Качество жизни пациентов оценено по адаптированному для гастроэнтерологических больных тесту КНЦ РАМН [8]. Обработка результатов тестирования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Медитест» (НМЦ «Радикс»).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ «Биостатистика» (версия 4.03). Использован дисперсионный анализ, критерий Пирсона $\chi 2$. Критический уровень значимости принимался 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что явления визуально различимого при эндоскопии рефлюкс-эзофагита (РЭ) I степени (по Savary — Miller) диагностированы в 84 случаях (73,7%), II степени — у 26 больных (22,8%), III степени — в 4 наблюдениях (3,5%).

Эндоскопическое исследование у пациентов с РЭ I степени выявляло слабовыраженные отек, рыхлость и гиперемию слизистой оболочки на уровне желудочно-пищеводного соединения, легкую его сглаженность, отдельные несливающиеся между собой эрозии. Суммарный ИССОП составил у них 8,6 ± 2,1 балла. Картина РЭ II степени характеризовалась наличием не только выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода, но и множественных сливающихся между собой эрозий. ИССОП этих пациентов был существенно выше 14,7 ± 3,9 балла. При РЭ III степени эрозивно-язвенные поражения охватывали циркулярно всю поверхность слизистой пищевода выше желудочно-пищеводного соединения, а ИССОП был максимальным из всех групп обследованных лиц 18,6 ± 4,5 балла ($p < 0,0001$).

Одновременно с признаками эзофагита у всех больных в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки выявлялись изменения, свойственные хроническому гастриту или гастродуодениту, причем преобладал неатрофический вариант заболевания с низкой и средней активностью воспалительного процесса.

Клиническая картина ГЭРБ с эзофагитом I степени характеризовалась редкими, как правило, кратковременными эпизодами изжоги. Они провоцировались употреблением кислой пищи либо постуральными факторами: продолжительной физической деятельностью с наклоном туловища вперед или в положении лежа. Ночные эпизоды изжоги, сопровождающиеся пробуждением больного, регистрировались у 12 человек из 84 (14,3% больных). Изжога исчезала спонтанно вскоре после исключения действия провоцирующего фактора либо приема ощелачивающих продуктов или быстро действующих антацидов. У 74 пациентов (88,1% случаев) изжога являлась единственным симптомом ГЭРБ, лишь в 9 наблюдениях (10,7%) она сопровождалась кислой отрыжкой, а в 7 (8,3%) — горечью во рту и болями в эпигастрии и правом подреберье, обусловленные сочетанным (кислым и щелочным) рефлюксом. Внепищеводные симптомы были представлены утренней осиплостью голоса, упорным фарингитом и ларингитом и отмечались у 8 человек (9,5%).

У всех больных с РЭ II — III степени изжога сопровождала практически каждый прием пищи независимо от качества и количества съеденного. Чаще всего пациенты отмечали у себя более

Gastro-4_21-07.indd 36 21.07.2009 14:15:40

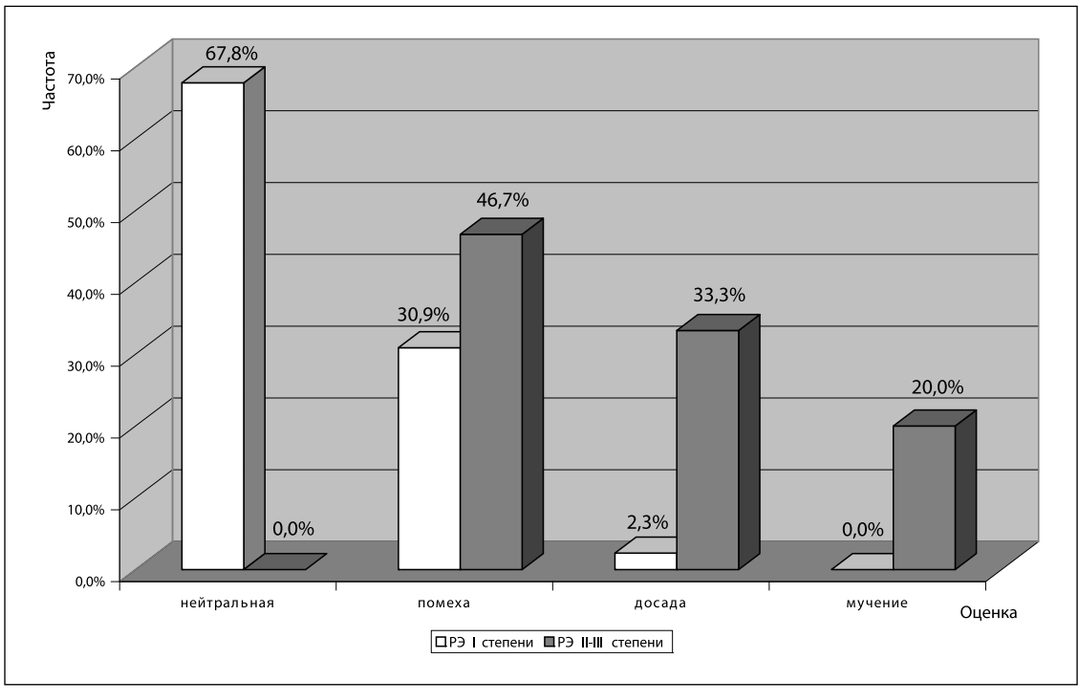

Рис. 1. *Эвалюативная оценка субъективных характеристик изжоги у больных ГЭРБ*

или менее продолжительные периоды обострения болезни, чередовавшиеся с относительно благоприятными промежутками, когда короткие эпизоды изжоги провоцировались пищевыми либо постуральными факторами. У этих больных гораздо чаще встречались ночные эпизоды изжоги, нарушающие сон. Такие жалобы предъявляли 21 пациент из 30 (70,0%, $p < 0{,}0001$). Продолжительность одного эпизода изжоги колебалась от 30 минут до 2 часов. Самопроизвольного прекращения изжоги не происходило, все пациенты для ее купирования использовали антациды, антисекреторные препараты или их комбинации. При этом после приема лекарств изжога уменьшалась и прекращалась постепенно в течение 1–1,5 часа. Во всех случаях она не являлась моносимптомом заболевания, сочетаясь у 24 пациентов (80,0% наблюдений) с кислой отрыжкой, а в 17 случаях (у 56,7% больных) — с дисфагией при глотании пищи, особенно твердой. Существенно чаще в этой группе пациентов отмечены и внепищеводные проявления ГЭРБ (9 случаев — 30%).

Что касается субъективного отношения больных к изжоге *(рис. 1)*, то большинство пациентов с РЭ I степени (56 человека — 66,7%) оценивали это ощущение нейтрально, 26 больных (30,9% обследуемых) — как помеху и 2 (2,4%) испытывали чувство досады. Во всех случаях РЭ II — III степени отношение к изжоге больных было негативным, но не нейтральным. 14 человек (46,7% пациентов) расценивали ее как помеху в повседневной жизни, 10 пациентов (33,3%) испытывали при изжоге досаду, в 6 случаях (20,0%) она воспринималась больными мучительно, т. е. эти пациенты по-настоящему страдали от изжоги.

Суммарный показатель выраженности изжоги у больных с РЭ I степени колебался от 7 до 15 баллов, составляя в среднем 9,3 ± 0,9. У пациентов с РЭ II — III степени он варьировал от 16 до 24 баллов, в среднем 20,1 ± 1,8 балла ($p < 0{,}05$).

Вне зависимости от выраженности рефлюкс-эзофагита в актуальном психическом состоянии больных ГЭРБ преобладали тревожно-фобические и тревожно-депрессивные тенденции. Это проявлялось «невротическим» типом профиля СМОЛ *(рис. 2)* с максимальным его подъемом по шкалам ипохондрии (1-я), депрессии (2-я) и истерии (3-я). При этом весь усредненный профиль СМОЛ располагался в пределах от 46 до 63 Т-баллов как по клиническим, так и по оценочным шкалам. Пики, превышающие норматив (40–55 Т-баллов) по отдельным шкалам, регистрировались на индивидуальных профилях лишь у 20 пациентов (17,5% больных) и чаще в группе РЭ II — III степени.

Изучение личностного реагирования на болезнь обнаружило достаточно неоднородный тип реакций, свидетельствующих о наличии у больных ГЭРБ эмоционально-волевых нарушений с признаками психической дезадаптации *(рис. 3)*. У пациентов РЭ I степени наиболее часто регистрировался тревожный тип отношения к болезни (у 50,0% пациентов), причем он был как ведущим «чистым» типом с пиком по одной шкале опросника ЛОБИ (ТОБ), так и определялся в составе «смешанного» (с пиками по двум шкалам) и «диффузного» типов (с пиками по трем и более шкалам). Также высоки показатели по шкалам ипохондрического (46,4%), эргопатического (32,1%), неврастенического (21,4%),

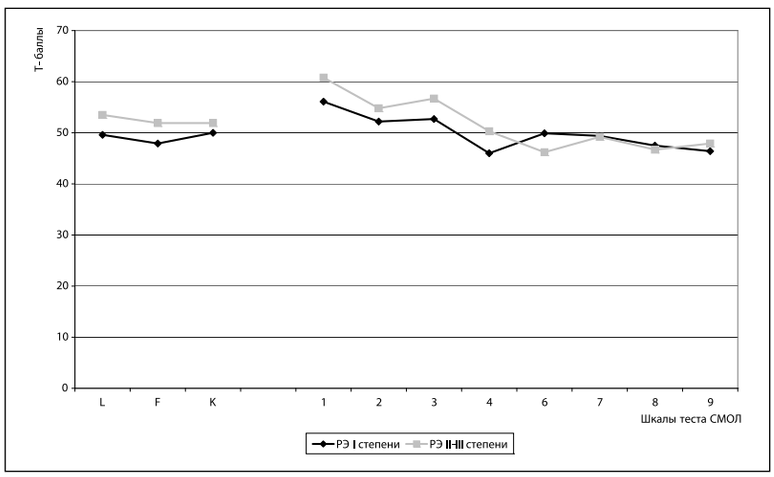

Рис. 2. *Усредненные профили теста СМОЛ у больных ГЭРБ*
Примечание. Оценочные шкалы: L — лжи, F — достоверности, K — коррекции; базисные шкалы: 1 — ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — психопатии, 6 — паранойяльности, 7 — психастении, 8 — шизоидности, 9 — гипомании.

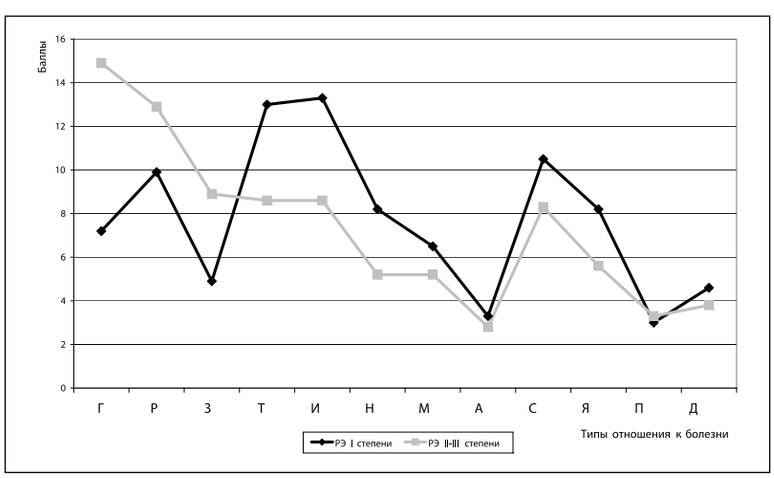

Рис. 3. *Профили шкальных оценок теста ЛОБИ (ТОБ) у больных ГЭРБ*
Примечание. Г — гармоничный тип отношения к болезни, Э — эргопатический, З — анозогнозический, Т — тревожный, И — ипохондрический, Н — неврастенический, М — меланхолический, А — апатический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, П — паранойяльный, Д — дисфорический.

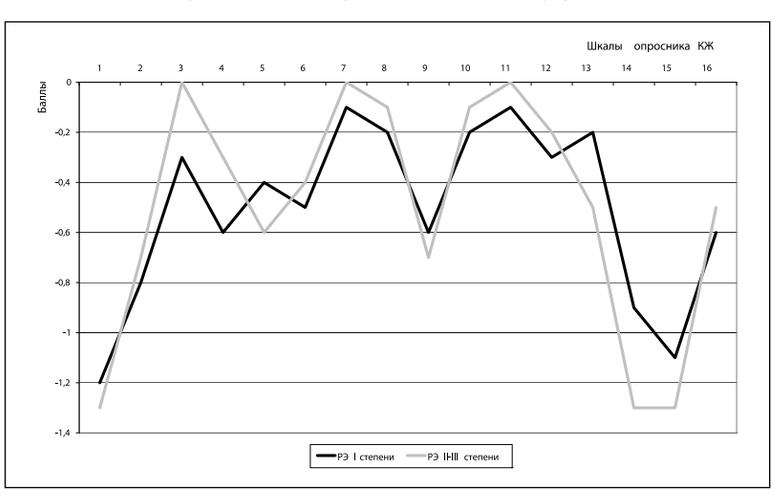

Рис. 4. *Профили качества жизни у больных ГЭРБ*
Примечание. Шкалы опросника: 1 — необходимость лечиться, 2 — ограничение физических усилий, 3 — ограничение занятий умственным трудом, 4 — ограничение поездок в транспорте, 5 — необходимость избегать эмоциональных нагрузок, 6 — ограничение трудовой деятельности, 7 — снижение должностного статуса, 8 — снижение заработной платы, 9 — ограничение в проведении досуга, 10 — ограничение в ведении домашнего хозяйства, 11 — ограничение половой жизни, 12 — ограничение контактов, 13 — необходимость прекратить курение, 14 — необходимость соблюдения диеты, 15 — необходимость диагностических процедур, 16 — изменения во внешнем облике в связи с болезнью.

Gastro-4_21-07.indd 38 21.07.2009 14:15:40

меланхолического (17,9%), сенситивного (14,3%) типов. Гармонический тип отношения к болезни выявлен у 9 (10,7%) обследованных. В группе пациентов с РЭ II — III степени наиболее характерным был эргопатический тип (43,3%), реже — тревожный, анозогностический (по 33,3%), ипохондрический или меланхолический типы (по 20,0%). То есть эти пациенты либо отрицали наличие болезни и «уходили» в работу либо, наоборот, сосредоточивались на своих ощущениях. «Чистый» гармоничный тип зарегистрирован всего лишь у 2 (6,7%) больных РЭ II — III степени.

У 72 пациентов (63,2% случаев) имели место разнообразные расстройства ночного сна. Преобладали пресомнические нарушения в виде запаздывания засыпания у 44 больных (61,1%). Интрасомнические расстройства регистрировались в 25 случаях (34,7%). Они проявлялись частыми пробуждениями с разорванным ночным сном, хотя во всех случаях пациенты отмечали общее удовлетворительное качество сна и хорошее утреннее самочувствие. Постсомнические расстройства в виде затягивания пробуждения и длительного перехода к бодрствованию с неудовлетворительным утренним самочувствием, когда пациенты с трудом обретали чувство бодрости и ясности, были наименее характерны (у 3 пациентов — 4,2% наблюдений). Среднее количество баллов составило 19,5 ± 3,9, что попадает в ранг пограничных значений нарушения сна.

У всех больных течение ГЭРБ сопровождалось снижением качества жизни. При этом независимо от степени выраженности РЭ в сферу негативных ощущений пациентов в основном были вовлечены такие параметры, как необходимость соблюдения диеты (100% больных), ограничение физических усилий (64,9%), трудовой деятельности (54,4%), проведения досуга (52,6%), ведения домашнего хозяйства (50,9%), родственных и дружеских контактов (31,6%). У пациентов с РЭ I степени индекс числа выбранных шкал составил 8,6 ± 3,4 балла, индекс качества жизни (ИКЖ) — 8,2 ± 4,5 балла. У больных с РЭ II — III степени указанные индексы составили соответственно 7,8 ± 2,5 ($p > 0,05$) и 8,7 ± 4,9 ($p > 0,05$) балла *(рис. 4)*.

ВЫВОДЫ

1. Течение ГЭРБ с явлениями эзофагита ассоциировано с хроническим неатрофическим гастритом с низкой или средней активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка.

2. В клинической картине ГЭРБ преобладают диспепсические расстройства, самым существенным проявлением которых выступает изжога. Ее выраженность определяется степенью воспалительных и эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода.

3. Изменения в эмоционально-личностной сфере больных ГЭРБ проявляются преобладанием тревожно-фобических и тревожно-депрессивных тенденций с эмоционально-волевыми нарушениями, признаками психической дезадаптации, сопровождающимися расстройствами ночного сна, главным образом пресомнического типа, а также снижением качества жизни в связи с широким кругом его параметров.

4. Выявленные особенности психологического статуса больных ГЭРБ необходимо учитывать при планировании индивидуальных лечебно-реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю. А.* Состояния психической адаптации и их компенсация. — Л.: Наука, 1976. — 272 с.

2. *Васильев Ю. В.* Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Consilium medicum/приложение. — 2002. — Вып. 1. — С. 5–10.

3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и рефлюкс-эзофагит: метод. рек-ции для студентов 4–6 курса лечебного факультета/Г. С. Джулай, Е. В. Секарева; под ред. Чернина В. В.; Твер. гос. мед. акад. — Тверь, 2008. — 38 с.

4. *Зайцев В. П.* Вариант психологического теста Mini-Mult//Психол. журн. — 1981. — № 3. — С. 35–39.

5. *Лазебник Л. Б.* Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения//Тер. арх. — 2008. — № 2. — С. 5–11.

6. *Маев И. В., Вьючнова Е. С., Щекина М. И.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — болезнь XXI века//Леч. врач. — 2004. — № 4. — С. 10–14.

7. *Вассерман Л. И. [и др.]* Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации/Ленингр. научно-исслед. психоневрологич. иститут им. В. И. Бехтерева; [под ред. Л. И. Вассермана]. — [Ленингр.]: [б. и.], 1987. — 26 с.

8. *Рутгайзер Я. М. Т., Михайлов А. Г.* Тест КЖ КНЦ РАМН//Клин. мед. — 1999. — № 3. — С. 35–38.

9. *Borgaonkar M. R., Irvine E. J.* Quality of life measurement and liver disorders//Gut. — 2000. — Vol. 47. — P. 444–454.

10. *Bredenoord A. J., Weusten B. L. A., Smout A. J. P. M.* Symptom association analysis in ambulatory gastro-oesophageal reflux monitoring/ /Gut. — 2005. — Vol. 54. — P. 1810–1817.

11. *Dent J. [et al.]* An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop Report//Gut. — 1999. — Vol. 44, Suppl. 2. — P. 1–16.

12. *Dimenas E.* Methodological aspects of evalution of quality of life in upper gastrointestinal diseases//Scand. J. Gastroenterol. — 1993. — Vol. 28, Suppl. 199. — P. 18–21.

13. *Dent J. [et al.]* Epidimiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review//Gut. — 2005. — Vol. 54. — P. 710–717.

14. *Holmes T., Rahe R.* The social readjustment rating scale//J. Psychosom. Res. — 1967. — № 11. — P. 213–218.

15. *Krejs Grünter J.* Gastroösophageale Refluxkrankheit//Universum Innere Medizin.— 2004. — № 6. — P. 1–10.