

МЕДИЦИНА

УДК 616.8-00:616.34-002-022-07-08

**В. А. ОСТАПЕНКО
И. А. ЖУРАВЛЁВА
Н. Н. КАРЛОВСКАЯ
В. Л. СТАСЕНКО
А. В. КАЗАКОВА**

Омская государственная
медицинская академия
Омский государственный
классический университет
им. Ф.М. Достоевского

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ КОНСТРУКТОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ

На основании проведённых исследований установлены взаимосвязи между выраженностью психологических конструктов (алекситимия, локус контроля личности) и разными по степени тяжести и прогнозу клиническими формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Введение. Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) заключается в высокой распространённости заболевания, развитии тяжелых инвалидизирующих осложнений, возможностью трансформации в аденокарциному пищевода. Большинству пациентов с ГЭРБ необходима длительная или даже пожизненная непрерывная терапия, что ведет к большим экономическим затратам на лечение ГЭРБ [1,2].

На данном этапе выделяется множество патогенетических механизмов ГЭРБ. Но в целом пато-

генез заболевания изучен недостаточно и ведётся поиск дополнительных факторов, влияющих на её течение [5].

На основании того, что имеется слабая корреляционная связь между уровнем pH в пищеводе и субъективными проявлениями рефлюксной болезни, возникло предположение о психофизиологических механизмах в возникновении ГЭРБ. Учитывая, что в состоянии стресса у пациентов, страдающих ГЭРБ, усиливается восприятие изжоги, предполагают взаимосвязь между наличием и выраженностью

Стратификация пациентов по группам

Группы пациентов	Количество пациентов в каждой группе, абс. (n)	Вариабельность стажа болезни, лет, Me (LQ; UQ)	Вариабельность возраста, лет, Me (LQ; UQ)
1 группа *	42	3 (1,13; 7,75)	37,5 (21; 47)
2 группа **	29	3 (2; 10)	36 (21; 46)

* пациенты, страдающие гастроэзофагеальным рефлюксом без эзофагита (К 21.0)

** пациенты, страдающие гастроэзофагеальным рефлюксом с эзофагитом (К 21.9)

стресса, эмоциональными реакциями и особенностями поведения в патогенезе ГЭРБ [3, 4].

Одним из общепризнанных психологических факторов риска развития психосоматических нарушений является алекситимия, — конструкт, объединяющий эмоциональные, когнитивные, поведенческие особенности лиц, предрасположенных к соматизации [6, 7, 8]. Локус контроля личности (конструкт, характеризующий меру ответственности личности за происходящее) косвенно связывается с общей заболеваемостью и смертностью [9]. При анализе доступной нам отечественной и зарубежной литературы, к сожалению, мы отметили отсутствие данных о подобных исследованиях у больных ГЭРБ.

Таким образом, целью нашего исследования было оценить когнитивные конструкты (алекситимия, локус контроля личности) у пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ.

Материалы и методы

Проведено одномоментное, открытое (эпидемиологическое) исследование. Был обследован 71 больной в возрасте от 17 до 62 лет (из них 38 мужчин и 33 женщины, 45,8% и 52,4 % соответственно), среднее значение стажа (Me) заболевания для пациентов составило 3 года, а возраста — 36 лет. Вариабельность стажа заболевания (LQ; UQ) была от 2 до 9,5 лет; а возраста — от 21 до 46,5 лет.

В ходе исследования пациенты были стратифицированы по полу, возрасту и стажу болезни на 2 группы в зависимости от клинической формы ГЭРБ. Клиническую форму ГЭРБ устанавливали в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра. Данные отражены в таблице 1.

Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был установлен в соответствии со стандартами медицинской помощи больным гастроэзофагеальным рефлюксом (Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ

от 22.12 1994г. № 247) и международной классификацией болезней 10 пересмотра в результате комплексного обследования. Пациентам произведено общее клиническое исследование, фиброгастродуоденоскопия, поэтажная экспозиционная pH-метрия пищевода и желудка, рентгеноскопическое исследование.

Психологическое исследование личности проводилось с помощью психологического интервьюирования и тестирования. Были использованы торонтская алекситимическая шкала, предложенная G. Taylor (1985 г.) и адаптированная в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (ТАШ-26) и метод исследования уровня субъективного контроля (УСК) (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1984 г.).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6.0 for Windows» и программы «Biostatistica» на персональном компьютере, реализованных с помощью методов коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании психологических особенностей личности у больных ГЭРБ с помощью торонтской алекситимической шкалы и шкалы уровня субъективного контроля получены следующие результаты, отраженные в таблицах 2-5.

Нами было высказано предположение, что пациенты с различными клиническими формами ГЭРБ будут иметь различную частоту встречаемости определенных показателей функционирования когнитивной сферы, что частично подтвердилось в ходе статистического анализа.

Неэрозивная рефлюксная болезнь и рефлюкс-эзофагит в настоящее время рассматриваются как самостоятельные формы ГЭРБ, имеющие различный прогноз [10]. По данным большинства авторов, имеется положительная корреляция между степенью

Таблица 2

Вариабельность показателей конструктов когнитивной сферы (Me; LQ; UQ)

Показатели	1 группа			2 группа			Все пациенты		
	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ
Алекситимия	71,0	65,75	76,75	70,5	59,0	78,0	71,0	65,0	78,0
Интернальность общая	6,0	3,0	6,0	4,0	4,0	7,0	5,0	3,0	7,0
Интернальность в сфере достижений	7,0	4,0	8,0	7,0	6,0	8,0	7,0	4,0	8,0
Интернальность в сфере неудач	7,0	2,0	7,0	3,0	3,0	8,0	5,0	2,0	7,0
Интернальность в сфере межличностных отношений	7,0	5,0	7,0	6,0	5,0	10,0	7,0	5,0	10,0
Интернальность в сфере производственных отношений	6,0	3,0	7,0	4,0	4,0	6,0	4,0	3,0	6,0
Интернальность в сфере семейных отношений	6,0	5,0	7,0	6,0	3,0	8,0	6,0	5,0	8,0
Интернальность в сфере здоровья	7,0	4,0	7,0	5,5	1,0	10,0	7,0	4,0	7,0

тяжести ГЭРБ и временем pH в пищеводе < 4,0 ед., мин. [11]. Поэтому, по нашим предположениям, взаимосвязь параметров когнитивной сферы с продолжительностью кислотного гастроэзофагеального рефлюкса могла бы свидетельствовать об их влиянии на течение ГЭРБ.

Первым рассматриваемым нами когнитивным конструктом был локус контроля личности, который характеризуется как степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, мера ответственности за происходящие с ним события.

Частота встречаемости интернального локуса контроля личности и алекситимии у пациентов ГЭРБ

Шкалы	Среди всех пациентов, абс., (n = 71), (%)	1 группа, абс., (n = 40), (%)	2 группа, абс., (n = 29), (%)
Алекситимия	26 (38,24%)	17 (43,59%)	(31,03%)
Интернальность в сфере достижений (Ид)	49 (71,01%)	27 (67,50%)	22 (75,86%)
Интернальность в сфере неудач (Ин)	29 (42,03%)	13 (32,50%)	16 (55,17%)
Интернальность в сфере межличностных отношений	40 (57,70%)	21 (57,97%)	19 (65,52%)
Интернальность в сфере производственных отношений	26 (51,72%)	11 (27,50%)	15 (51,72%)
Интернальность в сфере семейных отношений	39 (56,52%)	24 (60,00%)	18 (62,07%)
Интернальность в сфере здоровья	38 (53,52%)	20 (50,00%)	18 (62,07%)
Общая интернальность	30 (43,48%)	15 (37,50%)	15 (51,72%)
+ ΔИд\Ин	55 (79,71%)	32 (80,00%)	23 (79,31%)

Данные статистического анализа межгрупповых различий с использованием критерия Манна-Уитни

Показатели	U	p
Алекситимия	523,00	0,4884
Общая интернальность*	414,00*	0,0436*
Интернальность в сфере достижений	494,50	0,2986
Интернальность в сфере неудач*	382,50*	0,0164*
Интернальность в сфере межличностных отношений*	422,00*	0,0468*
Интернальность в сфере производственных отношений*	408,50*	0,0371*
Интернальность в сфере семейных отношений	548,50	0,7018
Интернальность в сфере здоровья	531,50	0,5555

* статистически значимые результаты $p < 0,05$

Анализ зависимостей между конструктами когнитивной сферы (баллы) и временем pH в пищеводе < 4,0 ед., мин. (коэффициент ранговой корреляции Спирмена)

Показатели	Время pH в пищеводе < 4,0 ед., мин.					
	Пациенты с ГЭРБ		1 группа		2 группа	
	p	p	p	p	p	p
Алекситимия	-0,368*	0,002*	-0,387*	0,014*	-0,311	0,101
Общая интернальность	0,158	0,195	0,249	0,122	-0,175	0,360
Δ Ид\Ин	0,243*	0,044*	0,123	0,447	0,554*	0,002*
Интернальность в области достижений	0,240*	0,047*	0,232	0,149	0,152	0,429
Интернальность в области неудач	-0,028	0,816	0,085	0,602	-0,418*	0,025*
Интернальность в области межличностных отношений	0,132	0,278	0,151	0,350	-0,037	0,847
Интернальность в области производственных отношений	0,204	0,092	0,209	0,194	0,122	0,526
Интернальность в области семейных отношений	0,194	0,111	0,364	0,022	-0,100	0,601
Интернальность в области здоровья	0,331*	0,006*	0,313*	0,049*	0,312	0,099

* статистически значимые результаты $p < 0,05$

Как видно из таблицы 2, среднее значение обобщенного показателя интернальности (Ио) в целом по группе равно $5,0 \pm 0,41$, что можно рассматривать как проявление экстернального локуса контроля ($N = 5,5$).

Как видно из таблицы 3, среди общей массы пациентов с ГЭРБ и группы больных неэрозивной рефлюксной болезнью по показателю индивидуального уровня субъективного контроля (интернальность общая (Ио)) более часто встречаются экстерналы (56,52% и 62,5% соответственно). На основании этого можно говорить, что для пациентов этой группы будет характерным считать, что успех и неудачи являются результатами таких внешних сил, как везение, случайность, давление окружения, другие люди. Интерналы среди пациентов с ГЭРБ будут встречаться чаще только в группе больных рефлюкс-эзофагитом (51,71%).

При анализе уровня субъективного контроля в ситуационно специфических сферах (семейные отношения (Ис), здоровье (Из), межличностные (Им) и производственные отношения (Ип)), и сферах, различных по эмоциональному знаку (ситуации неудачи (Ин) и достижения (Ид)) выявлено преобладание лиц с интернальным локусом контроля, за исключением сферы неудач в общей группе и в группе больных с неэрозивной рефлюксной болезнью (у 42,03% и 32,5% больных соответственно) и сферы производственных отношений у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (27,5% пациентов).

В соответствии с этими данными можно предположить, что пациенты с ГЭРБ будут проявлять большую познавательную (когнитивную активность). Это значит, что люди с интернальным локусом контроля больше интересуются характером, причиной и лечением болезни и активнее борются за выздоровление. Они проявляют большую готовность отсрочить сиюминутное, легкодоступное удовольствие ради достижения отдаленного, но более ценного блага.

Однако наши результаты в большинстве показателей обнаружили статистически значимые различия между 1 и 2 группами. Для пациентов 1 группы было более характерно иметь интернальный уровень субъективного контроля во всех сферах, в отличие от пациентов 2 группы. При этом данное различие удерживалось во всех группах, кроме сфер достижений, семейных отношений и здоровья (табл. 4). Обращает на себя внимание, что наибольшие различия интернальности были в области неудач. В то же время в такой сфере, как достижения, показатели не изменяются. Одной из причин может быть, что высокая интернальность как личностная черта, которая является одним из факторов эмоциональной уязвимости человека по отношению ко многим жизненным ситуациям. Второе предположение состоит в том, что по мере нарастания тяжести заболевания человек всё более инвалидизируется и принимает зависимость во многих сферах. Однако второе предположение менее вероятно в связи с тем, что тяжёлые осложнения ГЭРБ, значительно затрудняющие жизнедеятельность в популяции встречаются относительно редко.

Поскольку уровень субъективного контроля рассматривается ещё как проявление более глобального образования — субъективной включённости личности в деятельность, то он влияет на мотивы и цели деятельности. Локус контроля личности выполняет оценочную функцию, и различные его значения в ситуации неудачи и успеха опреде-

ляют способы поведения (оптимизм и пессимизм). Эти способы как неспецифический фактор влияют на смертность и общую заболеваемость [12].

Неизменность показателей соотношения интернальности в области достижений и неудач ($\Delta \text{Ид} \backslash \text{Ин}$) представляется проявлением стратегий преодоления (копинг-стратегий), при помощи которых человек стремится компенсировать различные стрессовые ситуации за счёт поддержания собственной роли в семье и явном преуменьшении собственной ответственности в ситуации неуспеха при сохранении в ситуации достижения.

При обработке результатов теста УСК особое внимание мы уделили оценке различия интернальности в области достижения и неудач у каждого пациента, так как этот показатель косвенно свидетельствует о степени стрессоустойчивости человека и типе реакции при столкновении со стрессом. В случае высокой интернальности в ситуации неуспеха и низкой в ситуации достижений человек склонен к самообвинению и депрессии. И наоборот, индивид склонен снимать с себя ответственность, возлагая вину на других или на «судьбу» в случае обратных по полярности показателей. В целом второй тип поведения является более благоприятным для сохранения эмоциональной устойчивости, хотя свидетельствует о склонности индивида занимать позицию смирения или зависимости.

Как видно из таблицы 5, в целом у пациентов с ГЭРБ имеется прямая корреляционная связь между интернальным показателем в сфере достижений, сфере здоровья, $\Delta \text{Ид} \backslash \text{Ин}$ и временем рН в пищеводе $< 4,0$ ед., мин. Обращает на себя внимание также отсутствие корреляций между конструктами и временем рН в пищеводе $< 4,0$ ед., мин. в таких сферах, как межличностные, производственные и семейные отношения.

Полученные результаты были интерпретированы нами следующим образом. Прямая корреляционная взаимосвязь между степенью выраженности заболевания и интернальностью в сфере здоровья может быть объяснена сверхзначимостью ситуации для пациентов в силу заболевания. Показатели интернальности в области неудач и достижений, а также $\Delta \text{Ид} \backslash \text{Ин}$ связаны с эмоциональным реагированием и не зависят от сферы проявления конфликта и, вероятно, поэтому ассоциированы с продолжительностью времени рН в пищеводе $< 4,0$ ед., мин.

Таким образом, нами был получен парадоксальный результат, который позволяет предполагать, что группа пациентов с ГЭРБ неоднородна и полученная взаимосвязь между алекситимией и степенью выраженности ГЭРБ значима только для части пациентов, а также что имеет место влияние нескольких психологических механизмов.

Впервые в результате нашего исследования было показано влияние когнитивных конструктов на течение заболевания у больных с ГЭРБ. Полученные нами результаты могут быть применены в клинической психологии, психотерапии и терапевтической практике. Они являются актуальными для различных регионов России, в том числе и для Омского.

Выводы:

1. Особенности когнитивной сферы (локус контроля личности, алекситимия) пациентов с ГЭРБ обнаруживают корреляционные взаимосвязи со степенью выраженности ГЭРБ.
2. Наиболее информативным показателем, ассоциированным со степенью выраженности ГЭРБ и

временем рН в пищеводе < 4,0 ед., мин., являются уровень субъективного контроля в сфере неудач, достижений и здоровья.

3. Обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь между временем рН в пищеводе < 4,0 ед. и выраженностью алекситимии ($r = -0,368$; $p = 0,002$).

Библиографический список

1. Исаков И.А. Терапия «по требованию» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: проблемы и перспективы / И.А. Исаков // Клиническая фармакология и терапия. — 2005. — №1. — С. 1-5.
2. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений / В.Т. Ивашкин. — М., 2003. — 30 с.
3. Kamolz Th. Gastroesophageale Refluxkrankheit — eine psychologische Betrachtungsweise [электронный ресурс] / Th. Kamolz, F.A. Granderath, R. Pointner // J. für Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen. — 2003. — №6. — Режим доступа: <http://www.kup.at/gastroenterologie>.
4. Антоненкова О.М. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов с ГЭРБ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.М. Антоненкова. — М., 2003. — 22 с.
5. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода и желудка: Краткое практическое руководство / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. — М., 2002. — 143 с.
6. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан. — М., 1999. — 32-55 с.
7. Будневский А.В. Алекситимия / А.В. Будневский, О.В. Лышова, В.М. Проворотов, Ю.М. Чернов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — №6. — С.66-70.
8. Гаранян Н.Г. Концепция алекситимии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — № 1. — С. 128-145.

9. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд // Психологический журнал. — 1984. — т.5. — № 3. — С. 152-162.

10. Fass R. Gastroesophageal reflux disease — should we adopt a new conceptual frame work? [Электронный ресурс] / R. Fass, J.J. Ofman // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — № 97. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

11. Anxiety an depression related to the symptoms of gastroesophageal reflux disease [Электронный ресурс] / Xu Z.J., Duan L.P., Wang K., Lin S.R. // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. — 2005. — № 85. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

12. Peterson C. Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty — five year longitudinal study [Электронный ресурс] / C. Peterson, M.E.P. Seligman, G. Vaillant // Journal of Personality and Social Psychology. — 1988. — № 55. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

ЖУРАВЛЕВА Ирина Александровна, ассистент кафедры общей врачебной практики.

ОСТАПЕНКО Владимир Артемьевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии.

КАРЛОВСКАЯ Наталья Николаевна, к.п.н., доцент, заведующая курсом психосоматики.

СТАСЕНКО Владимир Леонидович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой эпидемиологии.

КАЗАКОВА Александра Вадимовна, к.м.н., старший научный сотрудник.

Дата поступления статьи в редакцию: 10.03.06 г.

© Журавлева И.А., Остапенко В.А., Карловская Н.Н., Стасенко В.А., Казакова А.В.

УДК 611.146.2:616-089.843

К. К. ГУБАРЕВ
В. В. МУСОХРАНОВ
М. В. БОРИСЕНКО

Омская государственная
медицинская академия

ТИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

В исследовании проанализировано наблюдение типов формирования почечных вен, что имеет огромное значение при заборе органа и подготовке его к трансплантации.

Трансплантация почки на сегодняшний день является общепризнанным методом замещения утраченной функции почек у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) [1]. Число больных, нуждающихся в трансплантации почки, растет значительно быстрее, чем количество выполняемых операций. Одним из путей решения данной проблемы является увеличение продолжительности функционирования трансплантата, прежде всего за счет снижения частоты возникновения осложнений и повышения эффективности их коррекции [1].

Развивающаяся трансплантация почки ставит перед морфологами, физиологами и клиницистами

новые задачи по дальнейшему изучению анатомо-физиологических и клинических особенностей мочевыделительной системы в условиях трансплантации.

Одним из основных этапов в трансплантации почки является быстро и правильно выполненный забор органа, особенно от асистолического донора, а также правильная подготовка органа к трансплантации. При заборе органа и подготовке его к трансплантации недопустимы повреждения основных и добавочных артерий и вен почки, что может привести к техническим трудностям выполнения сосудистых анастомозов или невозможности выполнить трансплантацию органа.