

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Изучены впервые некоторые психологические особенности личности пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и их связь с течением заболевания. В исследовании выявлена высокая частота невротических реакций, тревожности и дезадаптивных типов поведения в условиях болезни, преобладание агрессивности над враждебностью, психологическая коррекция которых может улучшить результат лечения. Было отмечено отсутствие корреляционных связей между продолжительностью кислого рефлюкса в пищеводе и психологическими параметрами.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психологические факторы.

Актуальность ГЭРБ состоит в широкой распространенности [1], одна из ее клинических форм, пищевод Баретта, рассматривается как предраковое состояние [2], а само заболевание требует длительной или даже пожизненной непрерывной терапии, ведущей к большим экономическим затратам на лечение [3]. В имеющейся на сегодняшний день литературе в качестве основных причин, влияющих на функционирование гастроэзофагеального сфинктера, рассматривают нарушение гормональной регуляции, работы автономной нервной системы, иммунной системы, инфекции [4] и влияние психологических факторов [5].

Среди исследований, изучающих влияние последних, можно выделить работы о воздействии острого стресса на степень недостаточности нижнего пищевода сфинктера. В экспериментах авторами было отмечено краткосрочное повышение давления в нижнем пищеводном сфинктере при воздействии шумов различной силы или решении когнитивных задач [6], но изучение влияния стресса на рН-метрические показатели в пищеводе выявило усиление восприятия симптомов ГЭРБ на фоне стресса без увеличения экспозиции кислоты в пищеводе [7]. Были изучены психологические особенности личности: ситуативная и личностная тревожность, депрессия, психосоциальные стрессы и психопатологические расстройства у пациентов с различными формами ГЭРБ, а также до и после оперативного лечения [8, 9], давшие косвенные и противоречивые результаты. Имеются сообщения о положительном эффекте лечения малых групп больных ГЭРБ традиционными психотерапевтическими методами (гипноз, Biofeedback, прогрессивное мускульное расслабление по Jacobson) [10]. Все вышесказанное позволило предположить, что имеется еще один predisposing фактор развития ГЭРБ — психологический [11]. Но данные в отношении влияния различных психологических переменных и механизмы их воздействия остаются дискуссионными.

Целью нашей работы было выявление психологических особенностей личности ассоциированных с более тяжелым течением заболевания.

Материал и методы исследования

Проведено поперечное, открытое исследование на базе гастроэнтерологического стационара ГУЗОО ОКБ города Омска в течение 2 лет. Обследован 71 больной с ГЭРБ в возрасте от 17 до 62 лет (38 мужчин и 33 женщины, 45,8 % и 52,4 % соответственно), из них 42 пациента с неэрозивной язвенной болезнью и 29 с рефлюкс-эзофагитом различной степени выраженности. Средний возраст пациентов составлял 36 лет (LQ = 2, UQ = 9,5 лет), а стаж заболевания — 3 года (LQ = 21, UQ = 46,5 лет). Диагноз заболевания устанавливался на основании сбора анамнеза, клинического исследования, фиброгастродуоденоскопии (Olimpus, Япония), поэтажной экспозиционной рН-метрии пищевода и желудка (ацидогастрометр ЭВ-74, Россия). Течение заболевания оценивалось по продолжительности времени рН в пищеводе менее 4,0.

В исследование были включены больные, страдающие неэрозивной рефлюксной болезнью и рефлюкс-эзофагитом, заполнившие все вопросники и подписавшие добровольное согласие на участие в исследовании в соответствии с положениями Хельсинской декларации.

В исследование не включались пациенты с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, других органов и систем, пациенты, имеющие психиатрические диагнозы и пограничные расстройства.

Психологическое исследование личности проводилось с помощью тестирования. Тесты заполнялись самостоятельно. Были использованы опросники: шкала ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина (1980), методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки в адаптации А. К. Осницкого, торонтская алекситимическая шкала, предложенная G. Taylor (1985) и адаптированная в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (1994), метод исследования уровня субъективного контроля (УСК), созданный на основе шкалы J. B. Rotter (1999), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич),

Вариабельность показателей клинического опросника наличия невротических состояний
(Me — медиана; LQ — 25-й процентиль; UQ — 75-й процентиль)

Таблица 1

Показатели	1 группа			2 группа			Все пациенты		
	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ
Шкала невротического реагирования (общая)	–2,30	17,95	–10,92	13,90	–1,11	19,76	4,89	–9,78	19,19
Шкала тревоги	0,60	–1,44	2,09	1,54	–0,47	3,52	1,05	–0,62	2,49
Шкала невротической депрессии	–0,30	–2,86	2,53	1,92	–1,78	4,69	0,63	–2,53	4,00
Шкала астении	2,10	–2,21	4,66	3,37	–0,02	6,70	2,46	–1,83	5,22
Шкала истерического типа реагирования	1,40	–1,71	3,62	3,21	0,32	4,32	1,85	–1,29	4,16
Шкала обсессивно-фобического типа реагирования	1,10	–1,51	3,82	2,08	3,87	0,12	1,39	–0,83	3,86
Шкала вегетативных нарушений	0,90	–3,80	5,19	1,91	–4,44	6,20	1,70	0,25	5,55

Частота встречаемости невротических состояний

Таблица 2

Психологические показатели	Все пациенты с ГЭРБ (n = 71), (%)	1 группа (n = 42), (%)	2 группа (n = 29), (%)
Шкала невротического реагирования (общая)	29 (40,85)	22 (52,38)	10 (34,48)
Шкала тревоги	14 (19,72)	11 (26,19)	3 (10,34)
Шкала невротической депрессии	27 (38,03)	17 (40,48)	10 (34,48)
Шкала астении	19 (26,76)	13 (30,95)	6 (20,69)
Шкала истерического типа реагирования	18 (25,35)	13 (30,95)	5 (17,24)
Шкала обсессивно-фобического типа реагирования	16 (22,54)	12 (28,57)	4 (13,80)
Шкала вегетативных нарушений	26 (36,62)	16 (38,1)	10 (34,48)
Здоровые лица	12 (17)	7 (16,7)	5 (17)

личностный опросник бехтеревского института (ЛОБИ).

Все результаты тестирования, были проанализированы у каждого пациента с учетом стажа болезни, продолжительности кислого рефлюкса в пищеводе методом многомерного корреляционного анализа с варимаксимальным вращением с целью выявления множественных корреляционных взаимосвязей. Использовались программы «Statistica 6.0 for Windows» и «Biostatistica» на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

При выявлении и оценке невротических состояний у пациентов с ГЭРБ нами были отмечены отклонения в средних показателях общей шкалы невротического реагирования, шкалы астении и истерического типа реагирования (табл. 1). При оценке процентного соотношения пациентов с отклонениями по различным шкалам опросника (табл. 2) и здоровых лиц преобладают пациенты с невротическими расстройствами, причем 11 % больных имели отклонения по всем шкалам опросника, а 20 % — по пяти из шести шкал.

При изучении алекситимичности (отсутствие слов для выражения своих чувств) в исследуемой группе она была выявлена у 26 человек (38,24 % обследуемых).

Основные показатели локус-контроля личности представлены в табл. 3. Экстернальными показателями, определяющими снижение ответственности за

происходящее и влияющие на выбор преодолевающих стратегий поведения, были отмечены преимущественно в двух сферах — сфере неудач и межличностных отношений.

При исследовании эмоций (табл. 4 и 5) нами было выявлено преобладание у пациентов с ГЭРБ агрессивности над враждебностью, а также довольно высокая распространенность умеренного (40,85 %) и высокого (57,14 %) уровня ситуативной и личностной тревожности.

Полученные нами результаты согласовывались с данными А. П. Погромава [12] и Н. С. Лапиной [13], которые также нашли повышенные показатели тревожности у пациентов с функциональной изжогой, ГЭРБ. В литературе описана связь [14] усиления субъективного восприятия симптомов заболевания с интенсивностью тревоги, что позволяет рекомендовать части пациентов наблюдение и консультацию психолога.

Типы поведения в условиях болезни, как поведенческий компонент, иллюстрирует рис. 1. В основном у пациентов с ГЭРБ были отмечены дезадаптивные типы поведения в условиях болезни, наиболее часто встречались тревожный (38,02 %), астенический (35,21 %), обсессивно-фобический (32,29 %) тип реагирования в условиях болезни, которые прежде всего влияют на степень комплаентности пациентов.

Все полученные данные были обработаны с использованием многомерного корреляционного анализа, где помимо данных вышеописанных тестов учитывались возраст больных, стаж заболевания,

Таблица 3
Частота встречаемости интернального локус-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)	9 (31,03)
Интернальность в сфере достижений	49 (71,01)	27 (67,50)	22 (75,86)
Интернальность в сфере неудач	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)

Таблица 4
Частота встречаемости ситуативной и личностной тревожности различной степени выраженности у больных различными клиническими формами ГЭРБ

Показатели	Все пациенты, абс. (n = 70), (%)	1 группа абс. (n = 42), (%)	2 группа абс. (n = 29), (%)
Ситуативная тревожность низкой степени	1 (1,40)	0	3 (10,34)
Ситуативная тревожность умеренной степени	29 (40,84)	16 (38,10)	13 (44,83)
Ситуативная тревожность высокой степени	40 (57,14)	26 (61,90)	13 (44,83)
Личностная тревожность низкой степени	1 (1,40)	0	1 (3,44)
Личностная тревожность умеренной степени	29 (40,84)	13 (30,95)	16 (55,17)
Личностная тревожность высокой степени	40 (57,14)	29 (69,05)	12 (41,38)

Таблица 5
Оценка вариабельности показателей агрессии у пациентов с ГЭРБ (Me; LQ; UQ)

Показатели	1 группа			2 группа			Все пациенты		
	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ
Физическая агрессия	55,00	44,00	66,00	55,00	33,00	77,00	55,00	33,00	77,00
Вербальная агрессия	56,00	34,00	70,00	64,00	44,00	72,00	56,00	40,00	72,00
Косвенная агрессия	58,50	49,00	65,00	65,00	45,50	78,00	65,00	48,00	78,00
Негативизм	40,00	32,50	80,00	40,00	10,00	60,00	40,00	20,00	80,00
Раздражительность	45,00	28,75	54,00	54,00	36,00	63,00	45,00	36,00	54,00
Подозрительность	55,00	33,00	75,75	66,00	33,00	77,00	55,00	33,00	77,00
Обида	52,00	39,00	74,75	52,00	39,00	75,00	52,00	39,00	78,00
Чувство вины	7,00	5,25	8,00	7,00	5,00	8,00	7,00	5,00	8,00
Индекс агрессивности	57,50	46,25	67,44	59,30	44,34	72,17	59,00	45,00	68,33
Индекс враждебности	54,5	41,75	70,88	57,00	43,00	65,5	55,5	42,5	70,00

продолжительность заброса кислого содержимого желудка в пищевод.

При анализе всей совокупности признаков было выявлено два фактора. Они охватили 37,57 % обследуемых пациентов. Внутри этих факторов были отмечены корреляции между отдельными психическими факторами, но не было отмечено связи с продолжительностью кислого рефлюкса.

Первый фактор (25,85 % общности) включал в себя: тревожный (0,673), обсессивно-фобический (0,614) и эйфорический (0,611) тип поведения личности в

ситуации болезни, общий показатель невротического реагирования (0,844), шкалы астении (0,682), невротической депрессии (0,666), истерического (0,709) и обсессивно-фобического (0,646) типа реагирования, ситуативную (0,687) и личностную тревожность (0,694).

Второй фактор (11,73 % общности) включал в себя: общий показатель интернального уровня субъективного контроля (0,709), интернальный уровень субъективного контроля в сфере достижений (0,649) и индекс агрессивности (0,716).



Рис. 1. Частота встречаемости различных типов реагирования в ситуации болезни у пациентов с ГЭРБ
(1 — гармоничный, 2 — тревожный, 3 — ипохондрический, 4 — апатический, 5 — астенический, 6 — обсессивно-фобический, 7 — сенситивный, 8 — эгоцентрический, 9 — эйфорический, 10 — анозогнозический, 11 — эргодатический, 12 — паранойальный)

Таким образом, при исследовании группы пациентов с ГЭРБ нами были выявлены определенные отклонения в психологической структуре личности, которые могут усиливать субъективное восприятие жалоб и снижать степень комплаентности пациентов. Своевременная диагностика и коррекция этих отклонений несомненно улучшит результаты лечения, не влияя на течение заболевания.

Выводы

1. Группа исследуемых характеризовалась высокой частотой встречаемости невротических реакций и дезадаптивных типов поведения в условиях болезни, высокими уровнями тревожности и преобладанием агрессивности над враждебностью.

2. Продолжительность кислого рефлюкса не связана со степенью выраженности изученных психологических особенностей личности пациентов с ГЭРБ.

Библиографический список

1. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни : популяционное исследование / О. В. Решетников [и др.] // Терапевтический архив. — Т. 80, № 2. — 2008. — С. 12—14.
2. Ивашкин, В. Т. Болезни пищевода: патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение / В. Т. Ивашкин, А. С. Трухманов. — М. : Триада-Х, 2002. — 105 с.
3. Старостин, Б. Д. Фармакоэкономические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Б. Д. Старостин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 5. — С. 50—55.
4. Лазебник, Л. Б. К вопросу о патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Л. Б. Лазебник, А. Э. Лычкова // Успехи физиологических наук. — 2006. — Т. 37, № 4. — С. 57—81.
5. Шептулин, А. А. Обсуждение проблемы ГЭРБ в докладах объединенной европейской недели (Копенгаген, 2005) / А. А. Шептулин // Клиническая медицина. — 2006. — № 6. — С. 69—72.

6. Kamolz, T. Gastroesophageale Refluxkrankheit — Eine psychologische Betrachtungsweise / T. Kamolz, F. A. Grandrath, R. Pointner // J. für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. — 2004. — Vol. 2, № 2. — P. 15—20.

7. The effect of auditory stress on perception of intraesophageal acid in patients with gastroesophageal reflux disease / R. Fass [et al.] // Gastroenterologi. — 2008. — Vol. 134, № 3. — P. 696—705.

8. Stress-related changes in oesophageal permeability: filling the gaps of GORD? / J. D. Soderholm // Gut. — 2007. — Vol. 56, № 9. — P. 1177—1180.

9. Hayden J. D. Analysis of illness behavior in patients after «failed» antireflux surgery / J. D. Hayden, J. C. Myers, G. G. Jamieson // Arch. Surg. — 2006. — Vol. 141, № 3. — P. 243—246.

10. Psychological illness is commonly associated with functional gastrointestinal disorders and is important to consider during patient consultation: a population-based study / T. Alander [et al.] // BMC Med. — 2005. — № 3. — P. 8—20.

11. Циммерман, Я. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение / Я. С. Циммерман, Л. Г. Вологжанина // Клиническая медицина. — 2005. — № 9. — С. 16—24.

12. Лапина, Н. С. Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н. С. Лапина, Н. Н. Боровков // Клиническая медицина. — 2008. — № 2. — С. 59—62.

13. Психовегетативные аспекты у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и функциональными расстройствами пищевода / А. П. Погромов [и др.] // Клиническая медицина. — 2005. — № 12. — С. 41—44.

14. Anxiety and depression related to the symptoms of gastroesophageal reflux disease / Z. J. Xu [et al.] // Zhonghua Yi Za Zhi. — 2005. — Vol. 84, № 5. — P. 3210—3215.

ГРИШЕЧКИНА Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии.

Адрес для переписки: e-mail: iz_1978@mail.ru

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© И. А. Гришечкина