

СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

На основании проведённых исследований установлены распространённость и степень выраженности личностной, ситуативной тревожности и агрессивности в группах пациентов с ГЭРБ с наличием эзофагита и без эзофагита, а также связь этих эмоциональных состояний с продолжительностью кислого рефлюкса.

Введение

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) заключается в высокой распространённости заболевания, развитии тяжёлых инвалидизирующих осложнений, возможности 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 патогенез заболевания изучен недостаточно и ведётся поиск дополнительных факторов, влияющих на его 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 возникновения ГЭРБ. Учитывая, что в состоянии стресса у пациентов, страдающих ГЭРБ, усиливается восприятие изжоги, предполагают взаимосвязь между наличием и выраженностью стресса, эмоциональными реакциями и особенностями поведения в патогенезе ГЭРБ [3, 4].

Среди негативных эмоциональных состояний тревожность и агрессивность характеризуются как наибольшей распространённостью, так и выраженным вегетативным компонентом.

Мы исходили из того, что в настоящее время тревожность рассматривается в двух значениях: как специфическое состояние, возникающее при определённых условиях (ситуативная тревожность), и как черта личности (личностная тревожность).

Агрессия, отражающая реализацию негативных эмоций и проявляющаяся в особом отношении человека к другим, себе, миру, сопровождаясь ощущением оппозиции себя к окружающему и желанием ему зла (активным и пассивным), рассматривается так же, как и тревога, в виде состояния и черты личности.

Целью нашего исследования являлись изучение степени выраженности тревожности и агрессивности в группах пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ и связи этих эмоциональных состояний с течением заболевания (временем pH в пищеводе).

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 (медиана — Me) заболевания для пациентов составило 3 года, а возраста — 36 лет. Вариабельность стажа заболевания (25-й процентиль — LQ; 75-й процентиль — 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 (ГЭРБ без эзофагита $n = 42$, ГЭРБ с эзофагитом $n = 29$). Клиническую форму ГЭРБ устанавливали в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра.

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 22.12.1994 г. № 247) и международной классификацией болезней 10 пересмотра в результате комплексного обследования. Пациентам проведено 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 шкала ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спил-

берга в модификации Ю.А. Ханина (1980 г.) и методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки в адаптации А.К. Осницкого.

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

Первым эмоциональным состоянием, подвергшимся изучению, была тревожность. Вариабельность ситуативной и личностной тревожности у пациентов с ГЭРБ представлена в таблице 1.

Обращает на себя внимание, что у пациентов обеих групп среднее значение личностной тревожности определяется как высокое. В то же время средний показатель ситуативной тревожности определяется в высокой степени лишь в первой группе (ГЭРБ без эзофагита $n = 42$), а во второй он является умеренно выраженным (ГЭРБ с эзофагитом $n = 29$).

Среди обследованных пациентов (таблица 2) во всех группах наиболее часто встречалась высокая ситуативная тревожность (54,93%; 61,90% и 44,83%), в то время как высокая личностная тревожность наиболее часто встречалась только среди общей массы пациентов (57,75%) и в группе неэрозивной рефлюксной болезни (69,05%). А у пациентов с эрозивной

рефлюксной болезнью преобладающей была умеренная личностная тревожность (55,17%). Следовательно, мы можем констатировать, что для больных с ГЭРБ характерно состояние тревоги большей интенсивности.

При обработке результатов анализа межгрупповых различий с помощью критерия Манна-Уитни обращает на себя особое внимание, что группы пациентов достоверно различались ($p < 0,05$) по показателю ситуативной тревожности (таблица 5). В первой группе этот показатель был больше, чем в группе с пациентами с эрозивной рефлюксной болезнью. То есть для пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью были характерны более высокая интенсивность и длительность состояния тревоги, в то время как различия между группами по выраженности личностной тревожности не достигли уровня статистической значимости.

Таким образом, для пациентов с ГЭРБ будут характерны высокая частота и уровень ситуативной и личностной тревожности, который по показателю ситуативной тревожности будет достоверно больше в группе больных неэрозивной рефлюксной болезнью.

Вторым эмоциональным состоянием, исследуемым нами, была агрессивность.

При исследовании агрессии у пациентов с ГЭРБ нами была использована методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки в адаптации А.К. Осницкого. В тесте проводится деление

Таблица 1
Вариабельность ситуативной и личностной тревожности у пациентов с ГЭРБ

Показатели		Все пациенты	1 группа (ГЭРБ без эзофагита, $n = 42$)	2 группа (ГЭРБ с эзофагитом, $n = 29$)
Ситуативная тревожность	Me	47,50	42,00	45,00
	LQ	39,00	41,25	36,00
	UQ	51,50	52,00	52,00
Личностная тревожность	Me	48,00	49,00	48,00
	LQ	42,00	44,00	40,00
	UQ	53,00	51,75	51,75

Таблица 2
Частота встречаемости ситуативной и личностной тревожности различной степени выраженности у больных различными клиническими формами ГЭРБ

Показатели	Все пациенты, ($n = 70$), (%)	1 группа ($n = 42$), аБс. (%)	2 группа ($n = 29$), аБс. (%)
Ситуативная тревожность низкой степени	1 (1,40%)	—	3 (10,34%)
Ситуативная тревожность умеренной степени	29 (40,84%)	16 (38,10%)	13 (44,83%)
Ситуативная тревожность высокой степени	39 (54,93%)	26 (61,90%)	13 (44,83%)
Личностная тревожность низкой степени	1 (1,41%)	—	1 (3,44%)
Личностная тревожность умеренной степени	29 (40,85%)	13 (30,95%)	16 (55,17%)
Личностная тревожность высокой степени	41 (57,75%)	29 (69,05%)	12 (41,38%)

Таблица 3
Сравнение выраженности ситуативной и личностной тревожности у пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ с помощью критерия Манна-Уитни

Ситуативная тревожность*	1,959*	0,0496*
Личностная тревожность	0,480	0,4800

* — критический уровень значимости при проверке статистической гипотезы 0,05 ($p < 0,05$)

Таблица 4

Оценка вариабельности показателей агрессии у пациентов с ГЭРБ

Показатели	1 группа (ГЭРБ без эзофагита, n = 42)			2 группа (ГЭРБ с эзофагитом, n = 29)			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

Таблица 5

Сравнение выраженности агрессивности у пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ с помощью критерия Манна-Уитни

Показатели	Z	p
Физическая агрессия	0,093	0,9258
Вербальная агрессия	-0,965	0,3345
Косвенная агрессия	-1,391	0,1642
Негативизм	1,285	0,1989
Раздражительность*	-2,030*	0,0423*
Подозрительность	-0,313	0,7544
Обида	-0,053	0,9575
Чувство вины	0,160	0,8731
Индекс агрессивности	-0,333	0,7393
Индекс враждебности	-0,047	0,9628
ΔИв/Иа	0,260	0,795

* — критический уровень значимости при проверке статистической гипотезы 0,05 ($p < 0,05$)

агрессии на проявляемую (физическая, вербальная, косвенная) и переживаемую (негативизм, раздражительность, обида, чувство вины), затем результаты выражаются в виде индексов агрессивности и враждебности.

При анализе средних значений этих индексов обращает на себя внимание незначительное преобладание агрессивности над враждебностью у пациентов всех групп. Вероятно, это связано с тем, что больные рефлюксной болезнью более склонны проявлять агрессию и реже переживать скрытые эмоции, не реализованные физически или вербально.

При анализе межгрупповых различий среди этой категории больных уровень статистической значимости не достигался по всем показателям, кроме раздражительности (таблица 5). Раздражительность преобладала в группе пациентов ГЭРБ с эзофагитом. Этот параметр переживаемой агрессии означает различную склонность пациентов к раздражению и готовности при малейшем возбуждении излиться во вспыльчивости, резкости и грубости.

Таким образом, для группы больных ГЭРБ более характерны такие аспекты агрессивности, как физи-

ческая, косвенная и вербальная агрессия, и в меньшей степени — враждебность.

Группы пациентов с различными клиническими формами рефлюксной болезни различались по параметру «раздражительность» (таблица 5), которая также является активным, стеничным проявлением негативизма в отличие от таких форм, как подозрительность и обида. При сравнении групп пациентов индекс агрессивности имеет большее значение во второй группе, чем в первой, хотя не достигает уровня статистической значимости. При анализе корреляционных связей между уровнем тревожности и временем рН в пищеводе $< 4,0$ ед. статистически значимой зависимости нами найдено не было (таблица 6).

При проведении анализа зависимостей (таблица 6) нами были выявлена прямая корреляционная связь между индексом агрессивности и физической агрессией и временем рН в пищеводе $< 4,0$ ед. и обратная — с соотношением индекса враждебности к индексу агрессивности ($\Delta Ив/Иа$).

Таким образом, по нашим данным, наиболее информативными показателями, ассоциированными

Анализ зависимостей между эмоциональными состояниями больных ГЭРБ и продолжительностью кислого рефлюкса с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена

Показатели	Время pH в пищеводе < 4,0 ед., мин					
	1 группа		2 группа		Все пациенты	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Физическая агрессия	0,1538	0,3566	0,5510*	0,0029*	0,314*	0,011*
Вербальная агрессия	0,1616	0,3323	0,1928	0,5187	0,1560	0,2145
Косвенная агрессия	-0,5618	0,7376	0,0003	0,9988	0,0363	0,7738
Негативизм	-0,0368	0,8261	0,1305	0,5164	-0,0050	0,9679
Раздражительность	0,0817	0,6258	0,0971	0,6297	0,0864	0,4937
Подозрительность	-0,1169	0,4843	-0,0779	0,6993	-0,0853	0,4994
Обида	-0,2235	0,1773	0,1285	0,5229	-0,0911	0,4702
Чувство вины	0,0164	0,9219	-0,1679	0,4025	-0,0282	0,8231
Индекс агрессивности	0,2292	0,1661	0,2479	0,2123	0,2487*	0,046*
Индекс враждебности	-0,1565	0,3481	0,5338	0,7914	-0,0738	0,5586
Ситуативная тревожность	-0,1000	0,5285	-0,0388	0,8413	-0,0932	0,4390
Личностная тревожность	0,0024	0,8808	-0,1468	0,4473	-0,0701	0,5612
Ив/Иа	-0,320*	0,051*	-0,271	0,170	-0,329*	0,008*

* — критический уровень значимости при проверке статистической гипотезы 0,05 ($p < 0,05$)

со степенью тяжести ГЭРБ, являются физическая агрессия и индекс агрессивности.

Наши результаты согласуются с данными эпидемиологических и сравнительных исследований, в которых с помощью неспецифических психологических инструментов была выявлена высокая частота тревожных расстройств у пациентов с ГЭРБ по сравнению со здоровыми людьми [6], а также их выраженная связь с такими симптомами, как тошнота и изжога [7]. Впервые была доказана связь психологических особенностей личности с продолжительностью кислого рефлюкса при ГЭРБ. Полученные нами результаты могут быть применены в клинической психологии и терапевтической практике в условиях узкоспециализированных гастроэнтерологических стационаров Омской области.

Выводы

1. Для пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ характерен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, который по показателю ситуативной тревожности достоверно больше в группе больных неэрозивной рефлюксной болезнью.

2. В структуре агрессивности больных рефлюксной болезнью обнаружено преобладание агрессивности над враждебностью у пациентов всех групп, при этом параметр раздражительности в группе больных ГЭРБ с эзофагитом определялся как статистически достоверно более высокий, чем в группе ГЭРБ без эзофагита.

3. Наиболее информативными показателями, ассоциированными со степенью тяжести ГЭРБ, являются физическая агрессия и индекс агрессивности.

4. Полученные данные свидетельствуют о необходимости диагностики и коррекции эмоциональной сферы пациентов в комплексной терапии ГЭРБ.

Библиографический список

1. Старостин Б.Д. Фармакоэкономические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 5. — С. 50-55.
2. Пирамида гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с курсом эндоскопии [Электронный ресурс]. — Ярославль, 2003. — 2 электр. опт. диска (CD-ROM).
3. Johnston B.T. Stress, personality and social support in gastro-oesophageal reflux disease / B.T. Johnston, S.A. Lewis, A.H. Love // J. Psychosom. Res. — 1995. — Vol. 39. — № 2. — P. 221-226.
4. Kamolz T. Gastroesophageale Refluxkrankheit — eine psychologische Betrachtungsweise / T. Kamolz, F.A. Granderath, R. Pointner // J. fuer Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. — 2004. — Vol. 2. — № 2. — P. 15-20.
5. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода: патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. — М.: Трида-Х, 2002. — 105 с.
6. Антоненко О.М. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов с ГЭРБ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 23 с.
7. Ang T.L. A comparison of the clinical, demographic and psychiatric profiles among patients with erosive and non-erosive reflux disease in multi-ethnic Asian country / T.L. Ang // World J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 21. — № 6. — P. 3558-3561.

КАРЛОВСКАЯ Наталья Николаевна, кандидат психологических наук, заведующая курсом психосоматической медицины ОмГУ.

ЖУРАВЛЕВА Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ОмГМА.

ОСТАПЕНКО Владимир Артемьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ОмГМА.

Статья поступила в редакцию 16.10.06 г.

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

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОДОВОЙ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО РЕГИОНА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

В статье приводятся результаты анализа факторов риска, приводящих к перинатальным потерям по причине родовой травмы. Анализ подтверждает роль антенатальных факторов в формировании внутричерепной травмы, механических интранатальных — в спинальной и краниоспинальной. Морфологическим субстратом спинальных травм при отсутствии переломов, целостности связочного аппарата являются кровоизлияния эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные, плотный отек эпидуральной клетчатки со сдавлением спинного мозга.

Проблемы родовой травмы новорожденного привлекают к себе пристальное внимание акушеров, неонатологов, детских невропатологов. В понятие родовой травмы включают повреждения органов и тканей плода, возникающие в ходе родового акта в результате взаимодействия между изгоняющими родовыми силами и эластичностью тканей, адаптационными способностями и реактивностью плода [1]. Родовая травма находится в центре внимания акушеров еще и потому, что имеет место очевидная или кажущаяся управляемость патологии. Практически каждый случай родовой травмы и связанные с ней перинатальные заболеваемость и смертность считаются следствием врачебной ошибки и связывают с низким профессионализмом и с нарушением общепризнанных норм, правил, алгоритмов действия. По данным Ю.И. Барашнева [2], в России ежегодно диагностируется около 50 тыс. инвалидов с детства; при этом 60-70% причин детской инвалидности связано с перинатальной патологией. Травматические поражения имеет 2-7% новорожденных [14].

Родовая травма центральной нервной системы является наиболее тяжелой и опасна для жизни ребенка. Она объединяет различные по этиологии, патогенезу, локализации и степени тяжести патологические изменения нервной системы, возникающие в результате воздействия на плод в родах неблагоприятных факторов. К родовым травмам центральной нервной системы относят внутричерепные кровоизлияния, травмы спинного мозга вследствие различной акушерской патологии, а также механическое повреждение головного мозга, развивающееся в результате сдавления черепа костями таза матери при прохождении плода по родовому каналу. Родовая травма нервной системы в большинстве случаев возникает на фоне хронической гипоксии плода, обусловленной неблагоприятным течением беременности (гестозы, угрожающее прерывание беременности, инфекционные, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания, профессиональные вредности и др.).

Исследования А.Ю. Ратнера [10] убедительно показали, что повреждение спинного мозга плода встречается в родах намного чаще, чем диагностируется. Параллельно происходит совершенствование

методов диагностики заболеваний новорожденных, в том числе родовой травмы, связанное с внедрением в неонатальную практику современной диагностической аппаратуры.

Механические травмы возникают вследствие несоответствия размеров плода и родовых путей [1]. Возникновению родовых травм у новорожденного способствуют и другие акушерские проблемы, остающиеся до настоящего времени дискуссионными. К таковым относят: ведение родов при дородовом излитии околоплодных вод, особенно в сочетании со слабостью родовой деятельности, переношенностью, тазовым предлежанием плода и многоплодием, а также операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции, необоснованно поздний переход к выполнению кесарева сечения [9].

Целью проведенного исследования является клинико-статистическая оценка факторов риска, формирующих осложнения гестации и родов, приводящих к перинатальным потерям по причине родовой травмы, изучение особенностей морфологических изменений при аутопсии.

Материал и методы исследования

Проанализирован 131 случай родовой травмы новорожденного с неблагоприятным исходом, имевший место в 2000-2005 гг. в Омской области (основная группа). Контрольную группу формировали в виде выборки из историй родов методом параконии (при этом новорожденные не имели родовой травмы — 131 наблюдение). Использовались: амбулаторные карты беременных, истории родов и истории новорожденных, протоколы патологоанатомических исследований и специально разработанные карты экспертной оценки случая перинатальной смертности. Данные обработаны с применением пакета статистических программ Excel. Оценка результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента. Проводилось макроскопическое и микроскопическое исследование аутопсийного материала. Для гистологического исследования предварительно материал фиксировали в 10-процентном нейтральном формалине, после промывки и стандартной проводки заливали в парафин. Парафиновые срезы толщи-