View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE



# НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:159.942.25+616-006.04:159.972
DOI 10.11603/2415-8798.2019.2.10019

©Ю. Ю. Мартинова, Є. В. Харчук
*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова*
*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ*

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

**Резюме.** Функціонування системи органів травлення, загалом, взаємодіє зі станом психічної сфери людини, тому більшість захворювань шлунково-кишкового тракту відносять до психосоматичної патології. У сучасному розумінні психосоматична медицина є наукою, що вивчає взаємозв'язки між психічними і соматичними процесами. Підвищений інтерес до цієї проблеми можна вважати повністю закономірним, оскільки на практиці доволі часто відхилення від оптимальної життєдіяльності організму, що класифікуються в якості захворювання, стану, реакції або дезадаптації, не можуть пояснюватись виключно у контексті морфологічної будови людини.
**Мета дослідження** – вивчити порушення психологічної адаптації у пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).
**Матеріали і методи.** Ми оцінювали наявність, вираження, поширення та локалізацію запальної реакції слизової оболонки нижньої третини стравоходу, а також наявність ерозивно-виразкових змін та їх ускладнень. Психологічне обстеження хворих включало індивідуальну бесіду та психодіагностичне тестування за допомогою опитувальників, що допускають кількісну оцінку досліджуваних ознак. Статистичне опрацювання результатів досліджень було здійснено за допомогою методів варіаційної статистики, які реалізувались стандартним пакетом прикладних програм Statistica for Windows 6.0. Порівнювали два середні показники за допомогою t-критерію Стьюдента і непараметричних критеріїв. Водночас розбіжності між середніми показниками вважали вірогідними при досягнутому рівні значимості (p) нижче 0,05.
**Результати досліджень та їх обговорення.** Під нашим спостереженням перебувало 45 пацієнтів із ГЕРХ. Для верифікації діагнозу ми використовували ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, яке здійснювали за допомогою гнучких фіброгастроскопів типу Olympus за загальноприйнятою методикою. Серед обстежених були 31 жінка та 14 чоловіків віком 19–70 років, середній вік становив (45,67±2,32) року. Вивчаючи анамнез, ми побачили, що тривалість захворювання коливалась у середньому від 7 місяців до 20 років. Водночас, найчастіше був анамнез від 1 до 5 років (51,1% пацієнтів), а середня тривалість захворювань становила (7,77±1,35) року.
**Висновки.** За даними Мінесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI), зміни психологічного статусу обстежених хворих на ГЕРХ було виявлено у 76,7 %. Найзначущими з-поміж були: депресія (63,3 %), іпохондрія (43,3 %) та психастенія (20,0 %).

**Ключові слова:** ГЕРХ; психологічні розлади; тривога; депресія; психологічна дезадаптація.

**ВСТУП** Психосоматичні розлади є поширеним явищем, особливо у високорозвинених країнах, тому саме через прогресуючу стресогенність суспільства спостерігають стійку тенденцію до зростання їх загальної кількості. Захворювання, що є психосоматичними за походженням і соматичними за проявами, відзначаються досить значною питомою вагою як у поліклінічній, так і в стаціонарній мережі. Статистичні дані вказують на те, що близько 1/3 хворих, яким надають медичну допомогу, на первинному рівні страждають від емоційних розладів. При цьому частота психосоматичних порушень коливається від 15 до 60 % з-поміж загальної кількості населення, а в пацієнтів, які звернули до лікаря первинно, – від 30 до 57 %. У багатопрофільних лікарнях психосоматичні розлади було виявлено у 53,6 % випадків. Відповідно до об'єднаних даних ВООЗ, від 38 до 42 % пацієнти, які відвідують кабінети соматичних лікарів, можуть належати до групи психосоматиків. Протягом останніх 25–30 років є очевидним різке зростання кількості хворих із психосоматичною патологією. Це першочергово стосується захворювань серцево-судинної системи і шлунково-кишкового тракту, ендокринних розладів та хронічних неспецифічних захворювань [1–7].

Сучасна психосоматика розрізняє певні групи чинників, які, головним чином, зумовлюють розвиток психосоматичних розладів. До цих чинників можна віднести генетично зумовлену схильність: наявність відповідних особистісних особливостей із яскраво вираженими рисами депресивності, істероїдності, іпохондрії, а також тривожно-фобічними станами та ін. Унаслідок певних впливів зовнішнього середовища, наприклад при потраплянні у важкі життєві ситуації, коли людина втрачає контроль над ситуацією, формуючи при цьому відчуття безнадійності та безпорадності, психологічна проблема досить часто перетворюється на фізичну. Вагому роль відіграють і психосоціальні фактори, спричинені зовнішніми гострими або хронічними впливами на психічну сферу людини [8].

Основним каталізатором, що провокує та визначає розвиток психологічних проблем, є переважно психоемоційні та психосоціальні стреси. З точки зору стресової реакції, характер ситуації не має значення, а лише потреба та можливість здійснити пристосувальні функції і відновити у такий спосіб нормальний стан [9]. У працях науковців, а особливо це стосується робіт зарубіжних вчених, з метою детермінування виключно шкідливого або неприємного стресу зазвичай використовують термін "дистрес". Поняття дистресу є досить широким і включає:

1) тривогу чи ментальне страждання;
2) сильне напруження;
3) фізичний дискомфорт на гострому рівні;
4) стан, коли людині необхідна негайна допомога;
5) фізичне виснаження та ін.

Вчені та практичні лікарі важливе значення приділяють питанням психологічної корекції пацієнтів, що дає

змогу вживати адекватних та своєчасних заходів щодо запобігання розвитку психологічної дезадаптації, якою вважають порушення здатності людини пристосуватися до умов існування, насамперед, це втрата пристосованості до умов соціального середовища. У більш широкому значенні дезадаптацію розглядають як своєрідний конфлікт між наявною формою життєзабезпечення та зовнішнім середовищем.

В якості проміжного стану між здоров'ям і хворобою в континуумі від норми до патології дезадаптацію необхідно діагностувати з метою її подальшої корекції шляхом використання методів, які значною мірою підвищують стійкість людини до негативних впливів навколишнього середовища. Вважають, що саме психічна дезадаптація є основною причиною розвитку більшості соматичних захворювань [10]. Аналізуючи функціональні розлади, варто відзначити, що в поєднанні з генетичною схильністю вони можуть бути первинними та формувати порушення фізіології травної системи (вісцеральну гіперчутливість, дискінезії та ін.). У свою чергу, порушення фізіології за участі психосоціальних факторів зумовлює розвиток функціональних захворювань [12]. При відсутності адекватної допомоги хворий залишається приреченим часто відвідувати лікаря та приймати зайві медикаменти, що зумовить зміну його поведінки та зниження якості життя. У результаті досліджень було встановлено, що пацієнти з симптомами шлунково-стравохідного рефлюксу та супутніми психологічними розладами звертаються за медичною допомогою переважно швидше порівняно з пацієнтами без розладів. Це може бути пов'язане з тривогою і стурбованістю з приводу наявних проявів та депресією [14].

Питання стосовно частоти порушень психічного статусу в пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобу (ГЕРХ), а також їх впливу на формування клінічної картини та ефективність лікування захворювання вивчене на недостатньому рівні, а наявні результати досліджень є досить часто суперечливими. Необхідно першочергово вивчати ендоскопічно негативну ГЕРХ, в основу діагностики якої покладено суб'єктивні дані, тобто скарги хворого та виявлення симптомів [16]. За статистичними даними, поширення психологічного дистресу в загальній чисельності пацієнтів із ГЕРХ – 40,6 %, і водночас відповідь на лікування інгібіторами протонної помпи перебуває в оберненій залежності від ступеня психологічної дезадаптації [18]. Приблизно 9 % випадків рефрактерної ГЕРХ зумовлено саме психологічною дезадаптацією. Ці результати вказують на те, що психологічна дезадаптація – це самостійний фактор формування клінічної картини ГЕРХ у 9,1 % пацієнтів та одна із причин неефективності лікування захворювання.

Окремо було встановлено, що наявність ознак порушеної психічної адаптації прямо корелює з інтенсивністю печії. Однак конкретний кореляційний зв'язок між психічним станом і ушкодженням слизової оболонки стравоходу залишається не визначеним. Більш високою є поширеність психічних супутніх захворювань у пацієнтів із неерозивною рефлюксною хворобою (46,7 %), порівняно з пацієнтами, в яких діагностовано ерозивний езофагіт (26,4 %). Тому можна припустити, що зв'язок між вираженням симптому та відхиленням психічного статусу пацієнта є двостороннім. Порушення психічної адаптації сприяє, з одного боку, формуванню гіперчутливості стравоходу, на тлі якої навіть незначні впливи сприймаються досить драматично. З іншого боку, є можливою і зворотна ситуація, якщо виражений рефлюкс із тяжкими клінічними проявами дуже погіршує самопочуття пацієнта. В результаті виникають зміни з боку психічного статусу, відбувається формування патологічного кола, а також психічна дезадаптація й інтенсивність симптомів посилюють одна одну.

Основним симптомом при ГЕРХ, що впливає на самопочуття хворого і визначає якість його людини, – це печія, яка виникає в результаті патологічного закидання у стравохід вмісту шлунка. Крім того, відчуття печії може виникати не лише через ГЕРХ, але й у зв'язку з гіперчутливістю стравоходу на фоні змін психічного статусу. Вісцеральною гіперсенситивністю є підвищена чутливість рецепторів стінки шлунка чи стравоходу до розтягування. Зауважимо, що больовий синдром виникає у випадку значно меншого підвищення тиску всередині органа.

**Метою дослідження** було вивчити порушення психологічної адаптації пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** В якості ендоскопічних ознак ми оцінювали наявність, вираження, поширення та локалізацію запальної реакції слизової оболонки нижньої третини стравоходу, а також наявність ерозивно-виразкових змін та їх ускладнень. Особливу увагу було приділено функціональному стану кардії і воротаря, проявам гастроезофагеального та дуоденогастрального рефлюксів та ознакам наявності грижі стравохідного отвору діафрагми. Оцінювали кислотоутворювальну функцію шлунка та виявляли закиди шлункового вмісту в стравохід за допомогою внутрішньошлункового багатогодинного або добового pH-моніторування з використанням комп'ютерної системи. Критерієм оцінки патологічного кислого та лужного шлунково-стравохідного рефлюксу було обрано рівень внутрішньостравохідного pH відповідно <4,0 і >7,0 протягом понад 5,0 % часу дослідження.

Психологічне обстеження хворих включало індивідуальну бесіду та психодіагностичне тестування за допомогою опитувальників, що допускають кількісну оцінку дослідних ознак. У роботі ми використали такі психологічні тести:

1) Мінесотський багатофакторний особистісний опитувальник (MMPI) як одну із найпопулярніших психодіагностичних методик;

2) шкалу HADS з метою визначення рівня тривожності та депресії: 0–7 балів – норма; 8–10 – помірна тривожність/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривожність/депресія;

3) методику Тейлора в модифікації Немчина з метою визначення особистого рівня тривожності: 0–5 балів – низька; 6–15 балів – середня; 16–25 балів – середня з тенденцією до високої; 26–40 балів – висока; 41–50 балів – дуже висока;

4) шкалу Гамільтона для визначення рівня депресії: менше 9 балів – норма; 9–15 – незначний ступінь депресивності; 16–20 – наявність невротичної депресії; вище 20 – розгорнутий депресивний синдром;

5) Торонтську шкалу алекситимії (TAS): алекситимічними вважають осіб, які набрали 74 та більше балів; відсутність алекситимії – показник менше 62 балів.

Статистичне опрацювання результатів досліджень було здійснене за допомогою методів варіаційної статистики, які реалізувались стандартним пакетом прикладних програм Statistica for Windows 6.0. Ми проводили порів-

няння двох середніх показників за допомогою t-критерію Стьюдента і непараметричних критеріїв. Водночас, розбіжності середніх показників ми вважали вірогідними при досягнутому рівні значимості (p) нижче 0,05.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** За результатами MMPI, у 76,7 % пацієнтів визначались зміни специфіки особистості, усі жінки зі зміною психологічного статусу, а в 30 % чоловіків відзначались підйомом за двома та більше шкалами. За частотою та вираженням проявів найзначимішими з-поміж них були депресія (50 %), іпохондрія (30 %) та психастенія (20 %) (рис.).

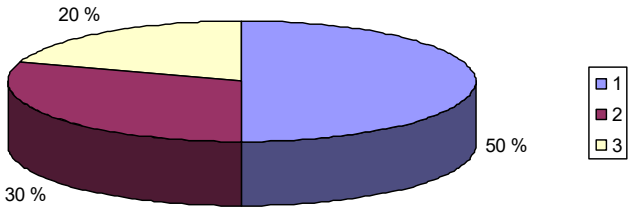


Рис. Результати за Мінесотським багатофакторним особистісним опитувальником.

Під час оцінювання усереднених профілів MMPI було відзначено те, що профіль пацієнтів із сильною чи дуже сильною печією був на вищому рівні, ніж у пацієнтів зі слабким чи помірним вираженням зазначеного симптому. Найчастіше спостерігали іпохондричний синдром (p=0,03), депресивні тенденції (p=0,05), конверсію (p=0,04) та психастенію (p=0,03) у пацієнтів із сильною чи дуже сильною печією. В обстежених у процесі дослідження рівня тривожності ми помітили, що низького рівня тривожності як фізіологічної норми не мав жоден пацієнт, при цьому в переважної кількості обстежених спостерігали високий (62,2 %) і дуже високий (17,8 %) рівні тривожності, що проявлялась у формі внутрішнього напруження, сильної стурбованості й підвищеного рівня пітливості, а окремі пацієнти мали часте сечовиділення. Середній рівень тривожності в обстежених становив (30,50±3,99) бала. Результати досліджень депресивного синдрому показали те, що наявність депресії була майже в усіх (91,2 %) пацієнтів із ГЕРХ, проте за рівнем вираження переважала слабо (48,9 %) і помірно виражена депресивності (15,6 %); середній рівень депресії становив (17,67±2,77) бала.

Клінічно зазначені явища проявлялись у формі апатії, туги, почуття безнадійності, поганого настрою або різких перепадів настрою від відчуття внутрішнього неспокою до зневіри, думок про безперспективність свого подальшого лікування, а також песимістичної оцінки особистих можливостей. У результаті ми встановили, що є високою частота виявлення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із ГЕРХ, однак за інтенсивністю тривожність значною мірою перевищує вираження депресивного синдрому.

Значну увагу спеціалістів привертає така психологічна особливість як алекситимія, тобто ускладнення при визначенні та описанні або, іншими словами, вербалізації власних емоцій та емоцій інших людей, а також тілесних відчуттів, фантазій і внутрішніх переживань. Науковці вважають потенційну роль алекситимії як фактора ризику розвитку психосоматичних захворювань. Алекситимію було виявлено під час нашого експерименту приблизно в 50 % випадків переважно у вигляді наявності окремих алекситимічних рис. Беручи до уваги високу частоту психологічних порушень в пацієнтів із ГЕРХ, ми проаналізували динаміку основного захворювання відповідно до наявної психологічної дезадаптації у віддаленому періоді. Ми виокремили групу хворих у кількості 11 осіб, які після виписки зі стаціонару в задовільному стані через 3 місяці знову скаржились на печію. У результаті було встановлено, що всі пацієнти відзначали симптоми тривожно-депресивного спектра, при цьому 81,8 % з них – 2–3 і більше. Найчастіше мав місце депресивний (90,9 % хворих) і тривожний синдроми (72,7 %), водночас у 54,5 % випадків зазначені синдроми піддавались нашаровуванню.

Набагато рідше було зафіксовано астенічний синдром, що мав прояв у формі виснаження, підвищеної втомлюваності, емоційної лабільності; іпохондричний синдром (зацикленість пацієнта на проблемах власного здоров'я, постійні скарги і стурбованість) та конверсійний чи істеричний синдром, при якому демонстрацію симптомів фізичного захворювання використовують як засіб вирішення складних ситуацій.

**ВИСНОВКИ** 1. Показники профілю MMPI виявились вищими у хворих із сильною і дуже сильною печією. У свою чергу, проведення специфічних тестів на виявлення тривоги і депресії (HADS, Тейлора, Гамільтона) дали змогу встановити зазначені у значно більшої кількості хворих (100 та 91,2 % відповідно), порівняно з даними MMPI, а також визначити інтенсивність цих синдромів, завдяки чому їх можна вважати більш чутливими та зручними у використанні. Окремо ми встановили те, що хоча депресивні ознаки були виявлялені у значної кількості обстежених, вони не були вираженими у цілому.

2. Дослідження, проведені у віддаленому періоді, вказують на те, що наявність психологічної дезадаптації у пацієнтів із ГЕРХ унеможливлює досягнення стійкої ремісії щодо основного захворювання і вимагає відповідної корекції.

**Перспективи подальших досліджень** Вивчення особливостей психологічної дезадаптації пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою можна вважати фрегментним дослідженням, яке у подальшому можна розширити для визначення засобів лікування зазначених пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абилов К. У. Клинические особенности психогенных расстройств у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / К. У. Абилов // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2010. – № 2, 3 (15, 16). – С. 182–183.

2. Александровский Ю. А. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 "Психиатрия" / Ю. А. Александровский. – Томск, 2007. – 391 с.

3. Бабич П. Н. Применение статистических методов в практике клинических исследований / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2004. – № 2 (40). – С. 138–143.

4. Бордин Д. С. Клинико-патогенетические варианты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и их дифференци-

рованная терапия : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.28 "Гастроэнтерология" / Д. С. Бордин. – М., 2010. – 135 с.

5. Быков К. М. Учение И. П. Павлова и современное естествознание / К. М. Быков // Избр. произв. – М. : Наука, 1953. – Т. 1. – С. 376–397.

6. Бубякина В. Н. Клинико-психосоматические проявления и принципы дифференцированной фармакотерапии больных неэрозивной рефлюксной болезнью : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.05 "Внутренние болезни" / В. Н. Бубякина. – СПб., 2009. – 117 с.

7. Вейн А. М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии / А. М. Вейн // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. VII, № 3. – С. 76–77.

8. Ивашкин В. Т. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, А. С. Трухманов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 2. – С. 13–19.

9. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдк. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.

10. Косинская С. В. Объективизация тревожно-депрессивных расстройств и обоснование назначения их коррекции у больных гастроэнтерологического профиля / С. В. Косинская // Гастроентерологія / Gastroenterology : збірник наукових статей. – Дніпропетровськ, 2013. – Вип. № 4(50). – С. 13–17.

11. Кукушкин М. Л. Психогенные болевые синдромы / М. Л. Кукушкин // Боль. – 2004. – № 1. – С. 2–6.

12. Лоранская И. Д. Функциональные расстройства билиарного тракта / И. Д. Лоранская. – М. : Форте принт, 2013. – 92 с.

13. Овсянников С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М. : Триада-Фарм, 2001. – 100 с.

14. Радченко В. Г. Вопросы стратегии и тактики профилактики донозологических состояний и заболеваний внутренних органов / В. Г. Радченко. – М., 2011. – 397 с.

15. Сидоров П. И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным / П. И. Сидоров, И. А. Новикова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2010. – № 1.

16. Титов А. Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с различным состоянием вегетативного тонуса : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.05 "Внутренние болезни" / А. Н. Титов. – М., 2009. – 122 с.

17. Успенский Ю. П. Клинические перспективы использования препаратов на основе альгиновой кислоты в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ю. П. Успенский, Н. В. Барышникова, И. Г. Пахомова // РЖГГК. – 2009. – Т. 19. – № 2. – С. 79–84.

18. Циммерман Я. С. Гастроэнтерология. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии / Я. С. Циммерман. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 799 с.

19. Шептулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А. А. Шептулин // Клиническая медицина. – 2008. – № 6. – С. 8–12.

20. Kim J. Y. Association of sleep dysfunction and emotional status with gastroesophageal reflux desease in Korea / J. Y. Kim // Neurogastroenterol. Motil. – 2013. – Vol. 19, No. 3. – P. 344–354.

21. Lee Y. C. Comparative analysis between psychological and endoscopic profiles in patients with gastroesophageal reflux disease: a prospective study based on screening endoscopy / Y. C. Lee // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2006. – Vol. 21. – 798–804.

22. Mizyed I. Review article: gastro-oesophageal reflux disease and psychological comorbidity / I. Mizyed, S. S. Fass, R. Fass // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2009. – 29. – 351–358.

23. Nojkov B. The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease / B. Nojkov // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 27. – 473–82.

24. Rivkina N. EMC participates in the development of psychosomatic medicine at the international level [Electronic resource] / N. Rivkina. Access mode : http://www.emcmos.ru/en/profession/a21165.

25. Richter J. The refractory GERD patient / J. Richter // World Gastroenterol. News. – 2007. – Vol. 12. – P. 11–13.

Отримано 09.04.19

**©Y. Y. Martynova, Y. V. Harchuk**

***M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University***
***O. Bohomolets National Medical University, Kyiv***

**THE PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**Summary.** The article presents up-to-date data concerning psychosomatic problem in medicine, in particular world experience of studying disorders of psychological of adaptation in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), as well as own researches data. When using psychological tests, detection rate of anxiety and depression in patients with GERD was 100 and 91.2 % respectively. The research studies revealed that presence of psychological dysadaptation in patients with GERD makes it impossible to achieve a stable remission of the underlying disease and necessitates appropriate correction.

**The aim of the study** – to determine the specificity of psychological dysaptation of the patients with gastroesophageal reflux disease.

**Materials and Methods**. 45 patients with GERD were under our supervision. To verify the diagnosis we used an endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract that was performed using flexible Olympus-type fibrogastrostocks according to the generally accepted technique.

**Results and Discussion.** Among 45 patients there were 31 women and 14 men, the age of patients varied from 19 to 70 years, the mean age was (45.67±2.32) years. The anamnesis showed that the duration of the disease varied from 7 months to 20 years. At the same time a history of 1 to 5 years showed more often: in 51.1 % of the patients. The average duration of illnesses of the examined patients was (7.77±1.35) years.

**Conclusions**. According to MRI, changes in the psychological status of the examined patients with GERD were detected in 76.7 %. The most significant of them were: depression (63.3 %), hypochondria (43.3 %) and psychasthenia (20.0 %).

**Key words:** gastroesophageal reflux disease; mental disorders; anxiety; depression; psychological dysadaptation.

**©Ю. Ю. Мартынова, Е. В. Харчук**

***Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова***
***Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев***

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Резюме.** Функционирование системы органов пищеварения взаимосвязано с состоянием психической сферы человека, соответственно, большинство заболеваний желудочно-кишечного тракта относится к психосоматической патологии. В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается в качестве науки о взаимосвязи психических и соматических процессов. Значительный интерес к данной проблеме вполне закономерный, поскольку на практике все чаще приходится сталкиваться с ситуациями, когда отклонение от оптимальной жизнедеятельности организма, характеризующиеся как заболевание, состояние, реакция или дезадаптация, не могут быть объяснены исключительно в контексте морфологического строения человека.

**Цель исследования** – изучить нарушения психологической адаптации у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРХ).

**Материалы и методы.** Мы оценивали наличие, выражение, распространение и локализацию воспалительной реакции слизистой оболочки нижней трети пищевода, а также наличие эрозивно-язвенных изменений и их осложнений. Психологическое обследование больных включало индивидуальную беседу и психодиагностическое тестирование с помощью опросников, допускающих количественную оценку исследуемых признаков. Статистическая обработка результатов исследований была осуществлена с помощью методов вариационной статистики, которые реализовались стандартным пакетом прикладных программ Statistica for Windows 6.0. Сравнивали два средних показатели с помощью t-критерия Стьюдента и непараметрических критериев. В то же время различия между средними показателями считали достоверными при достигнутом уровне значимости (p) ниже 0,05.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с ГЭРБ. Для верификации диагноза мы использовали эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которое осуществляли с помощью фиброгастроскопов типа Olympus по общепринятой методике. Среди 45 обследованных больных были 31 женщина и 14 мужчин возрастом 19–70 лет, средний возраст составил (45,67±2,32) года. Изучение анамнеза показало, что продолжительность заболевания колебалась от 7 месяцев до 20 лет. При этом в 51,1 % больных оказывался анамнез от 1 до 5 лет. Средняя продолжительность заболеваний обследованных больных была (7,77±1,35) года.

**Выводы.** По данным Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРИ), изменения психологического статуса обследованных больных ГЭРБ были обнаружены в 76,7 %. Наиболее значимыми среди них были: депрессия (50 %), ипохондрия (30 %) и психастения (20 %).

**Ключевые слова:** ГЭРБ; психологические расстройства; тревога; депрессия; психологическая дезадаптация.

**Адреса для листування:** Ю. Ю. Мартинова, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна, e-mail: yulianamart@gmail.com