

На правах рукописи

**БЕЗРУКОВ**  
**Юрий Николаевич**

**«Особенности клинического течения гастроэзофагеальной  
рефлюксной болезни в зависимости от  
психосоматического состояния пациентов»**

**14.01.04 – внутренние болезни**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Санкт-Петербург – 2017**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

**Трофимов Василий Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В.Черноруцкого с клиникой федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Официальные оппоненты:**

**Ткаченко Евгений Иванович**, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор 2-й кафедры (терапии усовершенствования врачей) федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации;

**Барановский Андрей Юрьевич**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и гепатологии Санкт-Петербургского государственного университета.

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.090.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8, тел. 8(812)3387104, e-mail: [usovet@spb-gmu.ru](mailto:usovet@spb-gmu.ru)), зал заседаний Ученого Совета).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте: <http://1spbgmu.ru>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор



В.Н.Марченко

### **Актуальность проблемы**

Чрезвычайно широкая распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во всем мире обуславливает то, что в последние годы заболевание занимает одно из главенствующих мест в структуре гастроэнтерологической заболеваемости по сохраняющемуся числу исследований и научных публикаций, посвященных данной проблеме. Еженедельно симптомы заболевания выявляются у 20% взрослого населения (Nandurkar S, Talley N.J., 2000), что закономерно приводит к значительному снижению качества жизни при этой болезни (Wahlqvist P., 2001). При этом преимущественно распространена неэрозивная форма заболевания (Orenstein S.R., 2006).

До сих пор отсутствует общепринятая классификация ГЭРБ.

Важную роль в развитии ГЭРБ, в особенности НЭРБ, имеет психосоматическая составляющая, оказывающая существенное влияние на клиническое течение данной патологии и качество жизни больных, так как те или иные отклонения в психической сфере регистрируются практически у 55-100% от всех обращающихся за медицинской помощью пациентов (Kamolz T., Granderath F.A. с соавт., 2001).

Так же следует признать, что в критериях, используемых в настоящее время для диагностики и назначения лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, практически отсутствует учёт и рациональная трактовка психосоматических характеристик. Поэтому психофизиологические механизмы, рассматриваемые через призму психосоматической составляющей, у лиц, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, требуют более внимательного изучения. В связи с этим необходимо уточнить характер изменений психологического состояния у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и их динамику, связанную с особенностями клинического течения заболевания. Поэтому насущно необходимым представляется продолжение исследований, направленных на конкретизацию патогенетических механизмов формирования ГЭРБ с позиции её психосоматической обусловленности. Кроме того, особое значение приобретает комплексная оценка качества жизни пациентов. И, наконец, кардинальной проблемой остаётся, по-прежнему, разработка адекватной тактики лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, основанной на анализе индивидуальных особенностей заболевания у конкретного больного. Ведь до сих пор отмечается отсутствие эффекта от стандартной терапии у 5-10% больных ГЭРБ, и у 24% с НЭРБ. (Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., 2009).

### **Цель исследования**

Оценить влияние психосоматического состояния на клиническое течение и качество жизни больных неэрозивной формой ГЭРБ.

### **Задачи исследования**

1. Дать характеристику основных клинических эзофагеальных и экстраэзофагеальных проявлений и их динамику на фоне психотропной терапии у пациентов с неэрозивной и эрозивной формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.
2. Выявить частоту астено-вегетативных нарушений и их динамику на фоне комбинированной терапии у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью.
3. Оценить особенности психосоматических расстройств и их динамику на фоне психотропной терапии у больных неэрозивной рефлюксной болезнью в сравнении с больными эрозивной формой.
4. Провести комплексный сравнительный анализ показателей качества жизни у больных неэрозивной рефлюксной болезнью и эрозивной рефлюксной болезнью и их динамику на фоне психотропной терапии.

5. Оптимизировать тактику лечения неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, с учетом характера изменений психосоматического состояния (статуса) и качества жизни пациентов.

### **Научная новизна**

1. Впервые комплексно, с использованием современных методов психологического обследования больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, уточнены особенности психологического статуса, связанные с формой заболевания.
2. Впервые установлена сопряженность между характером и выраженностью личностно-психологических параметров больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с особенностями её клинического течения, подтверждающаяся наличием множественных тесных статистических зависимостей между её клиническими и психосоматическими проявлениями.
3. Впервые изучены особенности качества жизни больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированные с клиническими и психосоматическими проявлениями заболевания.
4. Впервые проведена комплексная оценка эффективности фармакотерапии при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, основанная на совокупном анализе динамики клинических проявлений эзофагеальных и экстраэзофагеальных симптомов, показателей психологического статуса и качества жизни пациентов.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

1. Уточнены дифференциально-диагностические клинические, психосоматические, эндоскопические, рентгенологические критерии основных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, адекватные для использования в клинической практике.
2. Динамические исследования психосоматических проявлений качества жизни у больных с ГЭРБ являются объективным показателем оценки эффективности проводимого лечения и дают возможность охарактеризовать тяжесть клинического течения, что позволяет использовать методику психосоматического тестирования и измерения качества жизни в практике работы амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений и стационаров терапевтического профиля.
3. При лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наряду со средствами базисной терапии дополнительное использование психотропных препаратов, таких как феназепам, флуоксетин, тиоридазин, способствует оптимальной регрессии клинических проявления заболевания, стойкости консолидированной ремиссии и повышению качества жизни пациентов.

### **Методология и методы исследования**

Методология диссертационного исследования базируется на традиционных методах эмпирического (наблюдения, измерения) и теоретического (формализация, гипотеза) уровня.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Выраженность клинических проявлений у больных неэрозивной рефлюксной болезнью взаимосвязана с психологическими и личностными особенностями пациентов.
2. Исследование качества жизни у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является действенным методом дифференцированной оценки формы заболевания и эффективности проводимого лечения.

3. В основе повышения эффективности фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни должна лежать комплексная оценка не только клинических проявлений заболевания, но и всесторонний анализ психосоматических проявлений болезни и выраженности изменений показателей качества жизни больных.
4. Включение в терапию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни препаратов, обладающих избирательным психокорректирующим действием, значительно повышает эффективность лечения и качество жизни пациентов.

### **Личный вклад автора**

Автором проведено комплексное обследование 105 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, а также 20 практически здоровых лиц. Лично автором произведены сбор, структуризация и оценка психологического статуса и показателей качества жизни больных до и после стационарного лечения. Проведен сравнительный анализ эффективности различных схем психокорректирующего лечения, в зависимости от выявленных клинических и психосоматических проявлений заболевания, а также показателей качества жизни. Полученные результаты обработаны с применением прикладных пакетов статистического анализа (Statgraphics, STATISTICA for Windows).

### **Апробация работы**

Материалы диссертации доложены на следующих научных конференциях: секционных заседаниях 7-й Российской Гастроэнтерологической Недели (Москва, 2001 г.); на 4-м Российском научном медицинском форуме «Санкт-Петербург – Гастро-2002» (Санкт-Петербург, 2002 г.); на юбилейной Российской научной конференции с международным участием, посвящённой 175-летию со дня рождения С.П.Боткина (Санкт-Петербург, 2007 г.); на гастроэнтерологической секции Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П.Боткина (Санкт-Петербург, 2009 г.).

### **Внедрение в практику**

Основные положения результатов исследования нашли применение в практической работе клиники госпитальной терапии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Результаты диссертационного исследования применяются в учебном процессе при подготовке студентов на кафедре госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В.Черноруцкого ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 12 таблицами и 22 рисунками. Библиография включает 280 источников, из которых - 145 иностранных авторов.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Общая характеристика обследованных больных**

Исследование по изучению клинических и психосоматических особенностей и качества жизни у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью проводилось на базе 6 стационаров г. Санкт-Петербурга:

- клиника госпитальной терапии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова;

- клиника 2-й кафедры терапии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова;
- гастроэнтерологический центр 442 окружного военного клинического госпиталя им. З.П. Соловьёва;
- отделение гастроэнтерологии Елизаветинской больницы;
- кардиологическое отделение с терапевтическими койками городской Покровской больницы;
- терапевтическое отделение городской больницы № 15.

Способ организации выборки обследованных больных носил характер стратифицированного отбора с формированием простой случайной выборки больных с ГЭРБ в зависимости от клинического варианта.

В целях минимизации нежелательных эффектов квазиэкспериментального плана и придания выборке максимальной клинической однородности, в состав обследованных пациентов были включены больные с ГЭРБ только в сочетании с другими кислотозависимыми заболеваниями (хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим панкреатитом).

Всего в состав конечной выборки было включено 105 пациентов с ГЭРБ. Соотношение мужчин и женщин составило 1,5:1 (63 и 42 человек соответственно). Из них 71 больной с неэрозивной рефлюксной болезнью (М/Ж=41/30; средний возраст  $38,2 \pm 6,1$  года) и 34 пациента с эрозивной рефлюксной болезнью (М/Ж =22/12; средний возраст  $36,3 \pm 9,2$  года). Первая группа - опытная (71 больной) получала комплексное лечение, включающее базисное патогенетическое, симптоматическое и психотропное лечение. Вторая группа - группа сравнения (34 пациента) получала только традиционное лечение, без психотропной поддержки. Контрольную группу составили практически здоровые лица молодого возраста (средний возраст  $19 \pm 1,5$ ) в количестве 20 человек с соотношением мужчин и женщин (18:2).

Срок течения заболевания у пациентов в данной выборке составлял в среднем  $4,5 \pm 3,8$  года в пределах от полугода до 10 лет.

### **Методы исследования**

#### **а) Методы клинического исследования.**

Во-первых, клиническое обследование больных включало в себя традиционную оценку жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данных объективного обследования.

Во-вторых, в целях более тщательного обследования каждый пациент был подвергнут специальному анкетному скринингу. На каждого из обследованных была заполнена анкета. Она включала:

1. Паспортную часть, содержащую общие сведения о больном.
2. Жалобы. В этот раздел помимо сведений, полученных от больного, были включены ответы более чем на 100 целенаправленных вопросов, помогающих больному максимально подробно описать индивидуальные особенности заболевания.
3. Анамнестическую часть, включающую в себя детальный анамнез заболевания, анамнез жизни, наследственность, характер питания, возраст начала заболевания, общую длительность заболевания, наличие вредных привычек (курение, алкоголь), элементов стресса в повседневной жизни.
4. Данные объективного обследования, включающих также более 100 параметров. Дифференциальная диагностика ГЭРБ основывалась на исключении органических заболеваний, имитирующих заболевание.

Оценку степени выраженности рефлюкс-эзофагита определяли в соответствии с классификацией по Tytgat I. (1990). Согласно этой классификации, 0 степени соответствует интактная слизистая оболочка пищевода, I степени - отек и эритема слизистой оболочки, II степени - поверхностные линейные эрозии, III степени - сливающиеся эрозии, охватывающие всю поверхность слизистой оболочки, IV - выраженное повреждение слизистой оболочки пищевода (эрозивно-язвенные изменения) или осложнения, включая стриктуру и укорочения пищевода, кровотечения, перфорации, пищевод Барретта.

#### **б) Методы инструментального исследования.**

1. Эндоскопическое исследование слизистой оболочки пищевода осуществлялось при помощи гибких фиброэзофагогастродуоденоскопов фирмы «OLYMPUS». Исследование проводилось всем обследованным пациентам с ГЭРБ. При проведении данного исследования оценивались макроскопические изменения в слизистой оболочке, характер и степень их выраженности.

2. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки дистального отдела пищевода с целью исключения пищевода Барретта и злокачественных новообразований.

3. Рентгенологическое исследование: рентгеноскопия пищевода и желудка. Данное исследование проводилось выборочно (12 больным с неэрозивной ГЭРБ, 14 больным с эрозивной ГЭРБ) с целью оценки состояния функции кардии и моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка, наличия и выраженности скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, исключения стенозов и онкологической патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

4. Исследование кислотности желудка – [топографическая рН-метрия](#) с целью определения состояния секреторной функции желудка.

5. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было проведено всем с целью исключения сопутствующей патологии органов брюшной полости.

#### **в) Методы психологического исследования.**

Психологическая часть обследования состояла из индивидуальной беседы с пациентом (выявление первичности эмоционально-стрессовой причины дебюта или обострения болезни) и психодиагностических тестов, допускающих количественную оценку изучаемых признаков, и, соответственно, статистическую обработку результатов:

1. Миннесотский многомерный личностный опросник (ММРП) в модификации СМОЛ (сокращённый многофакторный опросник личности).

2. Шкала тревожности Ч.Д.Спилберга-Ю.Л.Ханина.

3. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ).

4. Тест «Депрессия» (Жмуров В.А., Иркутский медицинский университет, 1995).

#### **г) Методы исследования качества жизни.**

Исследование качества жизни (КЖ) у больных с ГЭРБ проводилось с помощью методики самого популярного в настоящее время и доступного для широкого круга врачей опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form).

Анкетирование качества жизни было проведено у 105 больных с ГЭРБ, а также у 20 практически здоровых лиц контрольной группы до лечения и после проведенного лечения при выписке из стационара.

д) Методы многомерного статистического анализа полученных данных.

Все клинические и лабораторно-инструментальные показатели, зарегистрированные у больных с ГЭРБ, были адаптированы для математической обработки и изучались с использованием методов многомерного статистического анализа.

Изучаемые переменные и их кодовые наименования были занесены в дескрипторный словарь, который в расширенном варианте включал адаптированные к дескриптору жалобы больных, анамнестические данные, результаты объективного обследования, лабораторных, инструментальных.

### **Результаты исследования**

Участие психологических факторов в развитии и течении ГЭРБ имеет большое значение при всех формах заболевания ( $p < 0,05$ ). При этом, факторы, связанные с психическим напряжением, преобладали у больных 1 группы (68% больных), тогда как для больных с эрозивным эзофагитом воздействие стрессирующего характера оказались субъективно менее значимым (27%).

Наличие сопутствующей язвенной болезни стало причиной обострения у 65% пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью и в 32% случаев у больных с неэрозивной рефлюксной болезнью. В то же время наличие хронического гастродуоденита и хронического панкреатита, в качестве причины ухудшения самочувствия больных ГЭРБ (55% обследованных), не выявили значимых различий между основными формами заболевания.

С целью оценки особенностей клинических проявлений ГЭРБ в зависимости от формы заболевания был проведен анализ основных характеристик, отражающих данные о заболевании, длительности его течения и частоты встречаемости в зависимости от возраста и характера питания больных.

С помощью корреляционного анализа были выделены группы факторов (этиологические, связанные с образом жизни и особенностями питания, патогенетические и клинические (пищеводные и внепищеводные) проявления с их последующей конкретизацией), достоверно ( $p < 0,05$ ) связанные со значениями основных исследованных характеристик клинического течения заболевания при различных формах ГЭРБ.

Анализ данных свидетельствовал о том, что самой частой причиной развития ГЭРБ являлось наличие погрешностей в диете, таких как жирная, жареная, острая пищи, мучные изделия, крепкий чай и кофе, газированные напитки и т.п.

Вторым по значимости фактором являлось ожирение, к тому же имелась прямая зависимость между увеличением индекса массы тела и степенью выраженности тяжести заболевания. Из вредных привычек заслуживало внимания употребление алкоголя, который вызывал развитие эзофагитов в 16-18% случаев. Курение оказывало гораздо меньшее влияние и только при выкуривании в день более 20 сигарет.

Такой показатель, как длительность заболевания, напрямую был связан с выраженностью эндоскопических проявлений. Чем дольше у пациента проявлялись симптомы ГЭРБ, тем чаще при проведении ФГДС выявлялись эритема и/или эрозии дистального отдела пищевода.

Анализ пищеводных проявлений заболевания также позволил выявить ряд существенных критериев, подтверждающих гетерогенность клинической симптоматики различных вариантов ГЭРБ.

Наиболее частыми из диспепсических проявлений при всех формах ГЭРБ являлись изжога и отрыжка, как правило, кислым или воздухом. Изжога встречалась практически у половины всех пациентов – в 43% случаев при НЭРБ и в 68% случаев



при ЭРБ. Чаще всего пациенты считали причиной возникновения изжоги переедание и погрешности в диете, с частотой 1-2 раза в неделю ( $p < 0,001$ ).

Отрыжка встречалась так же в половине случаев и возникала в основном после переедания или употребления газированных напитков. Отрыжка кислым при НЭРБ встречалась в 1,5 раза чаще, чем при эрозивной рефлюксной болезни ( $p < 0,05$ ). Во второй группе отрыжка горьким и пищей наблюдалась гораздо чаще, чем во 2 группе. Отрыжка воздухом выявлялась одинаково часто при всех формах ГЭРБ.

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика частоты встречаемости клинических проявлений эзофагеальных симптомов, n (%)

Клинический признак	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ, n (%)	ЭРБ, n (%)
Изжога, в том числе	31(43)*	23(68)
после переедания	13 (18)	20 (59)
после погрешности в диете	15 (21)	22 (65)
после курения	2 (3)	2 (6)
после алкоголя	4 (6)	5 (15)
после физической нагрузки	5 (7)	5 (15)
при наклоне туловища	3 (4)	6 (18)
Отрыжка: кислым	48 (67)*	14 (43)
пищей	8 (11)	5 (15)
воздухом	27 (38)	13 (38)
горьким	3 (4)	2 (6)
Ощущение кома за грудиной	19 (27)*	1 (3)
Дисфагия	3 (4)	2 (6)
Одинофагия	3 (4)	1 (3)

\* различия между группами I и II с уровнем значимости  $p < 0,05$

Болевой синдром был разносторонним и с одинаковой частотой встречался во всех группах. Для неэрозивной формы ГЭРБ был характерен неинтенсивный болевой синдром с локализацией за грудиной ( $p < 0,05$ ), а также одинофагия ( $p < 0,001$ ). Во 2 группе интенсивность боли была умеренной ( $p < 0,01$ ), с локализацией в верхней половине живота ( $p < 0,05$ ) и иногда отмечалась иррадиация болей за грудину и левое подреберье и по всему животу. Характер болевых ощущений существенно не различался во всех группах.

При анализе времени возникновения боли после приема пищи, зависимости ее интенсивности от характера пищи достоверных отличий в анализируемых группах не было.

Ощущение кома за грудиной гораздо чаще (в 27% случаев) встречалось у больных с НЭРБ, что очевиднее всего объяснялось психосоматическим компонентом развития заболевания. Интересным являлся тот факт, что ощущение кома за грудиной в большинстве случаев сопровождалось возбуждением ( $p < 0,05$ ) и было обратно связано с депрессией и угнетением ( $p < 0,05$ ). Следует полагать, что данный факт говорит о

том, что у пациентов с эндоскопически негативной ГЭРБ в структуре психосоматической патологии тревожная симптоматика преобладала над депрессивной.

Не менее важные различия между формами ГЭРБ, были выявлены при анализе внепищеводных клинических проявлений (таблица 2).

Таблица 2 - Характеристика частоты встречаемости внепищеводных клинических проявлений, n (%)

Клинический признак	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ, n (%)	ЭРБ, n (%)
Кардиалгии	13 (18)*	3 (8)
Лёгочные: кашель	8 (12)	2 (7)
затруднение дыхания	10 (14)*	2 (6)
ЛОР: охриплость	-	1 (2)
Желудочные: тошнота	15 (22)*	3 (8)
рвота	2 (3)	3 (9)
быстрое насыщение	3 (5)	4 (11)
Кишечные: метеоризм	6 (8)	5 (16)
склонность к запорам	3 (5)	5 (14)
склонность к диарее	4 (6)	2 (4)
флатуленция	1 (2)	5 (16)

\* - различия между группами I и II с уровнем значимости  $p < 0,05$

Полученные результаты свидетельствовали о том, что среди внепищеводных проявлений ГЭРБ, чаще всего присутствовали симптомы, обусловленные нарушением деятельности желудка и кишечника. Очевидно, что эта закономерность была обусловлена тем, что нарушения двигательной функции пищевода при ГЭРБ вызывают изменения в работе желудка и кишечника. Данная симптоматика встречалась практически одинаково часто во всех наблюдаемых группах, кроме тошноты, которая отмечалась почти в 2 раза чаще у пациентов с НЭРБ, чем у больных с ЭРБ. В тоже время рвота чаще встречалась во 2 группе, что вероятнее всего было обусловлено наличием сопутствующей язвенной болезни и хронического панкреатита.

Обложенность языка выявлялась у 98,1% всех больных ГЭРБ. При этом для пациентов 1 группы была характерна (80%) обложенность белым налетом, а жёлтым и коричневым налетом - для больных с эрозивным эзофагитом (25%).

Кардиалгии встречались чаще у пациентов 1 группы (18%), в отличие от больных во 2 группе – 8%.

Периодически возникающее затруднение дыхания (чувство нехватки воздуха) испытывали в основном больные с неэрозивной рефлюксной болезнью, причём те из них, у которых были выявлены ипохондрические расстройства.

Клиническая симптоматика при различных формах ГЭРБ так же сопровождалась проявлениями астено-вегетативного синдрома в разной степени выраженности.

Наиболее часто отмечались раздражительность и нарушения сна. При этом раздражительность отмечалась в половине случаев, практически равномерно во всех группах. Нарушения сна и подавленное настроение чаще встречались у пациентов с

неэрозивной формой ГЭРБ - более чем в 3 раза по сравнению с больными, у которых были выявлены эндоскопические признаки эрозивного эзофагита.

С целью подтверждения диагноза ГЭРБ и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями пищевода проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, где был выявлен ряд характерных изменений (таблица 3).

Таблица 3 - Эндоскопическая характеристика слизистой оболочки пищевода и желудка, n (%)

Эндоскопический признак	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ, n (%)	ЭРБ, n (%)
Недостаточность кардии	36 (51)	20 (59)
Скользкая ГПОД	23 (32)	11(32)
Эрозии желудка плоские	16 (23)	5 (15)
Эрозии желудка полные	8 (12)*	9 (26)
Язва желудка	0 (0)*	2 (6)
Эрозии луковицы 12-перстной кишки	9 (13)	5 (15)
Язва луковицы 12-перстной кишки	5 (7)	3 (9)
Дуодено-гастральный рефлюкс	10 (14)*	10 (29)
Спазм привратника	3 (4)	2(6)
Недостаточность привратника	10 (14)	6 (18)
Слизистая желудка с очагами атрофии	13 (18)	8 (24)
Очаговое поверхностное воспаление СОЖ	10 (14)	6 (18)
Диффузное поверхностное воспаление СОЖ	2 (3)*	5 (15)

\* различия между группами I и II с уровнем значимости  $p < 0,05$

Чаще всего встречалась недостаточность кардиального жома – у половины обследованных больных, что подтверждало основной патогенетический механизм развития заболевания. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы присутствовала у каждого третьего больного.

При ГЭРБ с эрозивным эзофагитом было более характерно диффузное воспаление слизистой оболочки желудка в сочетании с полными приподнятыми эрозиями (26%). У пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью чаще выявлялись острые (плоские) эрозии (23%), чем полные (12%).

Обращало на себя внимание, что при наличии язвы в желудке, неэрозивная форма ГЭРБ не встречалась, что свидетельствует о соматической природе сопутствующего заболевания.

Дуодено-гастральный рефлюкс встречался чаще у больных с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, что, по-видимому, обусловлено более агрессивным действием дуоденального рефлюктата.

Состояние привратника существенно не выявило достоверных различий в выделенных группах. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы встречалась у каждого третьего обследованного больного в обеих группах, а недостаточность кардии у каждого второго.

По результатам рентгенологического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки было выявлено, что утолщение складок слизистой пищевода

более характерно для эрозивного эзофагита ( $p < 0,001$ ). У больных ГЭРБ в 1 группе утолщение складок встречалось гораздо реже. Нарушение перистальтики пищевода наоборот более часто наблюдалось у пациентов с НЭРБ. По остальным параметрам между исследуемыми группами были выявлены общие признаки, характерные для ГЭРБ. Прежде всего, ими явились: недостаточность кардии (40-50% случаев), а также скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, которая обнаруживалась у 38-42% обследованных больных. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Результаты рентгенологического исследования у обследованных больных, n (%)

Клинический признак	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ, n=12, n (%)	ЭРБ, n=14, n (%)
Недостаточность кардии	6 (50)	6 (40)
Скользкая ГПОД	5 (38)	6 (42)
Нарушение перистальтики пищевода	9 (72)*	6 (47)
Утолщение складок слизистой пищевода	2 (17)*	10 (68)
Замедление эвакуации из желудка	1 (7)	1 (7)

\* различия между группами I и II с уровнем значимости  $p < 0,05$

При изучении психосоматических проявлений было выявлено, что для пациентов с ГЭРБ свойственны следующие наиболее часто встречающиеся типы отношения к болезни: тревожный, ипохондрический, обсессивно-фобический и неврастенический, относящиеся к типам реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью.

Эмоционально-аффективный аспект отношения у больных с этими типами реагирования клинически выражался в реакциях по типу непрерывного беспокойства и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, сосредоточения на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, «раздражительной слабости», подавленном угнетённом состоянии, «уходом в болезнь».

В основном данные проявления встречались у больных с неэрозивной ГЭРБ (в 80% случаев), в отличие от пациентов с эрозивным эзофагитом (в 37% случаев).

У больных со всеми формами заболевания в основном преобладали ипохондрический, неврастенический и тревожный типы отношения к болезни. Ипохондрический тип выражался в сосредоточении больных на болезненных и других, неприятных для них ощущениях, стремлении постоянно рассказывать о них окружающим. Они преувеличивали действительные и выискивали несуществующие болезни и страдания, сочетая желание лечиться с неверием в успех, требуя тщательного обследования, в то же время боясь вреда и болезненности процедур. У больных с тревожным типом отношения к болезни было отмечено непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Они были склонны к поиску новых способов лечения, жажде дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения. Интересно также отметить, что при тревожном типе объективные данные о болезни (результаты анализов, инструментальных исследований, заключения специалистов) интересовали пациентов больше, чем собственные ощущения.

В группе больных с эрозивной формой заболевания преобладали гармоничный (трезвая оценка своего состояния) и неврастенический типы отношения к болезни (вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неуда-

чах лечения, неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения). Признаки выраженной социальной дезадаптации были выявлены лишь у 21% больных, когда сочетались разнонаправленные типы отношения к болезни. Наиболее часто встречаемый из них являлся ипохондрический тип реагирования на заболевание, признаки которого выявлялись в 23% случаев.

Обсессивно-фобический тип отношения при неэрозивных эзофагитах характеризовался выраженной тревожной мнительностью в отношении опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но мало обоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Тревожный тип отношения к болезни проявлялся пароксизмами обеспокоенности и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неадекватности и даже опасности лечения. При этом у таких больных отмечалось тревожное и вследствие этого угнетенное настроение.

Что касается выраженности тревожности, то показатели личностной тревожности у больных 1 группы при интерпретации результатов относилось к высокому уровню тревожности, а 2 группы – к умеренному. При этом у больных с неэрозивной формой ГЭРБ показатели личностной тревожности составили в среднем 52 балла. У пациентов с эрозивным эзофагитом – 37 баллов. Выявленные значения показателей у больных с ГЭРБ при всех степенях заболевания достоверно превышали соответствующие показатели у лиц контрольной группы, составившие в среднем 30 баллов.

Реактивная тревожность у больных с ГЭРБ была умеренной и при отсутствии эрозивного эзофагита составляла 39 балла, а при его присутствии – 28 баллов, против группы контроля с 22 баллами. Следовательно, по реактивной тревожности также сохранялось превышение показателей у больных с ГЭРБ по сравнению с лицами контрольной группы.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о том, что при всех формах ГЭРБ имелась выраженная совокупность психологических расстройств отрицательного характера. Однако преобладающее значение имели личностные особенности пациентов, тогда как реактивная тревожность являлась менее значимой.

Наличие депрессии было выявлено у 89% больных с ГЭРБ. При этом минимальная её степень наблюдалась у 19%, лёгкая у 38%, умеренная у 32% пациентов.

У больных с неэрозивной рефлюксной болезнью средний показатель уровня депрессии составил 45 баллов и соответствовал умеренно выраженному депрессивному состоянию и был наибольшим среди всех обследованных. У пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью уровень депрессии был выражен значительно меньше и составил 32 балла, что соответствовала лёгкой степени депрессии.

Выраженность депрессии при всех формах ГЭРБ значительно превышала соответствующие показатели у лиц контрольной группы (9 баллов).

Исследование психологических свойств личности у больных с различными формами ГЭРБ по методу СМОЛ показало, что профили личности у больных с ГЭРБ в основном находились в пределах 40-60 Т-баллов, свидетельствуя об отсутствии выраженных психопатологических нарушений.

Наиболее высокие показатели по шкалам «невротической триады» были выявлены у больных 1 группы, что превышало нормальные показатели. У пациентов 2 группы эти показатели были практически нормальными.

На основании полученных данных следует вывод, что наиболее выраженный комплекс психологических расстройств выявлялся у больных с неэрозивной формой

ГЭРБ. При других формах заболевания психологические изменения носили менее выраженный характер.

При исследовании качества жизни наиболее высокие показатели были выявлены по шкалам физического, социального функционирования и психологического здоровья. По этим шкалам результаты были наиболее близкими к значениям у лиц контрольной группы. Самые низкие показатели получены по шкалам ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования.

Что касается уровня КЖ в зависимости от формы заболевания, то наиболее высокие показатели были выявлены у больных эрозивной рефлюксной болезнью, а минимальные у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ.

Наибольшие показатели для всех форм ГЭРБ отмечались по шкале физического функционирования (ФФ). Достаточно низкие показатели КЖ, не имеющие существенных различий в зависимости от степени заболевания, отмечались по шкалам боли, общего здоровья, жизнеспособности и психологического здоровья.

На основании полученных данных можно было сделать некоторые выводы. Во-первых, структура снижения КЖ при различных формах ГЭРБ имела свои специфические особенности. Самое большое отрицательное влияние на показатели КЖ оказывала НЭРБ, меньше воздействовала ГЭРБ с эрозивным эзофагитом.

Во-вторых, общей закономерностью для всех форм ГЭРБ являлись более высокие показатели КЖ, характеризующие физический компонент здоровья, за исключением ролевого физического функционирования (РФФ), по сравнению с показателями шкал, ответственных за психологическую составляющую здоровья.

В-третьих, описанные закономерности профилей КЖ при различных формах ГЭРБ были тесно взаимосвязаны с психосоматическими эквивалентами заболевания. В частности, для больных с эндоскопически негативной ГЭРБ характерные проявления ипохондрии и депрессии могут объяснять наихудшее восприятие данными лицами своей жизнеспособности (Ж), психологического здоровья (ПЗ) и эмоционального функционирования (РЭФ), тогда как тревожно-фобические акцентуации у пациентов с эзофагитами в наибольшей степени угнетают показатели по шкалам боли и общего здоровья.

Для того, чтобы оценить эффективность назначения лекарственных препаратов в зависимости от психологических изменений личности и характера назначенного лечения, все больные были разделены на две группы. В группу сравнения (n=34) были включены пациенты, получавшие только «традиционную» базисную терапию. Это лечение включало в себя назначение секретолитиков, прокинетики и антацидов. Основную группу (n=71) составляли больные, которые кроме базисной терапии дополнительно получали психотропные препараты. При назначении конкретного психотропного препарата учитывались индивидуально выявленные нарушения со стороны психоэмоциональной сферы каждого больного.

Базисная терапия была направлена в первую очередь на лечение синдрома желудочной диспепсии. Из секретолитиков использовался ингибитор протонной помпы омепразол. Режим дозирования омепразола составлял по 20 мг 2 раза в день утром и вечером с интервалом между приемами в 12 часов в течение 4 недель. Из прокинетики использовался домперидон в дозировке 10 мг 3 раза в день – утром, днем и вечером так же в течение 4 недель.

Антациды принимались в основном в течение всего периода лечения. Использовалась комбинация гидроокисей алюминия и магния. Режим приема – по 15 мл внутрь через 40-50 минут после еды 3 раза в день, после завтрака, обеда и ужина.

Назначение данной комбинации было обусловлено, прежде всего, широким распространением выбранных препаратов в повседневной практике врача-терапевта, их доступностью для подавляющего числа пациентов и достаточной эффективностью при применении.

С учетом вида и степени выраженности изменений психологического статуса больных применялись три вида психотропных препаратов: транквилизаторы (анксиолитики), антидепрессанты и нейролептики.

Из транквилизаторов использовался препарат бензодиазепинового ряда феназепам, хорошо известный и популярный во врачебной среде.

Выбор препарата был обусловлен в основном его широкой распространенностью и доступностью, высокой эффективностью, минимальным количеством побочных эффектов, а также низкой стоимостью.

Из антидепрессантов применялся флуоксетин – представитель современной группы ингибиторов обратного захвата серотонина нейронами головного мозга.

В качестве нейролептика назначался тиоридазин – нейролептик из группы производных фенотиазина. Этот препарат достаточно известен и широко применяется не только в психиатрии, но и в общетерапевтической практике.

При выборе назначаемого психотропного препарата учитывались особенности психического, неврологического и соматического состояния больного с целью максимальной индивидуализации проводимой терапии. К тому же лекарственные средства назначались в соответствии со своим фармакологическим воздействием на организм, учитывался их психотропный спектр, механизм действия на центральную нервную систему, вегетативную нервную систему, а также возможность возникновения побочных эффектов. Используемые препараты не комбинировались с другими психотропными средствами.

Транквилизаторы назначались тем пациентам, у которых по данным психологического исследования выявлялись высокий уровень тревожности, эмоциональная напряжённость, раздражительность, бессонница с ипохондрией и фобиями, апатия, навязчивые переживания, а также для купирования вегетативных расстройств.

Использовался препарат феназепам, который принимался по 0,5 мг (1 табл.) 3 раза в сутки в течение 4 недель.

Критерием его назначения служило повышение уровня личностной и реактивной тревожности.

Антидепрессанты и нейролептики получали те пациенты, у которых уровень депрессии составлял более 25 баллов по шкале «Депрессия».

При наличии тревожно-депрессивного состояния назначался тиоридазин. Он блокирует передачу нервного импульса, осуществляемую посредством рецепторов допамина в головном мозге. Режим дозирования был минимальным и составлял 3 таблетки по 10 мг в 3 приёма в течение суток в течение 4 недель.

При астено-депрессивных расстройствах назначался антидепрессант со стимулирующим компонентом – флуоксетин, который относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина в синапсах нейронов ЦНС, что приводит к повышению концентрации этого нейромедиатора в синаптической щели, усиливает и пролонгирует его действие на постсинаптические рецепторные участки. Препарат практически не влияет на адренергическую и холинэргическую систему, мало влияет на обратный захват допамина. Применялся в дозировке 20 мг (1 таблетка) в сутки в течение 4 недель.

Показания к назначению психокорректирующих препаратов определялись по данным психологического тестирования.

Наиболее часто встречались проявления тревожности, напряжения, ипохондрии и вегетативных расстройств – у 48 человек, что составляло 67% случаев. Таким больным назначался анксиолитик феназепам. Астено-депрессивные расстройства выявлялись у 11 пациентов или в 16% случаев, по поводу чего назначался антидепрессант флуоксетин.

Наличие тревожно-депрессивных состояний выявлено у 12 больных или у 17%. Им назначался нейрорептик тиоридазин.

С целью оценки результативности лечения проводился анализ динамики следующей клинической симптоматики. Из пищеводных проявлений оценивались изжога, отрыжка кислым, ощущение кома за грудиной, дисфагия и одинофагия. Из внепищеводных – тошнота, рвота, кардиалгии, сухой кашель, затруднение дыхания, осиплость голоса, быстрое насыщение, метеоризм, флатуленция, склонность к запорам и диарее. В астено-вегетативном синдроме изучались проявления слабости, утомляемости, раздражительности, головная боль, плохой сон и пониженное настроение.

Исследование проводилось в течение 10 дней. Степень выраженности признака оценивалась в баллах по данным анкетного опроса. 1 балл – возникновение симптома 1 раз в 2-3 дня, 2 балла – ежедневно, 3 балла – несколько раз в день.

При проведении анализа полученных данных можно сделать вывод о том, что при этих формах ГЭРБ наблюдалась сравнимая динамика купирования изжоги до минимальных проявлений у большинства пациентов. Вместе с тем, необходимо отметить, что в основной группе пациентов, дополнительно к базисной терапии получающих психотропные препараты, купирование изжоги происходило значительно быстрее и эффективнее.

Полное купирование этого симптома в группе пациентов, получающих комплексную терапию, включающую в себя психотропные препараты, происходило в среднем к 3 дню лечения. У больных группы сравнения, получавших только «традиционное» базисное лечение, интенсивность изжоги также значительно снизилась. Однако в отличие от основной группы пациентов её полное купирование было достигнуто к 6 дню лечения.

Следует признать, что при дополнительном использовании в лечении психотропных препаратов было выявлено более отчетливое снижение выраженности изжоги. Механизм действия этих препаратов обусловлен устранением висцеро-вегетативных расстройств без нарушения адаптированного, целесообразного поведения человека во всех его многообразных аспектах, повышения физиологической выносливости центральной нервной системы и, в конечном счёте, управления эмоциональной сферой личности, а также уменьшением фиксации пациентов на своих субъективных ощущениях.

Следующим проанализированным симптомом является отрыжка кислым. Отрыжка встречалась примерно одинаково при всех формах ГЭРБ. При анализе полученных данных следует отметить, что наилучшие результаты по её купированию были получены у больных с неэрозивной формой заболевания. При использовании психотропной терапии, отрыжка переставала беспокоить больных уже с 3-го дня лечения, а в группе сравнения окончательное купирование было достигнуто только к 6-му дню лечения.

Ещё одним проанализированным симптомом ГЭРБ явилось ощущение кома за грудиной. Данный признак, как правило, выявлялся в основном у пациентов 1 груп-



пы и встречался в 9 раз чаще, по сравнению с больными 2 группы, что обусловлено большим вкладом в развитие заболевания психического компонента, чем соматического. На фоне проводимого лечения у больных с неэрозивной формой заболевания было отмечено купирование данного симптома уже к 4-му дню лечения, а у пациентов с эрозивной формой к 7-му.

Из внепищеводных клинических проявлений ГЭРБ наибольший интерес представляет тошнота. До лечения тошнота наиболее часто встречалась у больных с неэрозивной формой заболевания – почти в 3 раза чаще, чем у пациентов с эрозивной формой. При проведении комплексного лечения с применением психотропных препаратов наиболее выраженная положительная динамика получена у больных основной группы. Полное купирование этого симптома было получено уже к 3-му дню лечения, тогда как в группе сравнения полного нивелирования тошноты было достигнуто только к 8-му дню.

Следующим внепищеводным клиническим проявлением ГЭРБ является кардиалгия, что предполагает проведение дифференциальной диагностики с заболеваниями сердца и аорты. У пациентов 1 группы данный симптом встречался более чем в 2 раза чаще по сравнению с больными группы сравнения. В результате проведения лечения достигнуто полное купирование этого симптома в обеих группах. У больных, получающих дополнительное психотропное лечение, полная регрессия наступила в 2 раза быстрее, то есть к 4-му дню, в то время как у пациентов второй группы клинические проявления сохранялись вплоть до 8-го дня.

Ещё одним изученным экстраэзофагельным проявлением ГЭРБ является затруднение дыхания. Полученные результаты были практически аналогичны предыдущим, выявленным при кардиалгии. Так же встречаемость признака в 1 группе более чем в два раза превосходит сведения, зарегистрированные во 2 группе. И так же полное купирование этого клинического проявления в основной группе наступило в 2 раза быстрее, чем в группе сравнения, соответственно к 4-му и 8-му дням.

У больных с неэрозивной формой заболевания астено-вегетативная симптоматика до лечения наблюдалась значительно чаще, чем у пациентов с эрозивным эзофагитом. Особенно это касается раздражительности, которая встречалась в 4 раза чаще в 1 группе. Головная боль беспокоила одинаково в обеих группах. Случаев плохого сна, пониженного настроения, слабости и утомляемости в основной группе было выявлено в 2 раза больше, чем в группе сравнения. На фоне проведённого лечения отмечалась более значительная положительная динамика у лиц основной группы, чем у пациентов группы сравнения. Купирование этих проявлений у больных, получавших комплексное лечение, включавшее в себя психотропные препараты, в большинстве случаев было достигнуто уже к 10 дню лечения.

При определении показаний к назначению психотропных препаратов учитывался тип отношения к болезни каждого конкретного пациента. При всех формах ГЭРБ после лечения уменьшилась доля пациентов со «смешанным» типом отношения к болезни и в общей картине стали преобладать «чистые» варианты типов реагирования на заболевание.

Переход от «смешанного» типа к «чистому», происходил лишь в том случае, когда при преобладании негативного типа личности над позитивным назначались психофармакологические препараты.

У 45% больных с неэрозивной формой ГЭРБ социальная дезадаптация регрессировала после лечения, что свидетельствует о ее временном, ситуативном характере, в то время как у пациентов с наличием эрозивного эзофагита подобная динамика от-

мечалась лишь в 17 % случаев. Более того, у 42% больных даже после лечения оставались признаки социальной дезадаптации, что указывало на ее длительно существующее, постоянное или волнообразное течение.

В результате лечения так же наблюдаются положительные сдвиги уровня личностной и реактивной тревожности в виде их снижения. Показатели личностной тревожности у больных ГЭРБ без эрозий уменьшились на 28% по сравнению с исходным уровнем. При эрозивной ГЭРБ показатели личностной тревожности также регрессировали, но в менее выраженной степени - на 10% от исходного уровня.

К тому же, подобная ситуация сохранялась и при оценке показателей реактивной тревожности. Здесь также у пациентов 1 группы выявлялась наибольшая динамика снижения показателей – на 18%. В группе сравнения процент их регрессии был менее выражен и составил всего 6% от исходных значений.

В результате терапии с применением психотропных препаратов была выявлена и значительная положительная тенденция к снижению показателей депрессии. Максимальное снижение показателей теста «Депрессия» имелось у больных с неэрозивной формой ГЭРБ (на 26% от исходного уровня), тогда как у пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью они носили менее значимый характер (на 11%). Следует отметить, что у больных обеих групп значения показателей депрессии после лечения стали практически одинаковыми – 19% в первой группе и 21% во второй группе.

При исследовании психологических свойств личности по методике СМОЛ в результате проведенного лечения были зафиксированы отчётливые положительные изменения психологических показателей по шкалам «невротической триады» во всех группах обследованных. Наибольшая динамика отмечалась у больных 1 группы в отличие от пациентов с эрозивной формой заболевания. По другим шкалам существенные отличия выявлены не были.

Показатели КЖ больных с ГЭРБ на фоне лечения изучались на основной группе, дополнительно получавшей психофармакологические препараты (анксиолитики, антидепрессанты и нейролептики) (n=71) и в группе сравнения, получавшей только «традиционное» лечение (секретолитики, антациды) (n=34).

Прирост КЖ у больных при применении только «традиционного» лечения оказался менее значимым по сравнению с терапией, дополнительно включающей в себя психотропные препараты.

После окончания лечения наибольшее повышение показателей КЖ у пациентов 1 группы было отмечено по шкалам ролевого физического и эмоционального функционирования. При проведении анализа данных основной группы и группы сравнения наименьшая разница между ними выявлялась по шкале физического функционирования, что свидетельствовало о менее выраженном воздействии психофармакологического лечения на физический компонент здоровья. При проведении исследования у больных 2 группы наибольший прирост показателей отмечался по шкалам боли и жизнеспособности. Несколько меньшие темпы повышения были выявлены при физическом и ролевом физическом функционировании.

Следует отметить, что после окончания курса лечения у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ определялись более высокие показатели по всем шкалам в отличие от больных эрозивной формой заболевания. Особенно это было выражено по шкалам ролевого эмоционального функционирования и социального функционирования.

Таким образом, дополнительное назначение психокорректирующих препаратов оказало отчётливый положительный клинический эффект на течение ГЭРБ, отражением чего явился более выраженный рост показателей КЖ.

## **ВЫВОДЫ**

1. Дифференциальными клиническими характеристиками пациентов НЭРБ являются отрыжка кислым (67%) и ощущение кома за грудиной (27%), тогда как основным проявлением у пациентов эрозивной формой заболевания является изжога (68%). Экстраэзофагеальные симптомы в виде кардиалгий, затрудненного дыхания и тошноты у больных НЭРБ встречаются в два раза чаще, чем у больных ЭРБ. При этом, купирование эзофагеальных симптомов на фоне психотропной терапии происходит у больных НЭРБ достоверно на 3 дня раньше, а экстраэзофагеальных на 4 дня.
2. Астено-вегетативные нарушения регистрируются у 100% больных НЭРБ и у 59% пациентов ЭРБ. Основными их проявлениями являются раздражительность (64% случаев), плохой сон (54%) и пониженное настроение (29%), частота которых у больных с НЭРБ превышает встречаемость у больных с ЭРБ в 4,2, 3,0 и 2,6 раза соответственно. После проведения психотропной терапии частота выявления головных болей, плохого сна и пониженного настроения у больных НЭРБ была достоверно в 3 раза меньше, чем у больных ЭРБ.
3. У больных НЭРБ в 92% случаев выявляются изменения психологического статуса негативного характера с преобладанием невротического варианта дезадаптации и декомпенсации личности преимущественно в сторону усиления тормозных реакций в сочетании с повышенным уровнем тревожности у 90% больных и депрессивных проявлений в 85% случаев, с их сочетанием у 15% пациентов. У больных с НЭРБ частота выявления депрессии и тревожности была более чем в 2 раза выше, чем у больных с ЭРБ. После проведения психотропного лечения данные показатели практически сравнялись.
4. НЭРБ значительно снижает качество жизни больных по всем шкалам физического и психологического здоровья с максимально низкими показателями физического компонента с сохранением, однако, ролевого физического функционирования. У больных НЭРБ преимущественно страдают ролевые компоненты качества жизни, тогда как у больных ЭРБ – жизнеспособность и боль. На фоне проводимого лечения значения шкал у больных НЭРБ и ЭРБ не имели значимых различий.
5. Рациональная фармакотерапия больных НЭРБ кроме использования ингибиторов протонного насоса, антацидов и прокинетики должна включать фармакологические средства психотропного действия (транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики), что позволяет обеспечить минимизацию сроков регрессии клинических и психосоматических проявлений заболевания.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. С целью оптимизации и повышения качества диагностики и лечения ГЭРБ, наряду с использованием традиционных методов обследования пациентов целесообразно проводить анализ психологического состояния больных с применением методов психологического тестирования.
2. В качестве дополнительного критерия оценки особенностей клинического течения ГЭРБ и эффективности лечения заболевания использовать анализ динамики качества жизни больных с помощью опросника MOS SF-36.
3. При лечении больных с ГЭРБ с выявленными нарушениями психологического состояния, наряду с препаратами «традиционной» терапии, включать в состав лечебного комплекса психотропные лекарственные средства по следующим показаниям: при невротоподобном состоянии с высоким уровнем тревожности и ипохондрии, сопровождающемся вегетативными расстройствами – транквилизатор феназепам в

дозировке 0,5 мг (1 таблетка) 3 раза в день, при проявлениях астено-депрессивной симптоматики – антидепрессант флуоксетин в дозировке 20 мг (1 таблетка) в день, при выявлении тревожно-депрессивных расстройств – нейролептик тиоридазин – по 10 мг (1 таблетка) 3 раза в день.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Безруков Ю.Н. Психосоматические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ю.Н. Безруков, В.И. Трофимов // Архивъ внутренней медицины. – 2015. - №5(25) - С. 55-61.
2. Безруков Ю.Н. Особенности клинического течения ГЭРБ у пациентов с метаболическим синдромом / Ю.Н. Безруков, С.Н. Мехтиев // - Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. - №1(38) С.125-129.
3. Безруков Ю.Н. Состояние психологического статуса у больных с ГЭРБ / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова // Сборник материалов юбилейной Российской научной конференции с международным участием, посвящённой 175-летию со дня рождения С.П.Боткина, 29-31 мая 2007 г., Санкт-Петербург - 2007. - С.21-22.
4. Безруков Ю.Н. Психологические особенности у больных ГЭРБ при лечении транквилизаторами / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова // Сборник материалов юбилейной Российской научной конференции с международным участием, посвящённой 175-летию со дня рождения С.П.Боткина, 29-31 мая 2007 г., Санкт-Петербург - 2007. - С.20-21.
5. Безруков Ю.Н. Влияние степени выраженности эндоскопических проявлений на качество жизни больных с ГЭРБ / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова // Сборник материалов юбилейной Российской научной конференции с международным участием, посвящённой 175-летию со дня рождения С.П.Боткина, 29-31 мая 2007 г., Санкт-Петербург- 2007. - С.21.
6. Безруков Ю.Н. Влияние терапии анксиолитиками на психологический статус у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова, Ю.П. Фёдоров // «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» - 2004 - №1 – С.98.
7. Безруков Ю.Н. Некоторые психологические особенности у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в зависимости от степени заболевания. / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова, Ю.П. Фёдоров // «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» - 2004 - №1 – С.98.
8. Безруков Ю.Н. Качество жизни у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в зависимости от степени заболевания. / Ю.Н. Безруков, И.В. Потапова, Ю.П. Фёдоров // «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» - 2004 - №1 – С.98.
9. Безруков Ю.Н. Клиническое и фармако-экономическое обоснование терапии «с понижением активности» ГЭРБ. / Ю.Н. Безруков, В.Ю. Ганчо, Ю.П. Успенский, Х.А. Кутуев // Сборник тезисов и трудов Всероссийской конференции «Санкт-Петербург – Гастро-2002». – 2002. – С.103
10. Безруков Ю.Н. Качество жизни больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения / Ю.Н. Безруков, В.Ю. Ганчо, Ю.П. Успенский, Х.А. Кутуев, В.Б. Гриневич // Сборник тезисов и трудов 7 Российской гастроэнтерологической недели - 2001. – С.89.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)