

*А.С. Свінціцький, Н.О. Бондаренко,
І.В. Корендович*

*Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця*

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЕРОЗИВНОЮ ФОРМОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Резюме

У статті наведено сучасні дані літератури та результати власного дослідження щодо особливостей психологічного статусу та алекситимічного профілю в пацієнтів із неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ). Показано вплив депресії, тривоги, стресу та алекситимії на якість життя хворих на НЕРХ, а також виявлено залежність між інтенсивністю симптомів захворювання та вираженістю змін психологічного статусу.

Ключові слова

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, неерозивна рефлюксна хвороба, депресія, тривога, стрес, алекситимія, якість життя.

Найпоширенішими симптомами в клінічній практиці гастроентеролога і лікаря загальної практики, з якими звертаються пацієнти, є печія та регургітація. Серед дорослого населення Європи і США печія як основний клінічний симптом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) спостерігається у 20-40%. Характерним є те, що це захворювання виникає в осіб молодого працездатного віку (середній вік чоловіків становить від 35 до 44 років, жінок — від 25 до 34 років) та значно погіршує якість життя таких пацієнтів [1, 2]. У структурі захворюваності на ГЕРХ переважає неерозивна форма (НЕРХ) — до 70% випадків [3, 4]. НЕРХ у більшості пацієнтів характеризується відносно стабільним непрогресивним перебігом, відсутністю ускладнень, частішою наявністю супутніх розладів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) функціональної природи та позастравохідними проявами рефлюксу. Реальна поширеність захворювання в Україні вивчена мало, що пов'язано з великою варіабельністю клінічних проявів: від епізодичної печії, при якій хворі рідко звертаються до лікаря, до виражених ознак ускладненого рефлюкс-езофагіту, що вимагає госпіталізації. У нашій країні статистична реє-

страція ГЕРХ почалась із 2009 року, і, на жаль, дані ще не є повними, вказуючи на 10 випадків на 1000 населення [1]; інформація про поширеність НЕРХ відсутня.

На сьогодні вже добре відомо, що функціонування системи органів травлення тісно пов'язане зі станом психічної сфери людини. Більшість пацієнтів із захворюваннями ШКТ, які звертаються до лікарів, мають зміни в психологічному статусі. Психосоматичні захворювання надзвичайно поширені, особливо у високорозвинених країнах, причому у зв'язку з прогресуванням стресогенності суспільства зберігається стійка тенденція до їх зростання [5].

Встановлено, що пацієнти із симптомами шлунково-стравохідного рефлюксу та супутніми психологічними розладами, як правило, звертаються по медичну допомогу раніше, ніж пацієнти без розладів. Питання про частоту порушень психологічного статусу у хворих на НЕРХ досліджено мало, тому вивчення їх взаємозв'язку з клінічною картиною цього захворювання, а також їх можливого впливу на якість життя пацієнтів є досить актуальним.

Мета дослідження — вивчити особливості психологічного статусу та якості життя пацієнтів із НЕРХ.

© А.С. Свінціцький, Н.О. Бондаренко, І.В. Корендович

Матеріали та методи

До нашого дослідження, яке проводилося на клінічних базах кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця — ДЗ «Республіканська клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я України» та Універсальної клініки «Оберіг», увійшло 75 пацієнтів. Із них 43 (57,3%) жінки та 32 (42,7%) чоловіки віком від 18 до 63 років (середній вік — 37,9±7,4 року).

Критеріями включення до дослідження були наявність клінічних симптомів рефлюксу — відчуття печії та/або регургітації, які турбували пацієнта хоча б один раз на тиждень або частіше впродовж останніх шести місяців (згідно з рекомендаціями клініки Мейо і Монреальського консенсусу, 2005 р.), а також наявність лише «малих ознак» ураження слизової оболонки (СО) стравоходу при ендоскопічному обстеженні (набряк, гіперемія слизової оболонки).

Критеріями виключення були ерозивно-виразкові ураження СО стравоходу при ендоскопічному обстеженні; кила стравохідного отвору діафрагми, пептична виразка шлунка, рак шлунка чи кишки, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хронічні запальні захворювання кишок, важка супутня патологія (наприклад, ішемічний або геморагічний інсульт в анамнезі); вживання нестероїдних протизапальних препаратів, наркотичних речовин та алкоголю у великій кількості протягом останнього року, стан після оперативного втручання на органах ШКТ (наприклад, холецистектомія, резекція шлунка), супутні ендокринопатії (наприклад, важкий перебіг цукрового діабету), великі депресивні розлади та використання антидепресантів в анамнезі. Оскільки інфікування бактерією *Helicobacter pylori* (*Hp*) у пацієнтів із домінуючими симптомами рефлюксу спостерігається з такою ж частотою або рідше, ніж у загальній популяції, а успішна ерадикаційна терапія не приводить до зменшення симптомів рефлюксу, то наявність хронічного *Hp*-асоційованого гастриту не було критерієм виключення.

Психологічне обстеження хворих було проведено шляхом психодіагностичних тестувань за допомогою опитувальників:

1. Для визначення особистого рівня депресії, тривоги та стресу — The Short-Form Version of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) [6]. Пацієнту пропонувалося 21 запитання, що стосувалися його стану протягом останнього тижня. Відповідь оцінювалася за 5-бальною шкалою Лайкерта від «0» («зовсім не стосується мене») до «4» («стосується мене повністю або більшу частину часу»).

3 отриманих запитань сім (№ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) оцінювали рівень депресії, інші сім (№ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) — рівень тривоги, а решта сім (№ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) — рівень стресу. Сума балів кожного зі станів підраховувалася окремо та оцінювалася за відповідними шкалами.

2. Для визначення ступеня вираженості алекситимії використовувалася Торонтська шкала алекситимії (TAS) [7]. Досліджуваним пропонувалося відповісти на 26 запитань. Відповідь оцінювалася за 5-бальною шкалою Лайкерта від «1» («зовсім не погоджуюся») до «5» («цілком згоден»). Алекситимічними вважалися хворі, які набрали 74 та більше балів; 73-63 бали — «група ризику»; відсутність алекситимії — 62 бали та менше.

3. Для визначення якості життя пацієнтів із НЕРХ нами було застосовано спеціалізований опитувальник, розроблений для хворих на ГЕРХ — GERD — Health Related Quality of Life Questionnaire (GERD-HRQL) [8]. Пацієнту необхідно було відповісти на 16 запитань, що стосувалися проявів даного захворювання, та оцінити їх ступінь протягом останніх двох тижнів. Відповідно до цього опитувальника, печія (питання № 1-6) оцінювалася за шкалою Лайкерта від «0» (симптоми відсутні) до «5» (симптоми унеможливають щоденну активність), максимальний бал — 30 балів. Бал ≤12 або ж не перевищує 2 з кожного запитання вказує на зменшення (зникнення) печії. Регургітація (питання № 10-15) оцінювалася за шкалою Лайкерта від «0» (симптоми відсутні) до «5» (симптоми унеможливають щоденну активність), максимальний бал — 30 балів. Бал ≤12 або ж не перевищує 2 з кожного запитання вказує на зменшення (зникнення) регургітації. Як для печії, так і для регургітації, для зручності опису отриманих результатів дослідження, бали від 13 до 30 ми розділили на дві підкатегорії: бал від 13 до 20 характеризував середню вираженість симптому печії/регургітації, а бал від 21 до 30 — значно виражений симптом печії/регургітації. Загальний бал розраховувався як сума балів запитань № 1-15 із мінімальним можливим балом — 0 (симптоми відсутні), максимальним можливим балом — 75 балів (симптоми найбільш виражені).

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням методів описової статистики за допомогою ліцензійного програмного забезпечення MedStat. Варіаційний аналіз використовувався для встановлення залежності між інтенсивністю симптомів та вира-

женістю депресії, тривоги, стресу та алекситимії. Для оцінки статистичної значущості різниці між порівнюваними групами використовувався критерій χ^2 (для порівняння частотних характеристик). Усі статистичні методи аналізу та розраховані показники оцінювались (порівнювались) при заданому граничному рівні похибки першого роду (α) не вище від 5% — $p < 0,05$, рівні похибки другого роду (β) — не вище від 20%.

Результати та їх обговорення

Вивчення особистого рівня депресії, тривоги та стресу за допомогою опитувальника DASS-21 виявило, що в 37,3% (28/75) пацієнтів реєструвався дуже високий рівень депресії (28 і вище балів), у 29,3% (22/75) — високий рівень (21-27 балів), у 20,0% (15/75) — середній рівень (14-20 балів), низький рівень депресії був у 8,0% (6/75) обстежених (10-13 балів), і лише 5,3% (4/75) хворих набрали мінімальний бал (0-9) опитувальника, що свідчило про відсутність проявів депресії. Аналогічно було оцінено рівні тривоги в цієї групи пацієнтів: дуже високий рівень (20 і більше балів) мали 28,0% (21/75) обстежених, високий рівень (15-19 балів) — 40,0% (30/75), середній рівень (10-14 балів) — 18,7% (14/75), низький рівень (8-9 балів) — 9,3% (7/75), лише в 4,0% (3/75) хворих були відсутні прояви тривоги (0-7 балів). Дуже високий рівень стресу (34 і більше балів) було виявлено в 52,0% (39/75) хворих, у 13,3% (10/75) — високий рівень

(26-33 бали), у 25,3% (19/75) — середній рівень (19-25 балів) стресу, у 8,0% (6/75) — низький рівень (15-18 балів), лише в 1,4% (1/75) обстежених не було виявлено проявів стресу (0-14 балів) — див. рис. 1.

70,7% (53/75) пацієнтів мали алекситимічний тип особистості, 24,0% (18/75) хворих становили «групу ризику» щодо розвитку алекситимії, а в 5,3% (4/75) обстежених вона була відсутня (рис. 2).

Оцінюючи якість життя пацієнтів із НЕРХ, ми отримали такі результати: у переважній більшості обстежених (76% (57/75)) виявлено значно виражений симптом печії (21-30 балів), що здебільшого унеможливило або обмежувало денну активність, різко погіршуючи якість життя. У 24% (18/75) хворих спостерігався середній ступінь вираженості печії (13-20 балів). У жодного пацієнта не було зафіксовано менше ніж 12 балів.

Оцінюючи регургітацію та її вплив на якість життя, ми виявили, що у 20% пацієнтів був значно виражений симптом регургітації (21-30 балів), що виникав часто, унеможливив денну активність й суттєво погіршував якість життя. У 40% обстежених спостерігався середній ступінь вираженості регургітації (13-20 балів), тобто він був наявний і турбував пацієнтів, однак не порушував їхню денну активність, тобто лише дещо погіршував якість життя. 24% пацієнтів мали менше ніж 12 балів, що свідчить про відсутність симптому та його впливу на якість життя (рис. 3).

Також ми проаналізували, чи пов'язані зміни психологічного статусу з вираженістю симптомів НЕРХ. Було виявлено статистично значущу залежність між інтенсивністю симптомів захворювання та вираженістю депресії ($p < 0,001$, $\chi^2=97,48$), тривоги ($p < 0,001$, $\chi^2=103,03$), стресу ($p < 0,001$, $\chi^2=99,04$) та алекситимії ($p < 0,001$, $\chi^2=96,10$).

Аналіз психологічного статусу хворих на НЕРХ дозволяє визначити роль цих змін у патогенезі

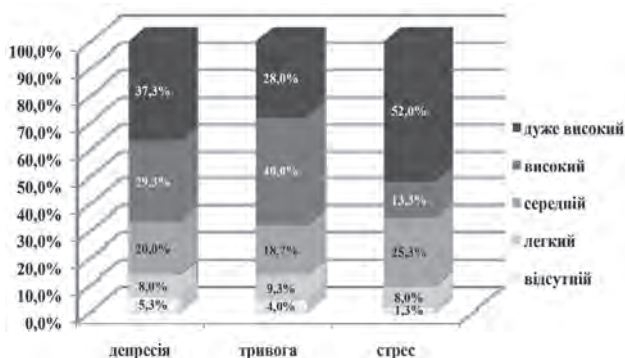


Рис. 1. Рівень депресії, тривоги, стресу в пацієнтів із НЕРХ

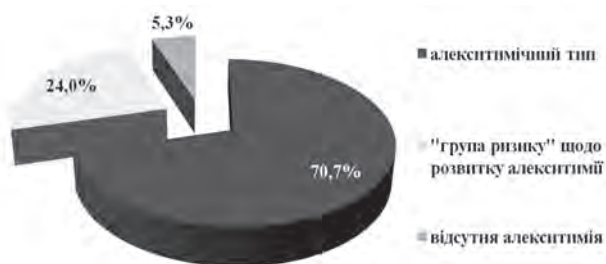


Рис. 2. Алекситимічний профіль пацієнтів із НЕРХ

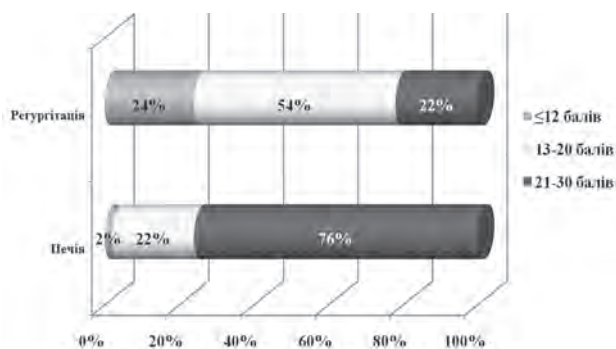


Рис. 3. Оцінка вираженості симптомів печії/регургітації (за даними опитувальника GERD-HRQL)

захворювання в конкретного пацієнта. Оскільки функціонування системи органів травлення тісно пов'язане зі станом психічної сфери людини, то більшість захворювань ШКТ належать до психосоматичної патології. Тому ще одна, не менш важлива, складова клінічної картини даного захворювання — це психоемоційний стан конкретного хворого, який звернувся по медичну допомогу з основними скаргами на печію та регургітацію. У дослідженні Л. Мосійчук та співавт. було продемонстровано зміни психологічного статусу та прояви психологічної дезадаптації в 76,7% пацієнтів із GERX. У хворих із сильною та дуже сильною печією найбільш значущими з них були депресія (63,3%), іпохондрія (43,3%) та психастенія (20,0%) [9]. Прояви тривоги та депресії були виявлені в 100 та 91,2% відповідно. Проте авторами дослідження було встановлено, що депресивні ознаки хоч і виявлялися в значній кількості обстежених, у цілому вони не були вираженими. Отримані дані свідчать, що наявність психологічної дезадаптації в пацієнтів із GERX унеможлиблює досягнення стійкої ремісії, що значно погіршує якість життя цих хворих [9]. Проте X. Yang et al. стверджують, що саме рівні тривоги та депресії в пацієнтів із GERX значно вищі, ніж у пацієнтів із рефлюкс-езофагітом, що ускладнює перебіг захворювання та знижує якість життя таких хворих [10]. У дослідженні X. Niu et al. було виявлено, що пацієнти з GERX мають більшу резистентність до лікування інгібіторами протонної помпи (ІПП) не лише в стандартному дозуванні, а й при подвоєнні дози, оскільки в патогенезі цього захворювання автори підкреслюють вагому роль тривоги, депресії та хронічного стресу, а також поєднання із симптомами інших функціональних розладів, зокрема синдрому подразненої кишки, що, у свою чергу, зменшує частоту досягнення стійкої ремісії на тлі лікування і, як наслідок, знижує рівень якості життя таких хворих [11]. Згідно з думкою Л. Мосійчук та співавт., у пацієнтів зі змінами психологічного статусу виникає стан перенапруження нервової системи, або, як його ще називають автори, стан психологічної дезадаптації. Дезадаптація — це порушення здатності пристосування до умов існування, насамперед втрата пристосованості до умов соціального середовища [9]. Оскільки нервова система такої особи перебуває в стані дезадаптації, вона легко піддається впливу зовнішніх стресових чинників, як наслідок, у неї страждає імунна, ендокринна системи, що, у свою чергу, сприяє розвитку спочатку функціональних, а на цьому тлі й соматичних захворювань різних органів і систем.

На сьогодні увагу дослідників психосоматичної патології привертає алекситимія в структурі преморбідної особистості як до одного з можливих психологічних чинників ризику психосоматичних розладів. Алекситимія є психологічною характеристикою, яка визначається такими когнітивно-афективними особливостями: 1) складністю у визначенні та описі власних емоцій та емоцій інших людей; 2) важкістю розрізнати емоції та тілесні відчуття; 3) зниженою здатністю до символізації та фантазування. Було висунуто гіпотезу, згідно з якою обмеженість в усвідомленні емоцій і когнітивної переробки афекту призводить до фокусування на соматичному компоненті емоційного збудження та його посилення. Цим, імовірно, й пояснюється встановлена тенденція алекситимічних осіб до розвитку іпохондричних і соматичних розладів [12]. Було висловлено припущення, що нездатність алекситимічних осіб регулювати і модулювати емоції на неокортикальному рівні, які заподіюють їм страждання, може призвести до посилення фізіологічних реакцій на стресові ситуації, створюючи тим самим умови, що спричиняють розвиток психосоматичних захворювань та погіршують перебіг вже сформованої патології [12].

У медичній практиці все частіше почали звертати увагу на якість життя конкретного хворого. При цьому пацієнт розглядається не лише як суб'єкт лікування, але й як особистість, що під впливом хвороби змінюється і повертається до соціуму в іншому статусі — статусі хворої людини [13]. На сьогодні вважається, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. Кожен із компонентів, у свою чергу, включає низку складових, наприклад, фізичний — симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний — тривогу, депресію, алекситимічний тип особистості; соціальний — соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо. Їхнє всебічне вивчення дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп і встановити, за рахунок якого складника він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб його покращити [14].

Висновки

На основі викладеного вище можна зробити такі висновки:

1. У пацієнтів із GERX відмічається висока частота та вираженість особистісних психологічних розладів за рахунок високих рівнів

- депресії, тривоги та стресу; вони переважно мають алекситимічний тип особистості.
2. Виявлено статистично значущу залежність між інтенсивністю симптомів захворювання та вираженістю депресії, тривоги, стресу та алекситимії ($p < 0,001$).
 3. Імовірно, нестерпні симптоми, що перешкоджають і значно обмежують денну активність пацієнтів, поєднуючись із психологічними особливостями хворих при НЕРХ, формують «хибне коло» та мають негативний вплив на якість життя.

Список використаної літератури

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба»: наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі». — Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2013_943GERX/2013_943_kn_GERX.doc
2. Острогляд А.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба / А.В. Острогляд, А.С. Свінцицький, В.І. Вдовиченко. — Львів, 2011. — 199 с.
3. Maradey-Romero C. Nonmedical therapeutic strategies for nonerosive reflux disease / C. Maradey-Romero, H. Kale, R. Fass // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 48. — P. 584-589.
4. Hershovici T. Nonerosive reflux disease (NERD) — An Update / T. Hershovici, R. Fass // *J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2010. — Vol. 16. — P. 8-21.
5. Rome III The Functional Gastrointestinal Disorders / D. Drossman, E. Corazziari, M. Delvaux [et al.] // *Yale University Section of Digestive Disease: Degnon Associates.* — 2006. — Ed. 3. — 1052 p.
6. The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure / F. Ng, T. Trauer, S. Dodd [et al.] // *Acta Neuropsychiatrica.* — 2007. — Vol. 19. — P. 304-310.
7. Bagby R.M. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures / R.M. Bagby, G.J. Taylor, D. Ryan // *Psychother. Psychosom.* — 1986. — Vol. 45. — P. 207-215.
8. Velanovich V. GERD-Health Related Quality of Life Questionnaire (GERD-HRQL). The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument / V. Velanovich // *Dis. Esophagus.* — 2007. — Vol. 20. — P. 130-134.
9. Психологічна дезадаптація пацієнтів з ГЕРХ: огляд та власні дослідження / Л.М. Мосійчук, Л.В. Демешкіна, І.В. Кушніренко, І.Ю. Зав'ялова // *Гастроентерологія.* — 2014. — № 4. — С. 23-29.
10. Anxiety and depression reduce QoL in GERD patients / X.J. Yang, H.M. Jiang, X.H. Hou, J. Song // *World J. Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 21. — P. 4302-4309.
11. Risk factors for proton pump inhibitor refractoriness in Chinese patients with non-erosive reflux disease / X.P. Niu, B.P. Yu, Y.D. Wang [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2013. — Vol. 19. — P. 3124-3129.
12. Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies / M. Kojima // *Biopsychosoc. Med.* — 2012. — Vol. 6. — ID21.
13. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М. Січкарук // *Внутрішня медицина.* — 2007. — № 3. — С. 32-34.
14. Eslick G.D. Gastroesophageal reflux disease (GERD): risk factors, and impact on quality of life—a population-based study / G.D. Eslick, N.J. Talley // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 43. — P. 111-117.

Надійшла до редакції 16.11.2016

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH NONEROSIVE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

A.S. Svintsitskyi, N.O. Bondarenko, I.V. Korendovych

Abstract

The article presents up-to-date data and the results of our study of psychological status and alexithymia profile in patients with nonerosive reflux disease (NERD). The impact of depression, anxiety, stress and alexithymia on quality of life of patients with NERD was shown. Also we found a relationship between NERD symptoms intensity and psychological disorders severity.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, nonerosive reflux disease, depression, anxiety, stress, alexithymia, quality of life.