

УДК 616.333-008.6-036.22

А.А. Опарин, О.Е. Шаповалова, Т.Н. Опарина, Ю.И. Двояшкина

СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ И МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С УЧЕТОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Данная работа является фрагментом научной темы “Центральные механизмы реализации ulcerогенных факторов и их патогенетическая коррекция у студентов с дуоденальной язвой”, № госрегистрации 0105U002866.

Вступление. На сегодня среди болезней внутренних органов лидирующее положение по распространенности во многих странах мира занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), пусковым механизмом развития которой считается слабость нижнего пищеводного сфинктера [2, 4, 6]. Причина такого увеличения распространенности ГЭРБ, по мнению одних авторов [5] связана с уменьшением частоты *N. pylori* ассоциированного атрофического гастрита, приводящего к снижению секреции соляной кислоты, а также снижению уровня аммиака после уничтожения этих бактерий. Другие же авторы объясняют причину увеличения заболеваемости нарушением баланса между факторами агрессии и защиты слизистой пищевода и желудка, спровоцированного изменением образа жизни, избыточной массой тела, физическим и психическим стрессом [1,3,7]. Вместе с тем, как показывает анализ последних работ многие проблемы, в том числе — почему у одних больных ГЭРБ на первый план выступает фактор агрессии, а у других секреция соляной кислоты может оставаться нормальной и даже ниже ее, но существенно ослабляется фактор защиты — остаются до конца не раскрытыми и требуют дальнейшего изучения [1,6,8,9].

Целью исследования явилось изучить состояние секреторной и моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка у студентов больных ГЭРБ с учетом психосоматического состояния и качества жизни пациентов (КЖ).

Объект и методы исследований. Обследовано 58 студентов больных ГЭРБ, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Областной студенческой больницы. Среди больных

было 47 мужчин (81%) и 11 женщин (19%) в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст $20,1 \pm 1,5$ лет). При постановке диагноза ГЭРБ учитывали наличие характерных для этого заболевания клинических пищеводных проявлений, данных анкетирования с использованием специально разработанного в институте терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины опросника (заявка 2625 от 4 июля 2008 г.), подтвержденных результатами эзофагогастродуоденоскопии, рентгеноскопии пищевода и желудка, исследования рН-метрии. Контрольную группу составляли 20 практически здоровых студентов -15 мужчин (75%) и 5 женщин (25%) в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст $20,2 \pm 1,3$ лет). До начала исследования все больные, как и здоровые студенты группы контроля были информированы о его целях. Получено добровольное согласие пациентов на проведение исследования.

Критериями исключения студентов из группы наблюдений являлись наличие у этих лиц сопутствующей патологии других органов и систем, а также появление завышенного среднего балла самооценки психосоматического статуса по любой из шкал опросника, требующие, согласно инструкции, консультации психотерапевта. Моторно-эвакуаторную функцию пищевода и желудка оценивали по данным селективной проксимальной электрогастрографии, выполненной на электрогастрографе микропроцессорном ЭГГ-МП01, международный классификатор А6-158324-5/04, разработанном на кафедре эндоскопии, общей хирургии топографической анатомии ХМАПО и базе Национального аэрокосмического университета им. Н.Е. Жуковского «ХАИ». Для оценки желудочной секреции использовали способ внутрижелудочной (интрагастральной) рН-метрии с применением специальных двух рН-зондов с двумя оливами и сурьмяноколомелевыми электродами по стандартной методике, на аппарате ИЖК-2 (производство Украина). Психосоматическое состояние пациентов

оценивали с помощью экспериментально-психологического исследования с определением среднеевропейского балла по опроснику депрессии Бека, по шкале реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, по шкале самооценки тревоги Шихана, по тесту дифференциальной самооценки функционального состояния личности (САА). Оценку качества жизни проводили используя унифицированный опросник SF-36, который включая оценку шкалы физического здоровья: ролевого физического функционирования (RP), физического функционирования (PF), шкалы боли (BP) и общего здоровья (GH), а также шкалы психологического здоровья: ролевого эмоционального функционирования (RF), шкалы жизнеспособности (VT), психического здоровья (MH) и социального функционирования (SF). Показатели каждой шкалы варьировали от 0 (самый низкий уровень) до 100 баллов - уровень полного здоровья.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере (Statistica for Windows). Оценивали среднее значение (M), их ошибки (ж), коэффициент корреляции (r), t- критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. При исследовании нами было установлено, что среди студентов больных ГЭРБ с типичной клинической картиной пищеводных проявлений кислотность желудочного сока была повышенной у 43 больных (74,2%), у 10 больных (17,2%), она оставалась на уровне колебаний здоровых лиц, а у 5 больных (8,6%) - была ниже нормы. В среднем, у больных ГЭРБ уровень pH-метрии как в корпусе ($1,30 \pm 0,05$), так и в антруме ($5,63 \pm 0,03$) был статистически достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у здоровых студентов контрольной группы ($1,62 \pm 0,03$ и $7,1 \pm 0,10$ соответственно). Моторно-эвакуаторная функция желудка, являющаяся одним из факторов защиты слизистой пищевода, среди больных ГЭРБ у 38 пациентов (65,5%) была повышенной (тахигастрия), у 13 больных (22,7%), она оставалась в пределах колебаний лиц контрольной группы (нормогастрия). У остальных 7 больных (12,1%) моторно-эвакуаторная функция была замедленной (брадигастрия). В среднем, у больных ГЭРБ число сокращений в 1 минуту увеличилось до $5,03 \pm 0,14$, а амплитуда волны поднялась до $136,2 \pm 3,51$ мкВ и по сравнению с нормой эти показатели ($2,1 \pm 0,12$ и $120,4 \pm 2,22$) были статистически достоверно ($p < 0,001$) выше.

Одновременно с этими нарушениями у больных ГЭРБ мы констатировали изменения в психосоматическом статусе. В частности, по данным самооценки шкал опросников психосоматического состояния 55 пациентов

(94,8%) отмечали снижение настроения, самочувствия и активности. В среднем, у них самооценочный балл самочувствия снизился до $4,10 \pm 0,11$ баллов, среднеевропейский балл настроения - до $4,20 \pm 0,13$, среднеевропейский балл активности - до $3,81 \pm 0,14$ и по сравнению с нормой ($6,4 \pm 0,11$; $6,1 \pm 0,12$ и $5,9 \pm 0,11$ соответственно) эти показатели были статистически достоверно ($p < 0,001$) ниже.

В тоже время показатели опросников личностной и реактивной тревожности у 29 (50%) больных оказались достоверно высокими (от 49 до 60 баллов). У остальных 29 больных (50%) психосоматическая напряженность была умеренной (от 49 до 20 баллов). В среднем, среди всей группы больных ГЭРБ усредненный профиль как личностной тревожности ($40,76 \pm 1,2$), так и реактивной тревожности ($39,1 \pm 1,1$) был выше, чем в группе контроля ($22,4 \pm 1,2$ и $21,9 \pm 1,4$ соответственно), и эта разница была статистически достоверна ($p < 0,001$). По шкале самооценки тревоги Шихана выявлено, что у 12 (20,6%) больных уровень тревоги был высоким (от 60 до 80 баллов), у 41 больного (70,7%), этот уровень соответствовал 59-40 баллам, у остальных 5 (8,7%) больных он находился в диапазоне от 39 до 20 баллов (при норме ниже 29 баллов). В среднем, у больных ГЭРБ усредненный балл самооценки тревоги составил $56,14 \pm 1,19$ баллов и существенно ($p < 0,001$) превышал средний балл ($20,1 \pm 1,2$) лиц контрольной группы. Согласно оценке опросника депрессии Бека нами выявлено, что депрессивные тенденции встречались среди студентов также часто, но несколько реже, чем синдром тревоги. В частности, у 35 больных (60,3%) уровень депрессии колебался в диапазоне 19-22 баллов. У 20 пациентов (34,5%) ее уровень поднимался еще выше и достигал оценки от 22 до 26 баллов. У остальных 3 (5,2%) студентов он находился на верхней границе нормы. В среднем, среди всей группы больных ГЭРБ средний оценочный балл депрессии поднялся до $22,8 \pm 1,1$, существенно превысив ($p < 0,001$) средний показатель здоровых лиц ($9,8 \pm 0,96$) контрольной группы.

Одновременно нами отмечено, что, несмотря на большое разнообразие проявлений психосоматических расстройств, среди всей группы больных четко формируются две группы пациентов с наличием двух основных сдвигов в эмоционально-личностной сфере - возбудимых (у 35 больных) и тормозных (у 23 больных) черт личности с преобладанием у первых ипохондрических, а у вторых - тревожно-депрессивных проявлений. В среднем, среди возбудимых больных статистически достоверно выше ($p < 0,001$) определялся средний уровень личностной ($49,1 \pm 1,4$ против $36,1 \pm 1,1$ у тормозных) и средний уро-

вень реактивной тревожности ($46,8 \pm 1,1$ против $36,9 \pm 1,2$ у тормозных больных).

В то время как для тормозных больных более характерным было статистически достоверное ($p < 0,001$) повышение уровня депрессии (до $28,9 \pm 1,2$ против $20,1 \pm 1,2$ у возбудимых), уровня тревоги (до $67,1 \pm 1,1$ против $53,6 \pm 1,2$ у возбудимых), а также более выраженное снижение ($p < 0,001$) среднего балла активности (до $2,9 \pm 0,05$ против $3,7 \pm 0,04$ у возбудимых), снижение среднего балла самочувствия (до $3,1 \pm 0,08$ против $4,5 \pm 0,09$ у возбудимых) и снижение среднего балла настроения (до $3,3 \pm 0,66$ против $4,3 \pm 0,07$ у возбудимых больных).

Одновременно нами установлено, что в группе возбудимых больных кислотность желудочного сока чаще была повышенной (у $94,3\%$). В среднем уровень рН-метрии у них как в корпусе ($1,20 \pm 0,04$), так и в антруме ($5,22 \pm 0,18$) был статистически достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в группе больных с преобладанием в психосоматическом статусе тормозных черт личности ($1,46 \pm 0,03$ и $6,3 \pm 0,15$ соответственно). Показатели моторно-эвакуаторной функции пищевода и

желудка также находились в определенной зависимости от характера психологических расстройств.

В среднем, если в группе больных с возбудимым типом личности число сокращений в 1 минуту увеличивалось до $7,4 \pm 0,11$ (при норме $2,1 \pm 0,12$), амплитуда волны поднималась до $162,4 \pm 3,49$ (при норме $120,4 \pm 2,22$ мкВ), то в группе больных ГЭРБ с преобладанием в психосоматическом статусе тормозных черт личности число сокращений в 1 минуту уменьшилось до $1,9 \pm 0,14$, а амплитуда волн упала до $96,4 \pm 2,31$, это снижение привело к статистически достоверной разнице ($p < 0,001$) не только с группой возбудимых больных, но и с группой контроля ($p < 0,001$).

В свою очередь эти нарушения в психосоматическом статусе находились в тесной зависимости от уровня КЖ.

В частности, нами установлено, что у больных ГЭРБ показатели КЖ были значительно снижены и по сравнению с показателями здоровых людей по всем шкалам опросника SF разница была статистически достоверной ($p < 0,001$) (табл.).

Таблица

Характеристика качества жизни у больных ГЭРБ и лиц контрольной группы

Шкалы КЖ	Группы больных ГЭРБ			Контроль
	общая	возбудимые	тормозные	
Физическое функционирование (PF), балл	$48,9 \pm 4,1$	$50,8 \pm 3,9$	$46,00 \pm 4,1$	$84,5 \pm 4,0$
Ролевое физическое функционирование (RP), балл	$38,3 \pm 2,9$	$35,1 \pm 2,9$	$43,1 \pm 3,1$	$71,4 \pm 3,1$
Интенсивность боли (BR), балл	$36,8 \pm 4,1$	$30,6 \pm 4,1$	$47,1 \pm 3,9$	$76,3 \pm 4,0$
Общее здоровье (GH), балл	$41,6 \pm 4,2$	$42,8 \pm 4,1$	$39,7 \pm 4,0$	$74,9 \pm 4,1$
Жизнеспособность (VT), балл	$46,7 \pm 3,0$	$51,2 \pm 3,1$	$39,8 \pm 3,2$	$80,5 \pm 3,2$
Социальное функционирование (SF), балл	$50,2 \pm 4,1$	$50,1 \pm 4,2$	$50,6 \pm 4,3$	$81,4 \pm 4,2$
Ролевое эмоциональное функционирование (RE), балл	$48,9 \pm 3,9$	$54,3 \pm 3,2$	$40,6 \pm 4,1$	$78,6 \pm 3,4$
Психическое здоровье (MH), балл	$46,4 \pm 3,8$	$50,8 \pm 2,9$	$39,6 \pm 3,2$	$75,4 \pm 3,7$

Причем у больных с преобладанием в психосоматическом статусе возбудимых черт личности показатели шкал ролевого физического функционирования и особенно шкалы интенсивности боли находились на более низком уровне, чем у тормозных больных ($p < 0,001$), в то время как у больных с преобладанием тормозных черт личности, и намного ниже чем у возбудимых больных были показатели уровней ролевого эмоционального функционирования, жизнеспособности и психического здоровья ($p < 0,05$). Показатели уровней шкал общего здоровья, физического и социального функционирования также были ниже в группе тормозных больных, но разница с идентичными показателями возбудимых пациентов была недостоверной ($p < 0,5$).

Выявленные нами статистически достоверные изменения в спектре показателей секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка, а также психосоматического статуса и КЖ у больных ГЭРБ и наличие между ними тесной корреляционной связи ($r = 0,9$), свидетельствует о том, что одним из пусковых механизмов формирования ГЭРБ у студентов могут быть, спровоцированные низким качеством жизни, психосоматические расстройства, которые, формируя возбудимый или тормозной тип личности, способствует у первых повышению фактора агрессии, а у вторых – снижению фактора защиты (снижению моторно-эвакуаторной функции желудка и пищевода), создавая, тем самым, в конечном итоге базу ключевого звена в патогенезе этого заболевания.

Более того, эти полученные факты раскрывают не только роль психосоматических расстройств в патогенезе ГЭРБ, но и одновременно указывают на целесообразность дифференцированного подхода к их коррекции у студентов при лечении.

Выводы.

1. Показано, что у больных ГЭРБ отмечаются выраженные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка и пищевода, находящиеся между собой в тесной корреляционной зависимости.

2. Показано, что у студентов больных ГЭРБ отмечаются выраженные психосоматические расстройства, причем, по своему типу личности больные могут быть разделены на возбудимых и тормозных.

3. Установлена тесная корреляционная зависимость между клинической картиной заболевания, особенностями нарушений моторно-эвакуаторной функции и типом личности больного.

4. Показано, что одним из пусковых механизмов формирования ГЭРБ могут служить психосоматические расстройства, запускающие в свою очередь нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка и пищевода.

Перспективы дальнейших исследований. Перспектива исследований в данном направлении состоит в том, что это позволит разработать методы комплексной диагностики ГЭРБ, принципов ее дифференцированной терапии с учетом психосоматических расстройств се-

креторной и моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка, а также существенно улучшить качество жизни данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Стратегия поддерживающей терапии / Бабак О.Я. // Сучасна гастроентерологія. -2008. - №4 (42). - С.8-10.
2. Лазебник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения / Лазебник Л.Б. // Терапевтический архив. -2008. - №2. - С.5-11.
3. Осадчук М.Н. Роль диффузной нейроэндокринной системы в патогенезе и исходе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Осадчук М.Н., Калинин А.В., Липасиова Т.Е. и др. // РЖГГК. -2007. - №3. - С.35-39.
4. Решетников О.В. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование / Решетников О.В., Курилович С.А., Симонова Г.И. // Терапевтический архив. -2008. - №2. - С.11-14.
5. Симон А. Патогенетическая роль соляной кислоты при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Симон А. // Рос. Журн. гастроэнтерол. колопроктол. гепатол. -2008. - №2. - С.55-58.
6. Ткач С.М. Современные подходы к лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных ожирением / Ткач С.М. // Сучасна гастроентерологія. -2009. - №6. - С. 46--50.
7. Фадеенко Г.Д. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Фадеенко Г.Д., Кушнир И.Э., Бабак М.О. // Сучасна гастроентерологія. -2008. - №5(43) - С. 12-16.
8. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / Шептулин А.А. // Клиническая медицина. -2008. - №6. - С.8-12.
9. Goy K.-L. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in the east. - Same as the west / Goy K.-L. // J.Clin Gastroenterol. -2007. - №41(supp). - P.54-58.

УДК 616.333-008.6-036.22

СТАН СЕКРЕТОРНОЇ ТА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ СТРАВХОДУ І ШЛУНКУ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ У СТУДЕНТІВ

Опарін О.А., Шاپовалова О.Є., Опаріна Т.М., Двояшкіна Ю.І.

Резюме. У роботі показано, що у студентів, хворих на ГЕРХ, відмічаються виражені порушення секреторної та моторно-евакуаторної функції стравоходу, шлунку і психосоматичного статусу, що знаходяться між собою в тісній кореляційній залежності. Доведено, що психосоматичні розлади, формуючи збудливий або гальмівний тип особи, сприяють у пацієнтів із збудливим типом особи підвищенню агресії шлункового соку, а у хворих з гальмівним типом - зниженню моторно-евакуаторної функції.

Ключові слова: гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба, психосоматичні розлади, моторні порушення, секреторні порушення.

UDC 616.333-008.6-036.22

THE STATE OF SECRETORY AND MOTORIC FUNCTIONS OF ESOPHAGUS AND STOMACH TAKING INTO ACCOUNT PSYCHOSOMATIC STATUS AT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT STUDENTS

Oparin A., Shapovalova O., Oparina T., Dvoyashkina J.

Summary. It is in-process rotined that at students, patients by GERD, the expressed violations of secretory and motoric disorders functions of esophagus, stomach and psychosomatic status, being between itself in close cross-correlation dependence, are marked. It is rotined that psychosomatic disorders, forming the excitable or brake type of personality, promote at patients with the excitable type of personality to the increase of aggression of gastric juice, and at patients with a brake type - decline of motoric function.

Key words: gastroesophageal reflux disease, psychosomatic disorders, motoric violations, secretory violations.

Стаття надійшла 12.01.2010 р.