

УДК 616.329-008.843.3+159.9.07



МОСІЙЧУК Л.М., ДЕМЕШКІНА Л.В., КУШНІРЕНКО І.В., ЗАВ'ЯЛОВА І.О.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

## ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З GERX: ОГЛЯД ТА ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Резюме.** У статті наведені сучасні дані щодо психосоматичної проблеми у медицині, і зокрема, світовий досвід вивчення порушень психологічної адаптації у хворих на гастроєзофагеальну рефлексну хворобу (GERX), а також подані результати власних досліджень. За допомогою застосованих психологічних тестів частота виявлення тривожності та депресивності у пацієнтів із GERX становила 100 та 91,2 % відповідно. Дослідження, проведені у віддаленому періоді, свідчать, що наявність психологічної дезадаптації у пацієнтів із GERX унеможлиблює досягнення стійкої ремісії щодо основного захворювання та вимагає відповідної корекції.

**Ключові слова:** GERX, психологічні розлади, тривога, депресія, психологічна дезадаптація.

«Хвороба являє собою не лише соматичне, а й психічне страждання, не тільки біологічне, а й соціальне явище як за походженням, так і за наслідками», — ці слова знаменитого вітчизняного клініциста В.Х. Василенка можуть служити епіграфом для цілої низки наукових робіт, присвячених вивченню нерозривного внутрішнього зв'язку між душею і тілом, між психікою і соматикою. Образно висловив ту ж думку Л.А. Лурія, творець вітчизняної нейропсихології: «Плаче мозок, а «сльози» — у серці, шлунку, кишечнику». Класичними експериментальними роботами І.П. Павлова ще в XIX столітті показані міцні механізми зв'язку двох найважливіших життєзабезпечуючих систем організму — нервової і травної. При невротичних станах, стресових ситуаціях, що супроводжуються зміною реактивності структур головного мозку й вегетативних функцій, можуть формуватися порочні кортико-вісцеральні рефлексні, які сприятимуть розвитку дискінетичних розладів у травній системі [1]. Великим фізіологом було доведено, що зміни будь-якої вегетативної функції, зокрема і рухової функції стравоходу, шлунка, жовчовивідної системи, можуть бути викликані умовно-рефлекторним шляхом [2]. Було сформульовано вчення про функціональні взаємозв'язки між корою головного мозку і внутрішніми органами, що стало теоретичною

основою для психосоматичної медицини. Відповідно до запропонованої теорії кортикальна регуляція вегетативних функцій здійснюється не тільки як генетично детермінована програма, але й у рамках умовно-рефлекторної діяльності.

Оскільки функціонування системи органів травлення тісно пов'язане зі станом психічної сфери людини, то більшість захворювань шлунково-кишкового тракту належать до психосоматичної патології.

У сучасному розумінні психосоматична медицина розглядається як наука про взаємовідносини психічних і соматичних процесів. Неослабний інтерес до даної проблеми цілком закономірний, оскільки на практиці все частіше доводиться стикатися з ситуаціями, коли відхилення від оптимальної життєдіяльності організму, що характеризуються як захворювання, стан, реакція або дезадаптація, не можуть бути пояснені тільки в контексті морфологічної будови людини [3].

Психосоматичні захворювання надзвичайно поширені, особливо у високорозвинених країнах, причому

© Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В., Кушніренко І.В., Зав'ялова І.О., 2014

© «Гастроентерологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

у зв'язку з прогресуючою стресогенністю суспільства зберігається стійка тенденція до їх зростання [4]. Психосоматичні за походженням і соматичні за проявами захворювання мають досить велику питому вагу як у поліклінічній, так і в стаціонарній мережі. Статистика показує, що 1/3 хворих, які отримують медичну допомогу, первинно страждають від емоційних розладів. Частота психосоматичних порушень коливається від 15 до 60 % серед загального контингенту населення, а в пацієнтів при первинному зверненні до лікаря — від 30 до 57 %. Серед контингенту багатопрофільних лікарень психосоматичні розлади були виявлені у 53,6 % випадків [5]. За об'єднаними даними ВООЗ, від 38 до 42 % всіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматиків [6]. За останні 25–30 років відзначається різке збільшення чисельності хворих із психосоматичною патологією. Це стосується перш за все захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, хронічних неспецифічних захворювань і ендокринних розладів. Характерно, що пацієнти, які страждають від психосоматичних захворювань, тривалий час, а іноді навіть роками, безуспішно лікуються у лікарів різних спеціальностей, мігруючи від одного до іншого.

У сучасній психосоматиці розрізняють кілька груп факторів, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. Це перш за все генетично обумовлена схильність — наявність певних особистісних особливостей із яскраво вираженими рисами іпохондрії, депресивності, істероїдності, тривожно-фобічними станами тощо. При певних впливах зовнішнього середовища, наприклад, при потраплянні у тяжкі життєві ситуації, коли ніби втрачається контроль над ситуацією, формуючи відчуття безнадійності та безпорадності, психологічна проблема даних осіб часто перетворюється на фізичну. Важливу роль мають також психосоціальні фактори, обумовлені зовнішніми гострими або хронічними впливами на психічну сферу людини [8]. Як правило, основним катализатором, що провокує і визначає розвиток психологічних проблем, є психоемоційні і психосоціальні стреси. При цьому з точки зору стресової реакції немає значення характер ситуації (позитивна вона чи негативна), має значення потреба і можливість здійснити пристосувальні функції і тим самим відновити нормальний стан [9]. У науковій літературі, особливо зарубіжній, як правило, використовують термін «дистрес» (distress) — це виключно шкідливий або неприємний стрес. Поняття дистресу досить широке, воно включає: 1) тривогу або ментальне страждання; 2) сильне напруження; 3) гострий фізичний дискомфорт; 4) стан, коли потрібна негайна допомога; 5) фізичне виснаження тощо.

Вчені та практичні лікарі за кордоном приділяють питанню психологічної корекції пацієнтів важливе значення, і це дозволяє вживати своєчасних заходів щодо запобігання розвитку в них психологічної дезадаптації.

Дезадаптація (лат. dis — відсутність; adaptatio — пристосування) — це порушення здатності пристосування

до умов існування, у першу чергу втрата пристосованості до умов соціального середовища. Більш широко — це своєрідний конфлікт між наявною формою життєзабезпечення та зовнішнім середовищем.

Як проміжний стан між здоров'ям і хворобою в континуумі від норми до патології дезадаптація повинна діагностуватися з метою подальшої її корекції методами, що підвищують стійкість до негативних впливів середовища. Вважають, що саме психічна дезадаптація сприяє розвитку багатьох соматичних захворювань [10, 11], а що стосується функціональних розладів, то в поєднанні з генетичною схильністю вона може бути первинною і формувати порушення фізіології травної системи (дискінезії, вісцеральну гіперчутливість). Порушення фізіології за участю психосоціальних факторів приводить до розвитку функціональних захворювань [12, 13]. У разі відсутності адекватної допомоги хворий приречений на часті візити до лікаря, прийом зайвих ліків, що призведе до зміни поведінки та зниження якості життя.

Дослідженнями останніх років встановлено, що пацієнти з симптомами шлунково-стравохідного рефлюксу та супутніми психологічними розладами, як правило, звертаються по медичну допомогу раніше, ніж пацієнти без розладів. Ймовірно, це пов'язано з тривогою, стурбованістю з приводу наявних проявів та депресією [14].

Питання про частоту порушень психічного статусу у хворих на гастроезофагеальну рефлексну хворобу (ГЕРХ), а також їх вплив на формування клінічної картини та ефективність лікування захворювання вивчене недостатньо, а наявні дані часто суперечливі [14, 15]. Розглядаючи це питання, необхідно мати на увазі перш за все ендоскопічно негативну ГЕРХ, діагностика якої базується на суб'єктивних даних, тобто на скаргах і виявленні симптомів, що турбують хворого [16, 17]. За даними В. Ноїков із співавт., поширеність психологічного дистресу в загальній популяції пацієнтів із ГЕРХ становить 40,6 %, при цьому відштовідь на лікування інгібіторами протонної помпи знаходиться в оберненій залежності від ступеня психологічної дезадаптації [18]. Дослідження, проведені J. Richter, свідчать про те, що близько 9 % випадків рефрактерної ГЕРХ обумовлено психологічною дезадаптацією [19]. Аналогічні результати, отримані Д.С. Борднім, доводять, що психологічна дезадаптація є самостійним фактором формування клінічної картини ГЕРХ у 9,1 % пацієнтів і однією з причин неефективності лікування захворювання [20]. Встановлено також, що наявність ознак порушеної психічної адаптації прямо корелює з інтенсивністю печії. У той же час конкретний кореляційний зв'язок між психічним станом і пошкодженням слизової оболонки стравоходу не визначений [21]. Значно більш висока поширеність психічних супутніх захворювань відзначена у хворих на неерозивну рефлексну хворобу (46,7 %) порівняно з пацієнтами, у яких діагностовано ерозивний езофагіт (26,4 %) [22]. Можна припустити (і цьому вже є докази), що зв'язок вираженості симптому й відхилень психічного статусу пацієнта носить двосторонній

характер. З одного боку, порушення психічної адаптації сприяє формуванню гіперчутливості стравоходу [23, 24], на тлі якої навіть незначні впливи сприймаються драматично. З іншого боку, можлива і зворотня ситуація, коли виражений рефлюкс із тяжкими клінічними проявами суттєво погіршує самопочуття пацієнта [25]. Як наслідок, виникають зміни психічного статусу. У будь-якому випадку відбувається формування патологічного кола, коли психічна дезадаптація й інтенсивність симптомів посилюють одна одну.

Основним симптомом при ГЕРХ, що впливає на самопочуття хворого і визначає якість життя, є печія, яка виникає внаслідок патологічного закидання в стравохід вмісту шлунка [26]. Між тим відчуття печії може виникати не тільки через ГЕРХ, а й у зв'язку з гіперчутливістю стравоходу на тлі змін психічного статусу [27, 28].

Вісцеральна гіперсенситивність — підвищена чутливість рецепторів стінки шлунка або стравоходу до розтягування (больовий синдром виникає при значно меншому підвищенні тиску в середині органа).

J.H. Rubenstein зі співавторами провели дослідження з використанням балонного розтягування стравоходу ( $n = 50$ ) і показано, що у здорових добровольців більш високий поріг для больових відчуттів і дискомфорту від балонного розтягування, ніж у хворих із печією ( $p = 0,04$ ). При наявних порушеннях психічного статусу інтенсивність відчуттів зростає, тобто поріг знижується ( $p = 0,01$ ) [27].

Враховуючи нечисленні й суперечливі дані з цієї проблеми, ми провели власне дослідження.

**Мета дослідження** — вивчити порушення психологічної адаптації у хворих на ГЕРХ.

## Матеріали і методи

Під нашим спостереженням знаходилося 45 пацієнтів із ГЕРХ, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».

Для верифікації діагнозу використовували ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що здійснювали за допомогою гнучких фіброгастроскопів типу Olympus за загальноприйнятою методикою. Як ендоскопічні ознаки оцінювали наявність, вираженість, поширеність і локалізацію запальної реакції слизової оболонки нижньої третини стравоходу, а також наявність ерозивно-виразкових змін та їх ускладнень. Особливу увагу приділяли функціональному стану кардії й ворота, проявам гастроєзофагеального й дуоденогастрального рефлюксів, ознакам наявності грижі стравохідного отвору діафрагми. Оцінка києлотоутворюючої функції шлунка та виявлення закидів шлункового вмісту у стравохід проводили за допомогою внутрішньошлункового багатогодинного або добового рН-моніторингу з використанням комп'ютерної системи. Критерієм оцінки патологічного кислого й лужного шлунково-стравохідного рефлюксу був рівень внутрішньошлункового рН відповідно  $< 4,0$  і  $> 7,0$  протягом понад 5,0 % часу дослідження.

Психологічне обстеження хворих включало індивідуальну бесіду і психодіагностичне тестування за допомогою опитувальників, що допускають кількісну оцінку досліджуваних ознак. У роботі використовувалися такі психологічні тести:

— **Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (ММРІ)** — одна з найбільш популярних психодіагностичних методик.

— **Шкала HADS** — для визначення рівня тривожності та депресії: 0–7 балів — норма; 8–10 — помірна тривожність/депресія; 11 балів і вище — клінічно виражена тривожність/депресія.

— **Методика Тейлора** в модифікації Немчина (для визначення особистого рівня тривожності): 0–5 балів — низька; 6–15 балів — середня; 16–25 балів — середня з тенденцією до високої; 26–40 балів — висока; 41–50 балів — дуже висока [28].

— **Шкала Гамільтона** (для визначення рівня депресії): менше 9 балів — норма; 9–15 — незначний ступінь депресивності; 16–20 — наявність невротичної депресії; вище 20 — розгорнутий депресивний синдром [29].

— **Торонтська шкала алекситимії (TAS)**: алекситимічними вважають людей, які набрали 74 та більше балів; відсутність алекситимії — показник менше 62 балів.

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики [30], реалізованими стандартним пакетом прикладних програм Statistica for Windows 6.0. Порівняння двох середніх проводили за допомогою t-критерію Стюдента та непараметричних критеріїв. Розбіжності середніх вважалися вірогідними при досягнутому рівні значимості ( $p$ ) нижче 0,05.

## Результати дослідження

Серед 45 обстежених хворих були 31 жінка і 14 чоловіків, вік пацієнтів коливався від 19 до 70 років, середній вік становив  $(45,67 \pm 2,32)$  року.

Вивчення анамнезу показало, що тривалість захворювання коливалася від 7 місяців до 20 років. Частіше виявлявся анамнез від 1 до 5 років: у 51,1 % хворих. Середня тривалість захворювань обстежених хворих становила  $(7,77 \pm 1,35)$  року.

За даними ММРІ, зміни особливостей особистості виявлені у 76,7 % пацієнтів, при цьому всі жінки зі зміною психологічного статусу і 30 % чоловіків мали підйом за двома й більше шкалами. Найбільш значущими з них за частотою та вираженістю проявів були депресія, іпохондрія і психастенія (рис. 1).

При оцінці усереднених профілів ММРІ було відзначено, що профіль хворих із сильною або дуже сильною печією розміщувався вірогідно вище, ніж у хворих зі слабкою або помірною вираженістю цього симптому (рис. 2).

У хворих із сильною або дуже сильною печією частіше спостерігалися іпохондричний синдром ( $p = 0,03$ ), депресивні тенденції ( $p = 0,05$ ), конверсія ( $p = 0,04$ ) і психастенія ( $p = 0,03$ ).

При дослідженні рівня тривожності в обстежених хворих відмічено, що низький її рівень, тобто

фізіологічна норма, не мав місця в жодного пацієнта, при цьому в більшості досліджених спостерігався високий (62,2 %) і дуже високий (17,8 %) рівень тривожності, що проявлялася внутрішнім напруженням, сильною стурбованістю, підвищеною пильністю, деякі хворі відмічали часте сечовиділення (рис. 3). Середній рівень тривожності у хворих становив  $(30,50 \pm 3,99)$  бала.

Дослідження депресивного синдрому показали, що наявність депресії відзначена майже у всіх (91,2 %) пацієнтів із ГЕРХ, але характерно, що за рівнем вираженості переважала слабо (48,9 %) і помірно виражена депресивність (15,6 %); середній рівень депресії становив  $(17,67 \pm 2,77)$  бала (рис. 4).

Клінічно це проявлялося апатією, тугою, почуттям безнадійності, поганим настроєм або різкими перепадами настрою від відчуття внутрішнього спокою до зневіри, думок про безперспективність подальшого

лікування, песимістичною оцінкою особистих можливостей.

Таким чином, встановлено, що частота виявлення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із ГЕРХ висока, але за інтенсивністю тривожність значно перевищує вираженість депресивного синдрому.

Останнім часом увагу спеціалістів привертає така психологічна особливість, як алекситимія. Алекситимія — це утруднення у визначенні та описанні (вербалізації) власних емоцій і емоцій інших людей, а також тілесних відчуттів, фантазій, внутрішніх переживань. Дослідниками вивчається можлива роль алекситимії як фактора ризику розвитку психосоматичних захворювань.

У нашому дослідженні алекситимія виявлена приблизно в половині випадків серед досліджених пацієнтів переважно у вигляді наявності окремих алекситимічних рис (рис. 5).

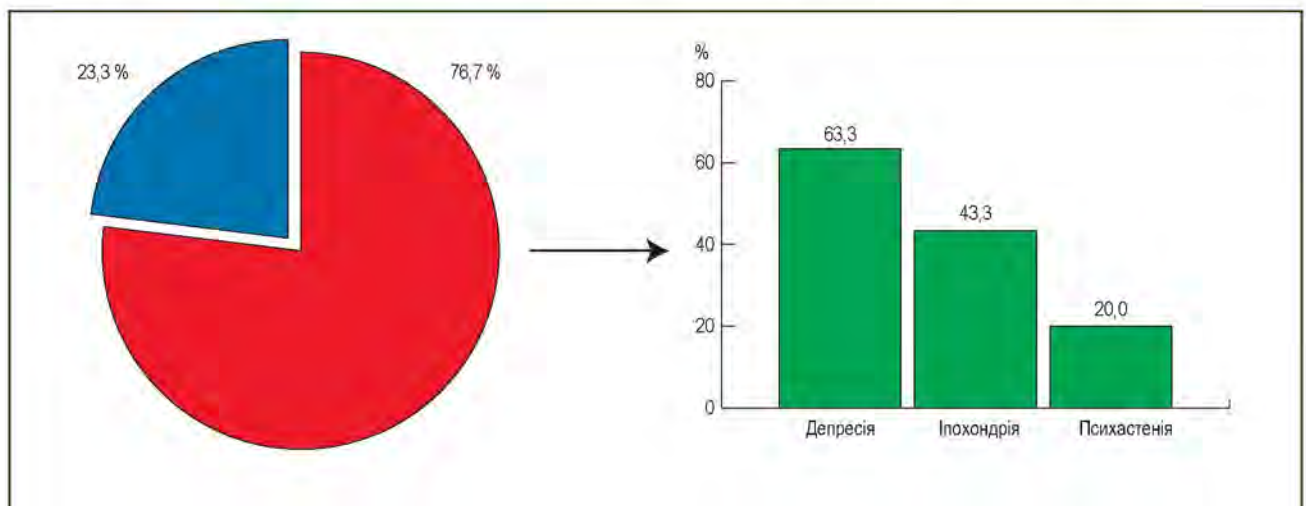


Рисунок 1 — Оцінка психологічного статусу за даними MMPI

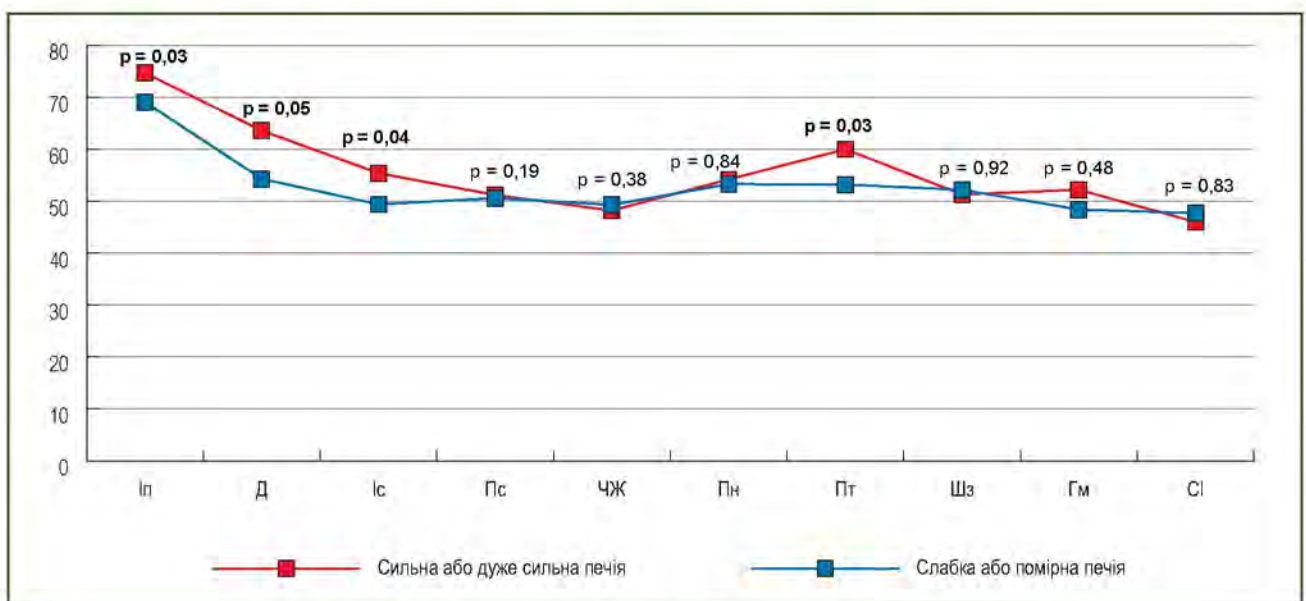


Рисунок 2 — Психологічні синдроми залежно від рівня печії

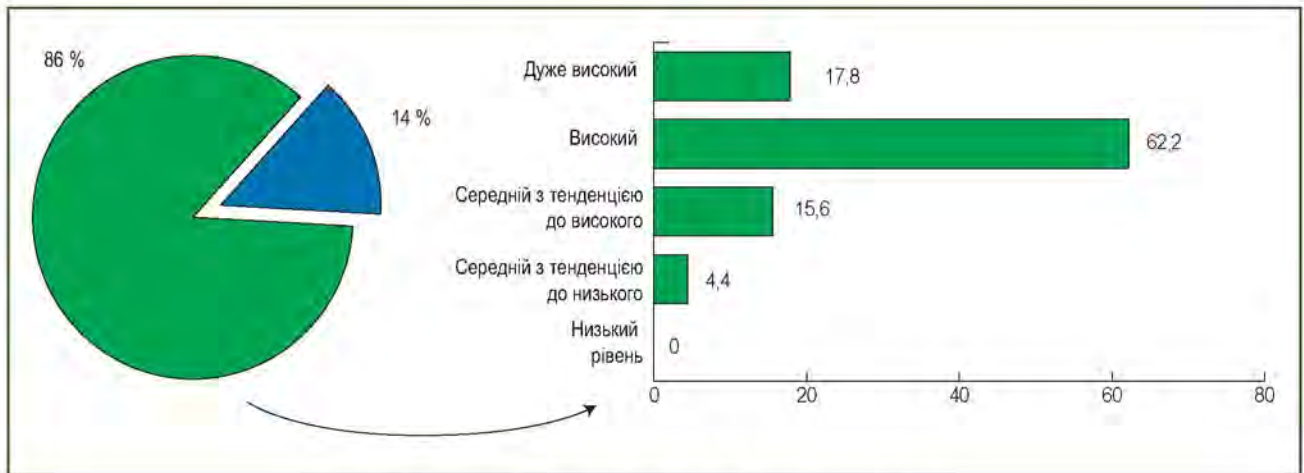


Рисунок 3 – Частота і рівень тривожності

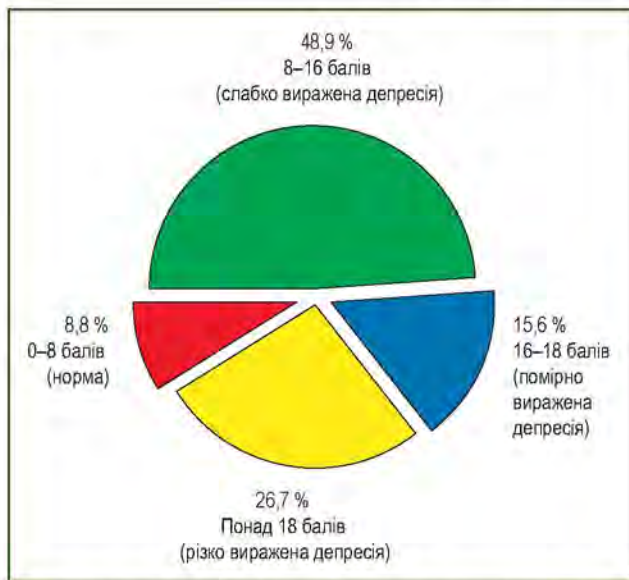


Рисунок 4 – Частота і рівень депресивності

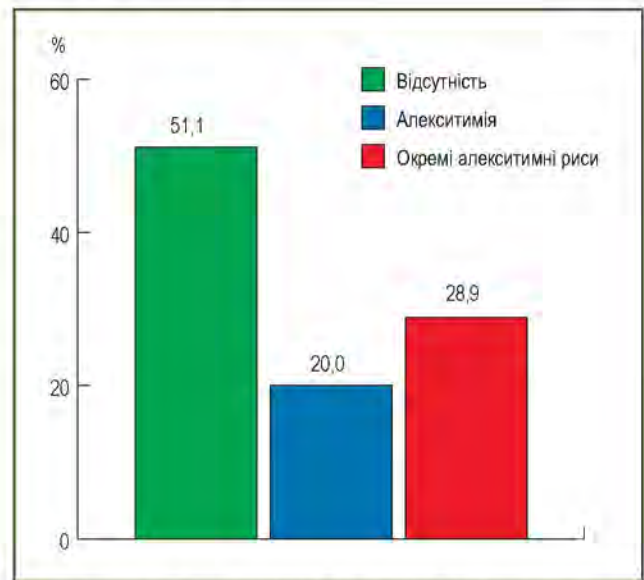


Рисунок 5 – Частота та рівень алекситимії

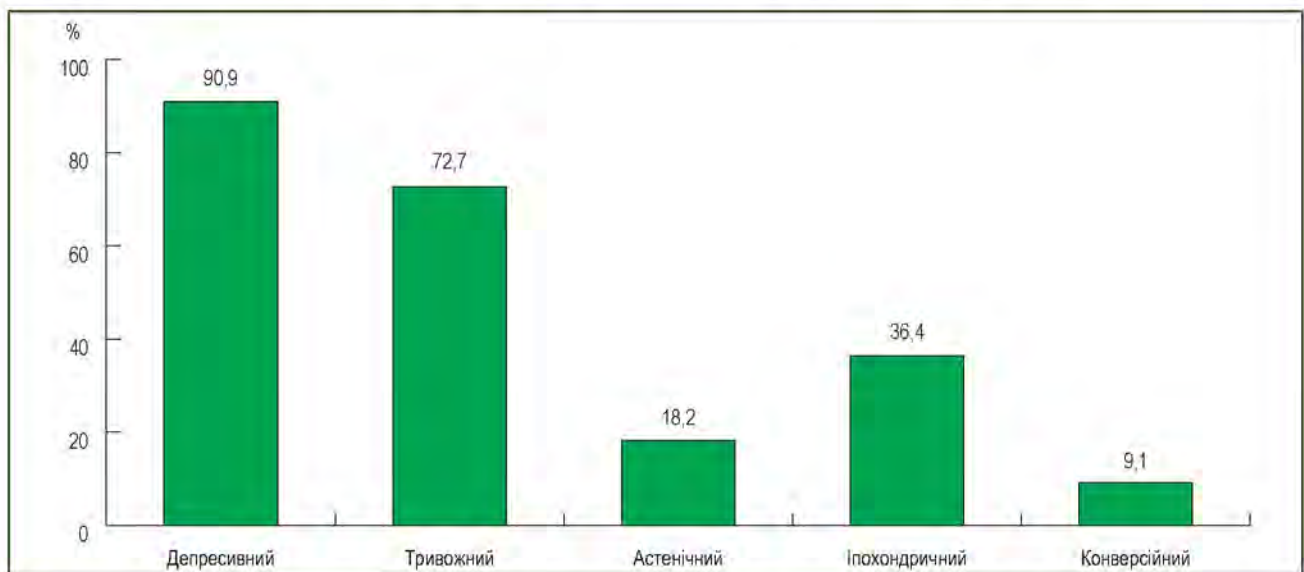


Рисунок 6 – Психосоматичні синдроми у хворих на ГЕРХ, які не мали стійкої ремісії після лікування

Зважаючи на високу частоту психологічних порушень у досліджених пацієнтів із ГЕРХ, нами було проаналізовано динаміку основного захворювання залежно від наявної психологічної дезадаптації у віддаленому періоді. Була виділена група хворих (11 осіб), які після виписки зі стаціонару в задовільному стані через 3 місяці знову мали скарги на печію. У результаті встановлено, що всі вони мали психологічні синдроми, причому 81,8 % з них — 2–3 і більше. Найчастіше зустрічався депресивний синдром (90,9 % хворих) та тривожний (72,7 %), причому в 54,5 % випадків ці синдроми на шаровувалися (рис. 6).

Значно рідше фіксували астеничний синдром (проявлявся виснаженням, підвищеною втомлюваністю, емоційною лабільністю), іпохондричний (фіксація на проблемах власного здоров'я, постійні скарги та сгурбованість) та конверсійний або істеричний, коли демонстрація симптомів фізичного захворювання використовується як засіб вирішення складних ситуацій.

## Висновки

1. За даними ММРІ, зміни психологічного статусу обстежених хворих на ГЕРХ були виявлені в 76,7 %. Найбільш значимими з них були депресія (63,3 %), іпохондрія (43,3 %) та психастенія (20,0 %).

2. Показники профілю ММРІ були вірогідно вищими у хворих із сильною та дуже сильною печією.

3. Проведення специфічних тестів на виявлення тривоги та депресії (HADS, Тейлора, Гамільтона) дозволили встановити дані синдроми у значно більшого числа хворих (100 та 91,2 % відповідно), ніж за даними ММРІ, а також визначити інтенсивність даних синдромів, що дозволяє вважати їх більш чутливими і зручними у використанні. Встановлено, що депресивні ознаки хоч і виявлялися у значного числа обстежених, у цілому не були вираженими.

4. Дослідження, проведені у віддаленому періоді, свідчать, що наявність психологічної дезадаптації у пацієнтів із ГЕРХ унеможливило досягнення стійкої ремісії щодо основного захворювання й потребує відповідної корекції.

## Список літератури

1. Вейн А.М. Идеи невризма в гастроэнтерологии / А.М. Вейн // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — Т. VII, № 3. — С. 76–77.
2. Быков К.М. Учение И.П. Павлова и современное естествознание / К.М. Быков // Избр. произв. — М.: Наука, 1953. — Т. 1. — С. 376–397.
3. Радченко В.Г. Вопросы стратегии и тактики профилактики донозологических состояний и заболеваний внутренних органов / В.Г. Радченко. — М., 2011. — 397 с.
4. Овсянников С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология / С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков. — М.: Триада-Фарм, 2001. — 100 с.
5. Александровский Ю.А. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты): Автореф. дис... д-ра мед.

наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Ю.А. Александровский. — Томск, 2007. — 391 с.

6. Rivkina N. EMC participates in the development of psychosomatic medicine at the international level [Электронный ресурс] / N. Rivkina // <http://www.emctos.ru/en/profession/a21165> (дата обращения: 01.09.2014).

7. Сидоров П.И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным [Электронный ресурс] / П.И. Сидоров, И.А. Повикова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2010. — № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 11.08.2014).

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

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

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

11. Фирсова Л.Д. Оценка психического статуса больных первичным эзофагоспазмом / Л.Д. Фирсова, И.М. Пичугина // Сборник тезисов «XXXIX сессия «Мультидисциплинарный подход к гастроэнтерологическим проблемам», 2013 г., 5–6 марта. — С. 46–47.

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

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

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

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

16. Титов А.Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с различным состоянием вегетативного тонуса: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / А.Н. Титов. — М., 2009. — 122 с.

17. Бубякина В.П. Клинико-психосоматические проявления и принципы дифференцированной фармакотерапии больных незрозивной рефлюксной болезнью: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / В.П. Бубякина. — Санкт-Петербург, 2009. — 117 с.

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

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

20. Бордин Д.С. Клинико-патогенетические варианты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и их дифференцированная терапия: Автореф. дис... д-ра мед. наук: спец. 14.01.28 «Гастроэнтерология» / Д.С. Бордин. — М., 2010. — 135 с.
21. Lee Y.C. Comparative analysis between psychological and endoscopic profiles in patients with gastroesophageal reflux disease: a prospective study based on screening endoscopy / Y.C. Lee // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2006. — 21. — 798-804.
22. Ang T.I. A comparison of the clinical, demographic and psychiatric profiles among patients with erosive and non-erosive reflux disease in a multi-ethnic Asian country / T.I. Ang // *World J. Gastroenterol.* — 2005. — 11. — 3558-61.
23. Пасечников В.Д. Функциональная изжога — проявление неэрозивной рефлюксной болезни или нарушение висцерального восприятия в пищеводе? / В.Д. Пасечников // *Consilium medicum.* — 2003. — Т. 5, № 6. — С. 312-318.
24. Kim J.Y. Association of sleep dysfunction and emotional status with gastroesophageal reflux disease in Korea / J.Y. Kim // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2013. — Vol. 19, № 3. — P. 344-354.
25. Шентулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А.А. Шентулин // *Клиническая медицина.* — 2008. — № 6. — С. 8-12.
26. Место альгинатов в современных алгоритмах терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Д.Н. Андреев, Е.Н. Биткова // *Гастроэнтерология.* — 2012. — № 2. — С. 12-26.
27. Rubenstein J.H. Oesophageal hypersensitivity is associated with features of psychiatric disorders and the irritable bowel syndrome / J.H. Rubenstein // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2007. — 26. — 443-53.
28. Mizyed I. Review article: gastro-oesophageal reflux disease and psychological comorbidity / I. Mizyed, S.S. Fass, R. Fass // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2009. — 29. — 351-358.
29. Моляров С.А. Проблема депрессии в общемедицинской практике / С.А. Моляров // *Новости медицины и фармации.* — 2005. — № 7. — С. 70-75.
30. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдк. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 672 с.
31. Бабич П.Н. Применение статистических методов в практике клинических исследований / П.Н. Бабич, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // *Український медичний часопис.* — 2004. — № 2 (40). — С. 138-143.

Отримано 25.10.14 ■

Мосийчук Л.Н., Демешкина Л.В., Кушниренко И.В., Завьялова И.Ю.  
 ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ: ОБЗОР И СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Резюме.** В статье приведены современные данные о психосоматической проблеме в медицине, в частности, мировой опыт изучения нарушений психологической адаптации у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), а также представлены результаты собственных исследований. С помощью примененных психологических тестов частота выявления тревожности и депрессивности у пациентов с ГЭРБ составила

100 и 91,2 % соответственно. Исследования, проведенные в отдаленном периоде, свидетельствуют, что наличие психологической дезадаптации у пациентов с ГЭРБ делает невозможным достижение стойкой ремиссии по основному заболеванию и диктует необходимость соответствующей коррекции.

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

Mosijchuk L.M., Demeshkina L.V., Kushnirenko I.V., Zaviyalova I.Yu.  
 State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

#### PSYCHOLOGICAL DYSADAPTATION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: REVIEW AND OWN RESEARCHES

**Summary.** The article presents up-to-date data concerning psychosomatic problem in medicine, in particular world experience of studying disorders of psychological of adaptation in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), as well as own researches data. When using psychological tests, detection rate of anxiety and depression in patients with GERD was 100 and 91.2 %, respectively.

Follow-up research studies revealed that presence of psychological dysadaptation in patients with GERD makes it impossible to achieve a stable remission of the underlying disease and necessitates appropriate correction.

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