

ДЕМЕШКІНА Л.В., МОСІЙЧУК Л.М., ПЕТИШКО О.П., ЗИГАЛО Е.В., ЗАВ'ЯЛОВА І.Ю.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

Резюме. У сучасну епоху внаслідок бурхливого зростання числа стресорних факторів особливо велике значення мають психотерапія та психофармакотерапія в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Психогенні нашкодження відіграють провідну роль у клінічній картині захворювання та визначають зниження працездатності пацієнтів. **Мета.** Оцінити ефективність лікування із застосуванням психокорегуючого засобу у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), поєднану з дисфункцією жовчовивідної системи, при наявності у них депресивних і тривожних проявів. **Матеріали та методи.** Всі хворі були розподілені на дві групи: I групу становили 27 хворих, які отримували тільки комплексне базове лікування, II групу – 25 пацієнтів, яким додатково до базисного лікування призначався тіоридазин, що є піперидиновим похідним фенотіазину та належить до групи нейролептиків. Обидві групи були репрезентативні за віком, тривалістю та перебігом захворювань. У всіх пацієнтів за допомогою шкали HADS були виявлені тривожно-депресивні прояви. Для аналізу якості життя був використаний опитувальник SF-36. Ефективність терапії оцінювали через 14 днів. **Результати.** У результаті лікування в обох групах спостерігали покращення загального самопочуття на фоні зменшення больового та диспептичного синдромів. При додаванні психокорегуючого засобу (тіоридазину) до базисної терапії відзначалися більш виражені позитивні зміни за інтенсивністю тривожно-депресивних проявів. Розподіл пацієнтів за рівнем тривоги та депресії після лікування виявив, що відсутність цих показників частіше відзначалась хворими II групи (в 2,6 та 1,5 рази відповідно). Проте в 4,6 та 3,7 рази більше встановлено випадків клінічно вираженої тривоги і депресії в групі пацієнтів, які не отримували тіоридазин. Різниця у балах між рівнем тривоги і депресії до та після лікування була в 4 рази більшою у хворих, які додатково отримували психокорекцію. Також у II групі спостерігалось більш значне покращення показника якості життя при порівнянні балів до та після лікування. **Висновок.** Включення до основної терапії тіоридазину за наявності депресивних і тривожних порушень у хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчовивідної системи, підвищує клінічну ефективність фармакотерапії даної коморбідної патології.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, дисфункція жовчовивідної системи, депресія, тривога, лікування.

Адреса для листування з авторами:

Демешкіна Л.В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
пр. Газети «Правда», 96, м. Дніпро, Україна
E-mail: gastrodnepr@i.ua

© Демешкіна Л.В., Мосійчук Л.М., Петішко О.П.,
Зигало Е.В., Зав'ялова І.Ю., 2016
© «Гастроентерологія», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

Сучасною проблемою гастроентерологічної практики є поєднана патологія. Це пов'язано з труднощами у виборі пріоритетного діагнозу, подовженням та обтяженням перебігу кожної з хвороб та збільшенням фінансових витрат на лікування. Прогресування дискінезії будь-якого відділу травної системи неминуче призводить до змін секреції, травлення, всмоктування, активності імунної системи тощо. Поєднання уражень верхніх відділів травного каналу та хвороб біліарного тракту зумовлене тісними морфофункціональними зв'язками та загальною нейрогуморальною регуляцією цих відділів травної системи. Як патологія жовчовивідних шляхів, так і гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) впливають не тільки на фізичний стан пацієнта та якість життя, але й на психологію його поведінки, емоційні реакції, змінюють місце в соціальному житті [1].

У сучасну епоху внаслідок бурхливого зростання числа стресорних факторів все більшого значення у виникненні та розвитку хвороб набуває емоційна сфера та особливості особистості людини [2]. Усі захворювання є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних змін. Кожен із указаних класів змін може відігравати більшу чи меншу виражену роль, їх необхідно досліджувати індивідуально у кожного хворого [3].

Не викликає сумнівів актуальність дослідження конкретних механізмів відношень між соматичною та вищою нервовою діяльністю організму як у фізіологічних умовах, так і при різних патологічних процесах.

Вивчення шляхів трансформації негативних емоцій в оборотні зміни, що є фізіологічними і знаходяться на межі норми, або вже в патологічні розлади, встановлення істинної питомої ваги психічного та соматичного у стані хворого є надзвичайно важливим для вирішення проблеми психічної адаптації соматичних пацієнтів, більш швидкого та повного відновлення їх працездатності [4, 5]. Число психосоматичних хворих досить велике, а симптоматика психосоматичних розладів вищою мірою різноманітна [6].

Особливо велике значення має психотерапія та психофармакотерапія у комплексному лікуванні хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту [7]. Не менше 50 % усіх захворювань травного тракту припадає на функціональні шлунково-кишкові розлади, що мають особи з суто невротичним походженням функціональних розладів, а також пацієнти з дуже незначними органічними змінами, при яких саме психогенні нашарування відіграють провідну роль у клінічній картині захворювання і визначають зниження їх працездатності [8]. Разом із тим при цілеспрямованому вивченні стану психіки та особливостей особистості у хворих із захворюваннями органів травлення виявлено досить високий відсоток нервово-психічних розладів. Як правило, такі пацієнти з безліччю різних діагнозів і вердиктів, яким стандартні схеми лікування не допомагають,

кочують від лікаря одного соматичного фаху до лікаря іншого. Між тим застосування психотропних засобів і раціональної психотерапії дозволяють повернути більшості подібних пацієнтів працездатність та радість життя, позбавити їх болісних відчуттів різного характеру.

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування із застосуванням психокорегуючого засобу у хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчовивідної системи при наявності у них депресивних і тривожних проявів.

Матеріали та методи

Під спостереженням у відділенні захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» перебували 52 хворі на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією сфінктера Одді та жовчного міхура, у яких за допомогою шкали HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) були виявлені тривожно-депресивні прояви. Даний опитувальник добре зарекомендував себе у загальній медичній практиці в усьому світі, визнаний зручним у використанні як для лікаря, так і для пацієнта. Його результати оцінюються так: якщо пацієнт за даними анкетування набрав 0–7 балів за шкалами депресії або тривоги, це трактується як норма; 8–10 балів — як субклінічно виражена депресія або тривога залежно від того, по якій шкалі було більше ніж 7 балів; 11 балів і вище — клінічно виражена депресія або тривога [9]. Серед обстежених було 22 (42,3 %) чоловіки та 30 (57,7 %) жінок, середній вік — $(44,7 \pm 14,1)$ року.

Усі хворі були розподілені на дві групи: I групу становили 27 хворих, які отримували тільки комплексне базове лікування без будь-якої психокорекції; II групу — 25 пацієнтів, яким додатково до базового лікування призначався психокорегуючий засіб. Розподіл пацієнтів за групами здійснювався на підставі методу простої рандомізації з використанням запечатаних конвертів. Розподіл пацієнтів на групи лікування проводився на підставі таблиці, сформованої із випадкових чисел, отриманих за допомогою програми генерації випадкових чисел, вбудованої в пакет аналізу MS Excel. Після включення пацієнта у випробування дослідник розкривав конверт, що відповідає номеру включеного пацієнта, записував у журнал рандомізації інформацію, що ідентифікує випробуваного, і призначав пацієнту лікування, вказане в конверті. Обидві групи були репрезентативні за віком, тривалістю і перебігом захворювань.

Як психокорегуючий засіб застосовували тіорідазин, що є піперидиновим похідним фенотіазину, належить до групи нейролептиків і має антипсихотичні, помірні седативні властивості (без вираженої загальмованості). При вживанні в малих дозах знижує відчуття напруженості й тривоги, має помірну антидепресивну активність та анксиолітичну дію. Препарат призначали в дозі 0,5 таблетки (тобто з 12,5 мг) 2 рази на добу терміном 14 днів.

Для аналізу якості життя був використаний базовий загальний опитувальник SF-36, що відображає такі концепції (шкали) здоров'я: фізичне функціонування (PF), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP), фізичний біль (BP), соціальне функціонування (SF), ментальне здоров'я (MH), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE), життєздатність (VT) і загальну оцінку здоров'я (GH) [10]. Як контрольну групу використовували дані якості життя у здорових осіб, отримані А.В. Чегановим [11].

Деонтологічні та правові аспекти дослідження вирішено у межах існуючих міжнародних конвенцій та законодавства України, принципів біоетики в медичних дослідженнях. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0.

Результати

Під час дослідження встановлено, що поєднання тривоги і депресії спостерігали у 38 (73,1 %) хворих (табл. 1). При цьому в 1,4 раза рідше мала місце частота виявлення більших за інтенсивністю поєднаних тривожно-депресивних розладів — 26,9 % випадків.

Тривогу, що проявлялася у досліджених пацієнтів внутрішнім напруженням, порушенням сну, прискореним диханням, підвищеною пітливістю та сечовиділенням, частим ковтальним рухом, відзначали всі включені до дослідження пацієнти. Середній рівень тривоги становив $(14,9 \pm 1,2)$ бала. При цьому в більшості з них діагностували клінічно виражену тривогу (понад 11 балів).

Депресивні особливості спостерігали в 37 (71,2 %) випадках. Клінічно це проявлялося зниженням настрою, який превалює більшу частину дня і продовжується не менше 2 тижнів незалежно від ситуа-

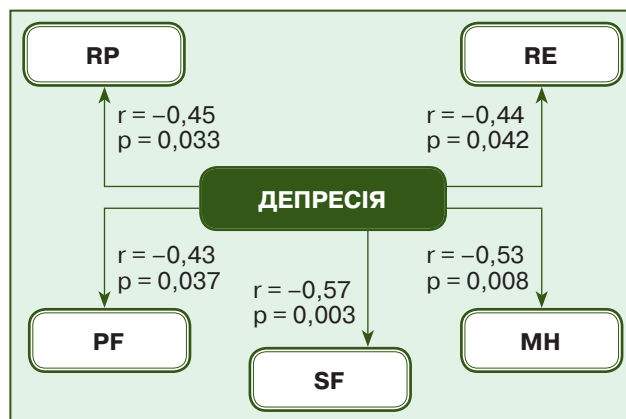


Рисунок 1 — Кореляційний зв'язок між рівнем депресії та якістю життя хворих

ції, почуттям безнадійності, вираженим зниженням інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай пов'язаної з позитивними емоціями, підвищеною стомлюваністю, появою думок про безперспективність подальшого лікування, песимістичною оцінкою особистих можливостей. Субклінічно та клінічно виражена депресія встановлені майже з однаковою частотою у пацієнтів із психосоматичними проявами. Середній рівень депресії дорівнював $(7,5 \pm 1,1)$ бала.

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити вірогідний негативний кореляційний зв'язок між депресією та більшістю показників якості життя у пацієнтів, які досліджувалися за допомогою опитувальника SF-36 (рис. 1), тобто при підвищенні рівня депресії значно зменшувався рівень якості життя.

Встановлені позитивні кореляційні зв'язки між депресією та вираженістю і тривалістю печії ($r = 0,69$; $p = 0,070$ і $r = 0,53$; $p = 0,003$) в обстежених хворих опосередковано підтверджують той факт, що наявність депресивних і тривожних проявів у пацієнтів із коморбідною патологією негативно впливає на досягнення стійкої ремісії і потребує відповідної корекції.

Ефективність терапії оцінювали через 14 діб, керуючись такими критеріями: клінічна динаміка (питома вага хворих без симптомів хвороби); динаміка показників якості життя за допомогою опитувальника SF-36 (питома вага хворих зі зміною показника в бік групи практично здорових людей); позитивна динаміка показників депресії та тривоги за даними тесту HADS.

У результаті лікування в обох групах спостерігали покращення загального самопочуття на фоні зменшення больового та диспептичного синдромів, що, безумовно, наклало відбиток на емоційний стан хворих і підвищило ступінь комплаєнтності до регулярного прийому призначених препаратів (табл. 2).

Поряд із цим у групі з використанням психокорегуючого засобу рівень тривоги зменшувався в 1,8 раза — з $(12,1 \pm 1,5)$ бала до $(6,7 \pm 1,0)$ бала, в той час як у I групі лише в 1,5 раза — з $(8,9 \pm 0,9)$

Таблиця 1 — Рівень тривоги та депресії в обстежених хворих

Показник	Усього, n = 52	
	n	%
Депресія		
відсутня (до 7 балів)	15	28,8
субклінічно виражена (8–10 балів)	20	38,5
клінічно виражена (11 балів та більше)	17	32,7
Тривога		
субклінічно виражена (8–10 балів)	23	44,2
клінічно виражена (11 балів та більше)	29	55,8
Поєднання тривоги та депресії		
субклінічно вираженої тривоги та депресії	22	42,3
клінічно вираженої тривоги та депресії	16	30,8

бала до $(5,9 \pm 0,7)$ бала. Досягнута різниця між середніми значеннями тривоги до та після лікування була також кращою у II групі: $(5,8 \pm 1,4)$ бала проти $(1,5 \pm 0,7)$ бала. Аналогічні дані отримані при аналізі депресивних змін у хворих у динаміці лікування. Різниця (у балах) між рівнем депресії до та після лікування була в 4 рази більшою у хворих, які додатково отримували психокорекцію: $(2,8 \pm 0,7)$ бала проти $(0,7 \pm 0,7)$ бала (рис. 2).

Розподіл пацієнтів за рівнем тривоги після лікування довів, що відсутність цього показника відзначали в 2,6 рази частіше хворі II групи. Проте в 4,6 рази більше встановлено випадків клінічно вираженої тривоги в групі пацієнтів, які не отримували психокорегуючого засобу (рис. 3).

Що стосується депресивних проявів у динаміці лікування, також відзначалися більш виражені позитивні зміни в групі пацієнтів, які додатково отримували психокорегуючий засіб (рис. 4). Так, порівняно з I групою в 1,5 рази частіше у хворих II групи визначали відсутність депресії і в 3,7 рази рідше спостерігали найбільш виражену за інтенсивністю депресію.

Під час аналізу динаміки якості життя у пацієнтів обох груп встановлено покращення всіх її показників. Однак звертає на себе увагу, що при додаванні психокорегуючого засобу до базисної терапії відмічалася більш значне покращення якості життя при порівнянні балів до та після лікування (табл. 3, рис. 5).

Порівняльний аналіз темпу зростання показників якості життя в динаміці лікування показав, що більше ніж удвічі був приріст показників PF та RP; в 1,8 рази — SF; в 1,6 рази — GH у хворих II групи при порівнянні з пацієнтами, які отримували лише базисну терапію.

Оцінюючи в кожного пацієнта загальну ефективність комплексного лікування із застосуванням психокорекції, автори встановили високу (в 11 (44,0 %) осіб) та добру (у 14 (56,0 %) осіб) його ефективність. Хворих із низькою ефективністю не було визначено.

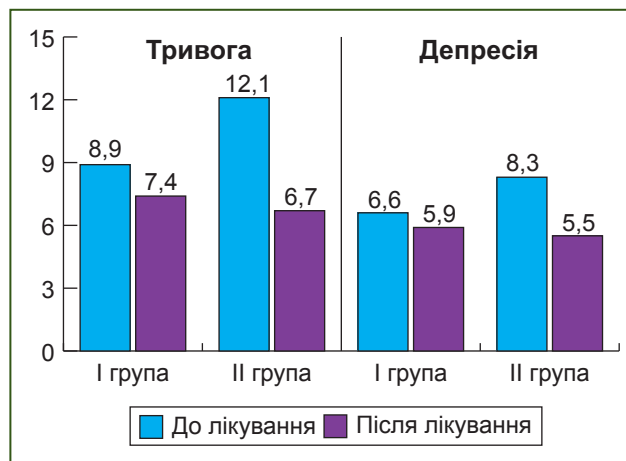


Рисунок 2 — Динаміка тривожно-депресивних розладів в обстежених пацієнтів

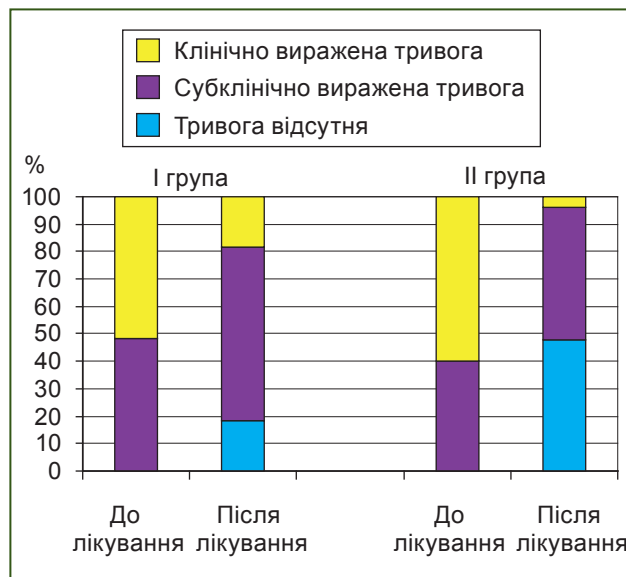


Рисунок 3 — Розподіл хворих за інтенсивністю тривоги в динаміці лікування

Таблиця 2 — Наявність і характеристика скарг в обстежених пацієнтів у динаміці лікування

Скарга	I група (n = 27)				II група (n = 25)			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Біль в епігастрії	23	85,2	6	22,2*	21	84,0	4	16,0*
Тяжкість в епігастрії	8	29,6	2	7,4	6	24,0	1	4,0
Біль у правому підребер'ї	18	66,7	5	18,5*	18	72,0	3	12,0*
Печія	25	92,6	5	18,5*	23	92,0	4	16,0*
Відрижка повітрям	24	88,9	5	18,5*	22	88,0	2	8,0*
Нудота	11	40,7	4	14,8*	11	44,0	1	4,0*
Сухість у роті	7	25,9	4	14,8	6	24,0	2	8,0
Гіркота у роті	13	48,1	3	11,1*	11	44,0	3	12,0*
Здуття живота	9	33,3	2	7,4	8	32,0	2	8,0

Примітка. * — $P < 0,05$ — вірогідна різниця показників до та після лікування.

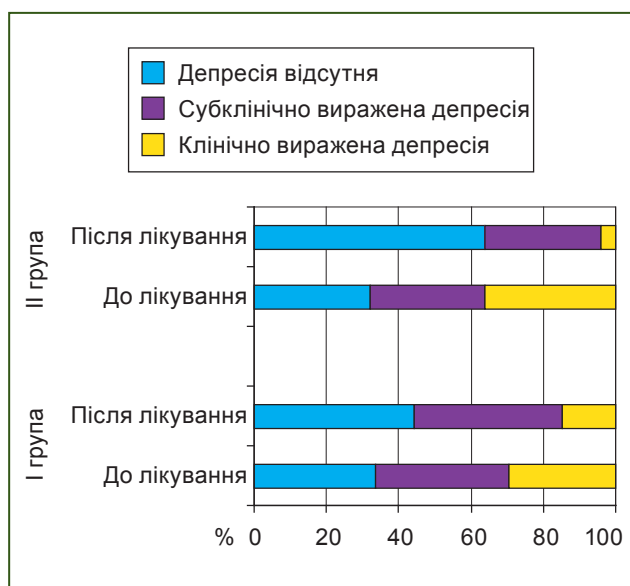


Рисунок 4 – Розподіл хворих за інтенсивністю депресії у динаміці лікування

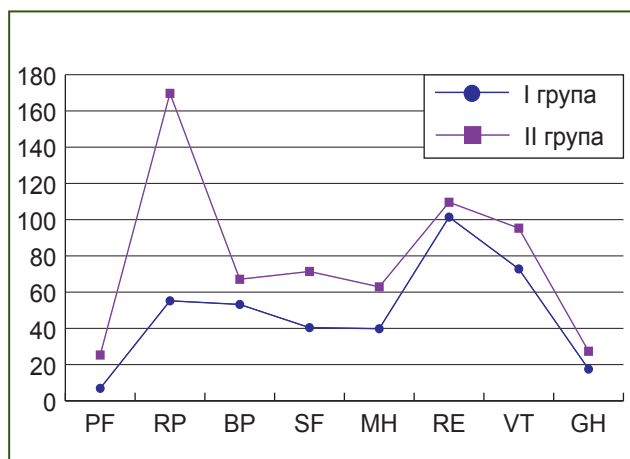


Рисунок 5 – Збільшення показників якості життя у відсотках в динаміці лікування залежно від проведеної терапії

Таблиця 3 – Результати якості життя за даними опитувальника SF-36 у динаміці лікування обстежених хворих

Показник якості життя	I група (n = 27)			II група (n = 25)			Практично здорові особи (n = 68)
	до лікування	після лікування		до лікування	після лікування		
		бали	різниця (%)		бали	різниця (%)	
PF	66,9 ± 6,0	71,5 ± 6,7	+6,9	63,2 ± 6,0	79,2 ± 3,9	+25,3	84,9 ± 1,4
RP	31,9 ± 10,2	49,5 ± 8,7	+55,2	25,1 ± 12,9	67,7 ± 11,8	+169,7	68,2 ± 1,1
BP	41,9 ± 4,5	64,2 ± 4,0	+53,2	35,0 ± 5,6	58,5 ± 6,8	+67,1	76,5 ± 1,5
SF	52,7 ± 6,6	74,0 ± 4,9	+40,4	44,0 ± 7,3	75,4 ± 6,7	+71,4	48,3 ± 1,7
MH	48,5 ± 3,6	67,8 ± 3,8	+39,8	41,8 ± 6,9	68,1 ± 6,3	+62,9	65,8 ± 1,7
RE	36,5 ± 11,3	73,5 ± 8,2	+101,4	32,3 ± 12,1	67,7 ± 11,1	+109,6	55,2 ± 1,8
VT	34,5 ± 4,5	59,6 ± 4,7	+72,8	29,5 ± 5,8	57,6 ± 5,7	+95,3	63,6 ± 1,8
GH	41,7 ± 3,2	49,0 ± 4,8	+17,5	38,0 ± 5,1	48,4 ± 5,0	+27,4	64,8 ± 1,5

ВИСНОВОК

Таким чином, включення до основної терапії психокорегуючого засобу за наявності депресивних і тривожних порушень у хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчного міхура та сфінктера Одді, підвищує клінічну ефективність фармакотерапії даних захворювань, сприяє психологічній рівновазі та опосередковано додатковому покращенню якості життя згідно з даними опитувальника SF-36 за всіма шкалами.

Список літератури

- Nojkov B. The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease / B. Nojkov // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2008. — Vol. 27. — P. 473-482.
- Одинцова В.В. Особенности эмоциональной сферы пациентов гастроэнтерологического профиля / В.В. Одинцова // *Вестник СПбГУ.* — 2012. — Сер. 12, вып. 2. — С. 36-39.
- Mizyed I. Review article: gastro-oesophageal reflux disease and psychological comorbidity / I. Mizyed, S.S. Fass, R. Fass // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2009. — Vol. 29. — P. 351-358.
- Сидоров П.И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным [Электронный ресурс] / П.И. Сидоров, И.А. Новикова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2010. — N1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 30.08.2016).
- Психосоматические аспекты гастроэнтерологии / Е.Ю. Плотникова, А.М. Селедцов, М.А. Шамрай [и др.] // *Лечащий врач.* — 2012. — № 10. — С. 44-49.
- Циммерман Я.С. Гастроэнтерология. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии / Я.С. Циммерман. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 799 с.
- Косинская С.В. Объективизация тревожно-депрессивных расстройств и обоснование назначения их коррекции у больных гастроэнтерологического профиля / С.В. Косинская // *Гастроэнтерология: збірник науко-*

вих статей. — Вип. 4(50). — Дніпропетровськ, 2013. — С. 13-17.

8. 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.

9. Zigmond A.S. Шкала HADS / A.S. Zigmond, R.P. Snaitth // *Электронный ресурс*: http://paracels55.ru/_ld/0/2_HADS_SR_Scale.pdf (дата 05.09.2015).

10. Ware J.E. The SF-36 Health Survey / J.E. Ware // *Электронный ресурс*: http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html (accessed 15.08.2015).

11. Чеганов А.В. Опыт применения препарата Полисорб МП у больных вирусным циррозом печени / А.В. Чеганов, В.В. Шевченко // *Врач*. — 2010. — № 2. — С. 54-56.

Отримано 22.06.16 ■

Демешкина Л.В., Мосийчук Л.М., Петишко О.П., Зыгало Э.В., Завьялова И.Ю.
 ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр, Украина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОКОРРЕГИРУЮЩИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Резюме. В современную эпоху в связи с бурным ростом числа стрессорных факторов особенно важное значение имеет психотерапия и психофармакотерапия в комплексном лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Психогенные наложения играют ведущую роль в клинической картине заболевания и определяют снижение работоспособности пациентов. **Цель.** Оценить эффективность лечения с применением психокорректирующего средства у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), сочетанной с дисфункцией желчевыводящей системы, при наличии у них депрессивных и тревожных проявлений. **Методы.** Все больные были распределены на две группы: I группу составили 27 больных, получавших только комплексное базовое лечение, II группу — 25 пациентов, которым дополнительно к основному лечению назначался тиоридазин, являющийся пиперидиновым производным фенотиазина и относящийся к группе нейролептиков. Обе группы были репрезентативными по возрасту, длительности и течению заболеваний. У всех пациентов с помощью шкалы HADS были обнаружены тревожно-депрессивные проявления. Для анализа качества жизни был использован опросник SF-36. Эффективность терапии оценивали через 14 дней. **Результаты.** В результате лечения в обеих группах наблюдали

улучшение общего самочувствия на фоне уменьшения болевого и диспептического синдромов. При добавлении психокорректирующего средства (тиоридазина) к базисной терапии отмечались более выраженные положительные изменения по интенсивности тревожно-депрессивных проявлений. Распределение пациентов по уровню тревоги и депрессии после лечения выявило, что отсутствие этих показателей чаще отмечалось больными II группы (в 2,6 и 1,5 раза соответственно). Однако в 4,6 и 3,7 раза больше установлено случаев клинически выраженной тревоги и депрессии в группе пациентов, не получавших тиоридазин. Разница в баллах между уровнем до и после лечения была в 4 раза больше у больных, которым назначали психокоррекцию. Также во II группе наблюдалось более значительное улучшение показателя качества жизни при сравнении баллов до и после лечения. **Вывод.** Включение в основную терапию тиоридазина при наличии депрессивных и тревожных нарушений у больных ГЭРБ, сочетанной с дисфункцией желчевыводящей системы, повышает клиническую эффективность фармакотерапии данной коморбидной патологии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисфункция желчевыводящей системы, депрессия, тревога, лечение.

Demeshkina L.V., Mosiychuk L.M., Petishko O.P., Zygalo E.V., Zavyalova I.Yu.

State Institution «Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipro, Ukraine

EXPERIENCE IN THE USE OF PSYCHOCORRECTION THERAPY IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE COMBINED WITH DYSFUNCTION OF THE BILIARY SYSTEM

Summary. Nowadays, due to the rapid increase in the number of stress factors, it is especially important to use psychotherapy and psychopharmacotherapy in the combination treatment of patients with diseases of the gastrointestinal tract. Psychogenic overlaying plays a leading role in the clinical picture of the disease and determines the decreased performance in patients. **Objective.** To evaluate the effectiveness of therapy with psychocorrective agents in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) associated with dysfunction of the biliary system, if they have depressive and anxiety symptoms. **Materials and methods.** All patients were divided into 2 groups: group I consisted of 27 patients, who received only basic combination treatment, group II — of 25 patients, who in addition to the basic treatment received thioridazine, which is a piperidine derivative of phenothiazine and belongs to the group of neuroleptics. Both groups were representative by the age, duration and course of the disease. All patients demonstrate anxiety and depressive symptoms on the HADS scale. Questionnaire SF-36 was used to analyze the quality of life. Treatment efficacy was assessed 14 days after. **Results.** As a result of the treatment, an improvement in overall well-being was observed in both groups against

the background of reduction in the pain and dyspeptic syndromes. Additional prescription of psychocorrectives (thioridazine) to the basic therapy results in greater positive changes in the intensity of anxiety and depressive symptoms. The distribution of patients by the level of anxiety and depression after treatment showed that these indicators were absent more often in group II (by 2.6 and 1.5 times, respectively). However, cases of clinically significant anxiety and depression were 4.6 and 3.7 times more often in patients, who did not receive thioridazine. The difference in points between the level of anxiety and depression before and after the treatment was 4 times higher in patients, who additionally received psychocorrection. Also, comparing scores before and after the treatment, we have found significant improvement in the quality of life in group II. **Conclusion.** The inclusion of thioridazine into the basic therapy in the presence of depressive and anxiety disorders in patients with GERD associated with dysfunction of the biliary system improves the clinical effectiveness of pharmacotherapy of this comorbid pathology.

Key words: gastroesophageal reflux disease, dysfunction of the biliary system, depression, anxiety, treatment.