

**Проф. О.А. Опарін, О.М. Каширцева**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра терапії, ревматології та клінічної фармакології

Характеристика психосоматичних розладів у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу з супутнім ожирінням

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — одне з найактуальніших питань сучасної гастроентерології, що обумовлюється широким поширенням захворювання[1], його багатофакторністю та складним патогенезом, варіабельністю клінічних проявів[2]. Численні дослідження демонструють взаємозв'язок між функціонуванням травної системи та психічною сферою здоров'я людини [3,4]. Зокрема стресовий стан та тривога призводять до викиду у кров'яне русло катехоламінів, і як результат, спазму судин шлунково-кишкового тракту, посилення продукції соляної кислоти, зниження тону нижнього стравохідного сфінктера, змін моторики та появи симптомів ГЕРХ. Пацієнти з тривожними, депресивними, іпохондричними розладами часто не в змозі об'єктивно оцінити свій стан, і схильні до гіперболізації симптомів, надмірному занепокоєнні та зацикленні на проявах захворювання, недовірі до дій лікаря, що в свою чергу ускладнює діагностичний пошук, перешкоджає настанню стійкої ремісії, зменшує прихильність пацієнта до лікування внаслідок апатії та знижує якість життя.

Психосоматичні розлади характеризуються поєднанням соматичних скарг та функціональних порушень відповідних органів та систем, при цьому жодних органічних чи морфологічних змін при інструментальному обстеженні не спостерігається. За статистичними даними частота діагностування психосоматичної патології на первинному прийомі лікаря становить від 30 до 57% від усіх звернень, серед хворих гастроентерологічного профілю — від 36% до 71% [5,6].

Оскільки психосоматичні розлади значно впливають на патогенез, симптоматику та прогресування ГЕРХ [7], дане питання потребує подальшого вивчення, а методи оцінки психоемоційного стану повинні бути впроваджені у рутинну практику лі-

карів первинної ланки та використовуватись при діагностиці ГЕРХ [8,9].

Мета дослідження. Дослідити частоту та вираженість психосоматичних розладів у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу із коморбідним ожирінням та хворих на ГЕРХ без супутньої патології, оцінити вплив психоемоційного стану на клінічну картину ГЕРХ.

Методи та матеріали. Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри терапії, ревматології та клінічної ревматології — Харківській міській студентській лікарні. В дослідженні брали участь 90 пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування в терапевтичному та гастроентерологічному відділеннях, із встановленим діагнозом ГЕРХ, середнім віком $21 \pm 2,9$ роки. Із них 48 жінок та 42 чоловіка. Діагноз встановлювали згідно МКХ-10, беручи до уваги рекомендації клініки Мейо і Монреальського консенсусу. Критерієм включення були типові скарги ГЕРХ один і більше разів на тиждень протягом останніх 6 місяців. Групу контролю складали 20 відносно здорових осіб, віком $22 \pm 1,7$ роки.

Клінічне обстеження включало докладне опитування щодо скарг, анамнезу захворювання та життя, результатів опитувальника GERD-Q (міжнародний опитувальник для діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби). Ступінь інтенсивності симптомів ГЕРХ (печія, відрижка повітрям, регургітація, дисфагія) оцінювали за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта, де 1 бал — симптоми відсутні, 2 бали — незначні, 3 бали — помірні, 4 бали — інтенсивні, 5 балів — значно виражені.

Із лабораторних обстежень проводили загальний аналіз крові, ліпідограма, біохімічний аналіз крові, глікемічний індекс. Інструментальне обстеження складалося з фіброгастродуоденоскопії, інтрагастральної рН-метрії та УЗД.

Для виявлення психосоматичних розладів використовували наступні опитувальники: шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scale-21), шкала тривоги Спілбергера, шкала депресії Бека.

Ступінь ожиріння оцінювали за допомогою індекса маси тіла (ІМТ), за формулою Кетле ($\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2$). Надлишкова маса тіла діагностувалася при ІМТ 25–29,9 кг/м², ожиріння — при значеннях ІМТ 30 кг/м² і вище.

Математичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою статистичного пакету програм Excel і Statistica з визначенням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (Rs). Отримані результати вважали достовірними при $p < 0,05$.

Критерії виключення з дослідження: пухлини шлунково-кишкового тракту пацієнта, стравохід Барретта, активна фаза виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки, ендокринні форми ожиріння, оперативне втручання на органи ШКТ в анамнезі, наявність інших супутніх патологій.

Пацієнти були розподілені в залежності від ІМТ на 3 групи: 1-а включала 50 хворих на GERX із супутнім ожирінням І ст. ($\text{ІМТ} = 33 \pm 1,8$), 2-а група — 40 хворих на GERX без супутньої патології ($\text{ІМТ} = 21 \pm 2,6$) та контрольна група практично здорових осіб ($\text{ІМТ} = 20 \pm 1,8$).

Результати та обговорення

При проведенні дослідження психосоматичні скарги хворих на GERX умовно поділили на 4 групи: іпохондричний синдром, депресивний синдром, тривожний синдром, неврастенічний синдром.

Скарги іпохондричного спектру полягали в переконанні пацієнта щодо невиліковності власної хвороби, постійному прагненні обстеження та пошуку інформації про захворювання, недовірі до дій лікаря, бажанні розповідати про симптоми оточуючим. Іпохондричний синдром відзначався у 62% хворих на GERX із супутнім ожирінням і 46% хворих на GERX без супутньої патології.

Тривожний синдром включав надмірну суб'єктивну зацікленість на симптомах, занепокоєння щодо несприятливого прогнозу захворювання та його прогресування, негативних наслідків лікування та небезпечності препаратів. Симптоми тривожного спектру мали 74% пацієнти 1-ї групи, 62% 2-ї групи.

До депресивного синдрому віднесли пригнічений настрій пацієнта, зневіру у результати лікування та апатичне ставлення до захворювання. Депресивні синдроми відмічалися у 37% хворих 1-ї групи та 24% хворих 2-ї групи.

У хворих з неврастенічним синдромом переважали спалахи роздратування, нетерплячості через найменші дискомфортні відчуття та необхідність чекати на результати обстеження. Відзначали у 23% 1-ї групи та 15% 2-ї групи.

За результатами опитування за допомогою шкали Спілбергера у 1-й групі спостерігався високий рівень тривожності (більше 45 балів) у 76% (38 пацієнтів) опитуваних, середній рівень (31–44 бали) —

у 16% опитуваних (8 пацієнтів), низький (до 30 балів) у 8% (4 пацієнти). У 2-й групі високий рівень тривожності спостерігався у 55% пацієнтів (22 пацієнта), середній — у 25% (10 пацієнтів), низький у 20% (8 пацієнтів) відповідно.

Аналіз опитування за шкалою Бека показав, що у 1-й групі результат тяжка депресія (29–63 бали) був у 18% (9 пацієнтів) опитуваних, помірна депресія (20–28 бали) у 44% (22 пацієнта), легка депресія (14–19 бали) у 30% (15 пацієнтів), немає проявів депресії (до 13 балів) у 8% (4 пацієнтів). У 2-й групі відповідно тяжка депресія у 10% (4 пацієнтів), помірна депресія у 22,5% (9 пацієнтів), легка депресія у 42,5% (17 пацієнтів), немає проявів у 25% опитуваних (10 пацієнтів).

Дослідження відповідей опитувальника DASS-21 показало, що серед 1-ї групи найвищий рівень депресії мало 3 пацієнта (6%), високий рівень — 7 пацієнтів (14%), помірний — 15 осіб (30%), легкий — 17 (34%), відсутня депресія — 8 осіб (16%). У 2-й групі: найвищий рівень депресії 1 пацієнт (2,5%), високий рівень — 3 пацієнта (7,5%), помірний — 8 осіб (20%), легкий — 17 (42,5%), відсутні депресивні розлади — 11 осіб (27,5%).

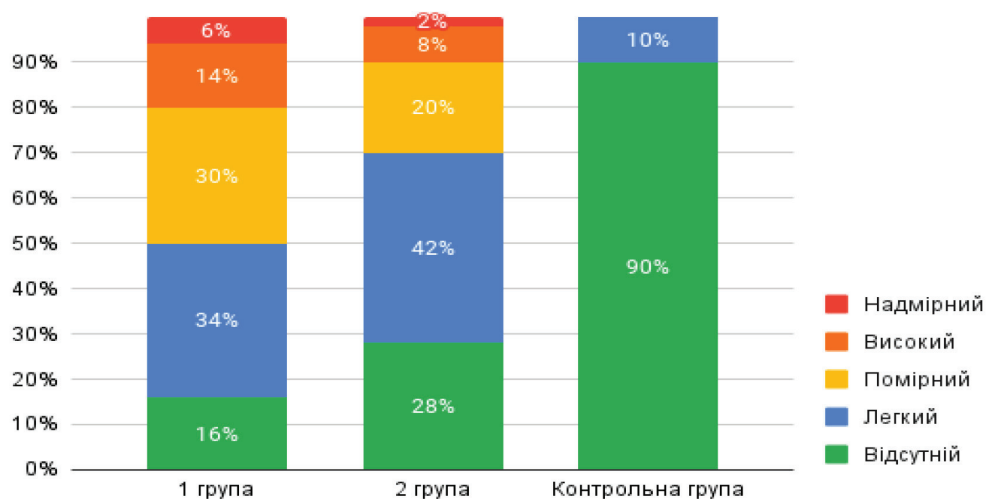
Щодо тривожного розладу, у 1-й групі тривожність дуже вираженого ступеню мали 7 осіб (14%), високий рівень — 18 пацієнтів (34%), помірний — 11 осіб (24%), легкий — 9 (18%), відсутні тривожні розлади у 5 осіб (10%). Відповідно у 2-й групі значно виражена тривога — 5 осіб (8%), високий рівень — 12 пацієнтів (30%), помірний — 9 осіб (22,5%), легкий — 10 (25%), відсутні тривожні розлади у 6 осіб (15%).

Серед опитуваних 1-ї групи перебували у стресі дуже високої інтенсивності 13 пацієнтів (26%), високої інтенсивності — 19 осіб (38%), середньої — 10 (20%), низької — 5 (10%), не відчували стресу — 3 (6%). У 2-й групі відповідно — дуже високої інтенсивності 6 пацієнтів (15%), високої інтенсивності — 10 осіб (25%), середньої — 13 (32,5%), низької — 7 (17%), не відчували стресу — 4 (10%).

Отримані результати свідчать про те, що пацієнти з GERX із супутнім ожирінням були більш схильні до стресу та мали вищі рівні тривожності та депресії, ніж пацієнти з GERX без супутньої патології. При цьому пацієнти зазначали, що психоемоційні фактори часто посилювали наявну симптоматику та провокували появу нових симптомів.

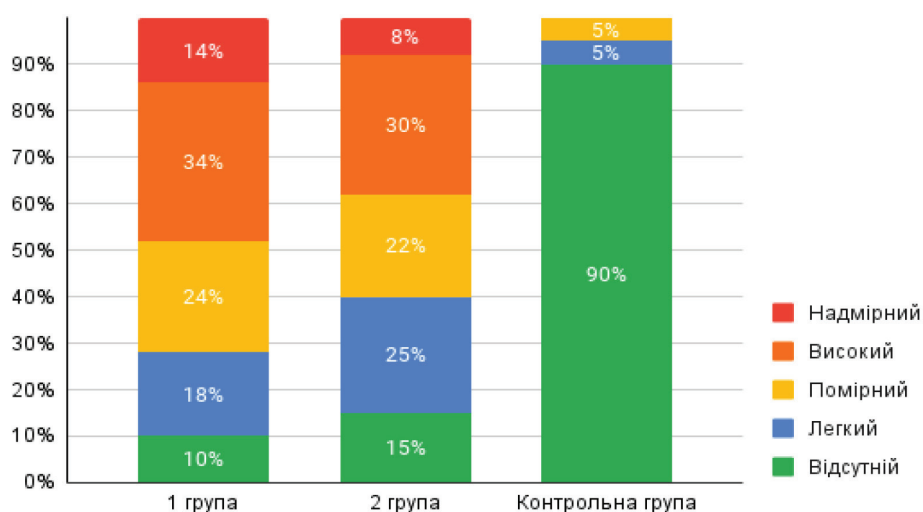
Згідно аналізу даних щодо вираженості симптоматики, у групі хворих GERX із супутнім ожирінням на печію скаржились 82% опитуваних, за шкалою Лайкерта середній показник вираженості становив $3,32 \pm 0,94$ б, в групі GERX без супутнього ожиріння — 75%, середній показник становив $3,03 \pm 0,96$ бали; на регургітацію скаржились в 1-й групі 70%, середній показник становив $2,96 \pm 0,87$ бали, в 2-й групі відповідно 66%, $2,87 \pm 0,89$ б. Симптоми відрижки повітрям відмічали 62% в 1-й групі, середній показник становив $2,61 \pm 0,93$ б., в 2-й групі 55%, $2,52 \pm 0,91$ б. Симптом дисфагії був присутнім у 47% пацієнтів 1-ї групи, показник інтенсивності $2,34 \pm 0,88$ б., у 2-й групі — 35%, $2,22 \pm 0,89$ б.

Рівень депресії



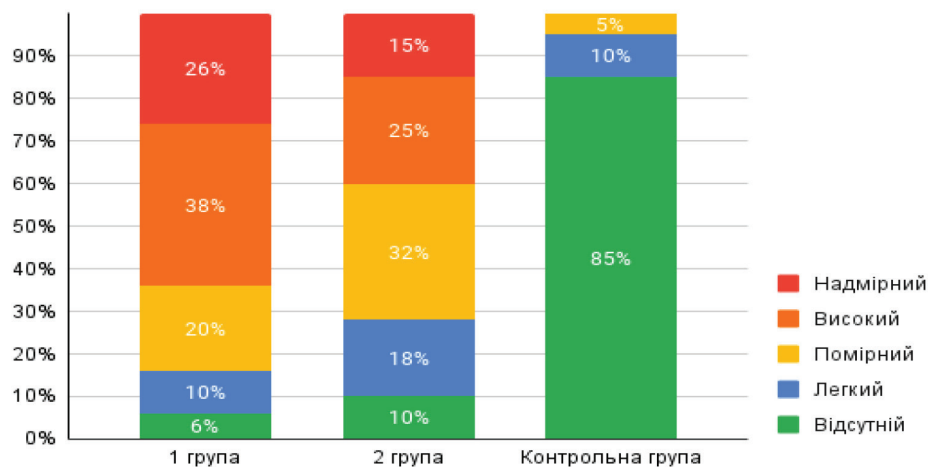
Рівень депресії за Dass-21

Рівень тривоги



Рівень тривоги за Dass-21

Рівень стресу



Рівень стресу за Dass-21

Аналіз отриманих результатів свідчить, що більшість пацієнтів з ГЕРХ мали зміни у психічному статусі різного ступеню вираженості, при чому показники депресії, стресу та тривоги були достовірно вищими у хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням, ніж у хворих з ГЕРХ без супутньої патології ($p < 0,005$).

В ході дослідження було відмічено пряму залежність між інтенсивністю симптомів ГЕРХ та вираженістю психосоматичних розладів.

Висновки

В результаті проведеного дослідження виявлено пряму залежність між інтенсивністю соматичних скарг та показниками тривожності та депресії. Також ожиріння являється додатковим обтяжливим фактором у перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Список використаної літератури:

1. Свінцицький А. С., Бондаренко Н. О., Корендович І. В. Особливості психологічного статусу та якості життя пацієнтів із неерозивною формою гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Практикуючий лікар. 2016. — №5(4). С. 42–46.
2. Richter J. E., Rubenstein J. H. Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*. 2018. Vol. 154, no. 2. P. 267–276. URL: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.07.045>
3. Дебрецені К. О., Чопей І. В., Чубірко К. І. Характеристика клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та оцінка психосоматичного стану даних пацієнтів. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2021. № 1. С. 78–82. URL: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v1i1.11996>
4. Gastroesophageal Reflux Disease in the Young Population and Its Correlation With Anxiety and Depression / P. Bai et al. *Cureus*. 2021. URL: <https://doi.org/10.7759/cureus.15289>
5. Epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease / E. Savarino et al. *Minerva Gastroenterology*. 2017. Vol. 63, no. 3. URL: <https://doi.org/10.23736/s1121-421x.17.02383-2>.
6. A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults / F. Söderquist et al. *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02940-2>
7. Association Between Anxiety and Depression and Gastroesophageal Reflux Disease: Results From a Large Cross-sectional Study / J. M. Choi et al. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2018. Vol. 24, no. 4. P. 593–602. URL: <https://doi.org/10.5056/jnm18069>
8. Overlap of Dyspepsia in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: Impact of Clinical, Metabolic, and Psychosocial Characteristics / C.-S. Hsu et al. *Digestive Diseases and Sciences*. 2017. Vol. 62, no. 4. P. 994–1001. URL: <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4455-8>
9. Prevalence of Psychiatric Comorbidity in Symptomatic Gastroesophageal Reflux Subgroups / M. M. Bilgi et al. *Digestive Diseases and Sciences*. 2016. Vol. 62, no. 4. P. 984–993. URL: <https://doi.org/10.1007/s10620-016-4273-4>
10. Dietary weight loss intervention provides improvement of gastroesophageal reflux disease symptoms — A randomized clinical trial / D. F. Valentini et al. *Clinical Obesity*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1111/cob.12556>

Характеристика психосоматичних розладів у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з супутнім ожирінням

Проф. О.А. Опарін, О.М. Каширцева

Харківська медична академія післядипломної освіти

Мета: Дослідити частоту та вираженість психосоматичних розладів у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу із коморбідним ожирінням та хворих на ГЕРХ без супутньої патології, оцінити вплив психоемоційного стану на клінічну картину ГЕРХ.

Матеріали та результати. У дослідженні брало участь 90 пацієнтів та 20 практично здорових осіб. До першої групи увійшли хворі на ГЕРХ із супутнім ожирінням, друга група включала хворих на ГЕРХ без супутньої патології та контрольна група. Проведено анкетування за допомогою опитувальника GERDQ, оцінено вираженість симптомів за шкалою Лайкерта. Психоемоційний стан оцінювали за допомогою опитувальника Dass-21, шкали Спілбергера, шкали Бекка. У більшості хворих на ГЕРХ виявлено психосоматичні розлади різного ступеню тяжкості, відмічено пряму залежність між інтенсивністю симптомів ГЕРХ та рівнем психосоматичних порушень.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ГЕРХ, ожиріння, психосоматичні розлади.

Characteristics of psychosomatic disorders in patients with gastroesophageal reflux disease with concomitant obesity

Prof. O. Oparin, O. Kashyrtseva

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Purpose: To investigate the frequency and severity of psychosomatic disorders in patients with gastroesophageal reflux disease with comorbid obesity and patients with GERD without concomitant pathology, to evaluate the influence of psychoemotional state on the clinical picture of GERD.

Materials and results. 90 patients and 20 practically healthy individuals took part in the study. The first group included GERD patients with accompanying obesity, the second group included GERD patients without accompanying pathology and the control group. Surveys were conducted using the GERDQ questionnaire, the severity of symptoms was assessed on a Likert scale. Psychoemotional status was assessed using the Dass-21 questionnaire, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory. Psychosomatic disorders of various degrees of severity were found in the majority of patients with GERD, and a direct relationship between the intensity of GERD symptoms and the level of psychosomatic disorders was noted.

Key words: gastroesophageal reflux disease, GERD, obesity, psychosomatic disorders.

Контактна інформація: Опарін Олексій Анатолійович —
доктор медичних наук, професор, Президент Української Академії Історії Медицини
зав. кафедрою терапії, ревматології та клінічної фармакології ХМАПО,
м. Харків, вул. Дарвіна, 10, р. т. (057) 711-75-00, (057) 706-46-17, e-mail: teraprevm@med.edu.ua.