



**Проф. А.Г. Опарін, доц. Ю.Г. Федченко,
доц. А.В. Благовещенська, доц. А.Є. Новохатня,
асист. О.М. Каширцева, асист. І.П. Кореновський,
доц. Л.О. Хоменко**

Харківський національний медичний університет
Кафедра терапії, гастроентерології та дієтології
Український гуманітарний інститут
Кафедра фізіотерапії та ерготерапії

Психоемоційний та вегетативний стан у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з супутнім ожирінням

На сьогодні GERX посідає лідируючу позицію серед загальнотерапевтичної патології і характеризується стрімким поширенням серед молодого працездатного населення. Понад 5,6 мільйона осіб з GERX звертаються щороку за медичною допомогою, чисельність дорослої популяції, що повідомляє про щотижневу симптоматику сягає 20%, що становить відчутне навантаження на систему охорони здоров'я [1-3]. Тривалий рецидивуючий перебіг та відсутність своєчасної діагностики значним чином знижує якість життя та впливає на фізичне та психологічне благополуччя пацієнтів [7-8]. Одночасна тенденція до зростання ожиріння в економічно прогресивних країнах [1, 4, 5] зумовлює інтерес науковців до спільних патогенетичних ланок цих двох нозологій [9]. Згідно епідеміологічних даних, від 36 до 46% осіб з ожирінням мають симптоми GERX [1, 6].

Причому, деякі дослідження вказують на зниження парасимпатичної активності при ожирінні, а з огляду на те, що скорочення та розслаблення НСС опосередковуються вагусом, дисбаланс у симпатовагальній стимуляції НСС є ключовим фактором, що призводить до появи та прогресування GERX у людей із ожирінням [6]. Залишається відкритим питання двонаправленого причинно-наслідкового зв'язку між психосоматичними порушеннями та GERX. Близько 30% пацієнтів із GERX відчуває тривогу та депресію [6, 9]. Водночас, ожиріння збільшує імовірність депресивних розладів на 14–34% та тривожних розладів — на 30% [6, 9].

Вищевказані питання визначають необхідність досліджень, спрямованих на вивчення особливостей психосоматичного та вегетативного статусу, що

мають потенціал значно оптимізувати діагностику та лікування цієї патології, зокрема при коморбідному ожирінні, що і обумовило мету нашого дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей психосоматичного та вегетативного стану у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з супутнім ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Для дослідження сформовано три групи: 1-а група — 40 хворих на GERX з нормальним ІМТ $21,16 \pm 0,47$ кг/м², 2-а група — 70 хворих на GERX із супутнім ожирінням І ступеню, ІМТ — $31,70 \pm 0,29$ кг/м², середнім віком $20,69 \pm 0,63$ років. Контрольну групу склали 20 осіб з ІМТ $21,02 \pm 0,65$ кг/м², віком $20,50 \pm 0,85$ років. З метою визначення рівнів депресії, тривоги та стресу учасників, використали опитувальник The Short-Form Version of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), що складався з 21 запитання, і передбачав оцінку стану за останній тиждень від «0» («зовсім не стосується мене») до «4» («стосується мене повністю або більшу частину часу»). Оцінку якості життя здійснювали за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36). Опитувальник Спілбергера передбачений для визначення ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ). Психометричним інструментом для діагностування депресії слугувала шкала Бека. Для оцінки балансу активності симпатичної та парасимпатичної ділянок вегетативної нервової системи використовували інтегративний індекс Кердо (ІК).

Результати дослідження. 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 45 (64,3%) хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням і 20 (50%) хворих на ГЕРХ без супутньої патології.

Тривожний синдром включав надмірну суб'єктивну зацікленість на симптомах, занепокоєння щодо несприятливого прогнозу захворю-

вання та його прогресування, негативних наслідків лікування та небезпечності препаратів. Симптоми тривожного спектру мали 29 (72,5%) пацієнтів 1-ї групи, 48 (68,6%) — 2-ї групи.

До депресивного синдрому віднесли пригнічений настрій пацієнта, зневіру у результати лікування та апатичне ставлення до захворювання. Депресивні синдроми відмічалися у 23 (60%) хворих 1-ї групи та 47 (67,1%) хворих 2-ї групи.

У хворих з неврастенічним синдромом переважали спалахи роздратування, нетерплячості, буркотливості через найменші дискомфортні відчуття. Відзначали 10 (25%) респондентів 1-ї групи та 13 (18,6%) 2-ї групи.

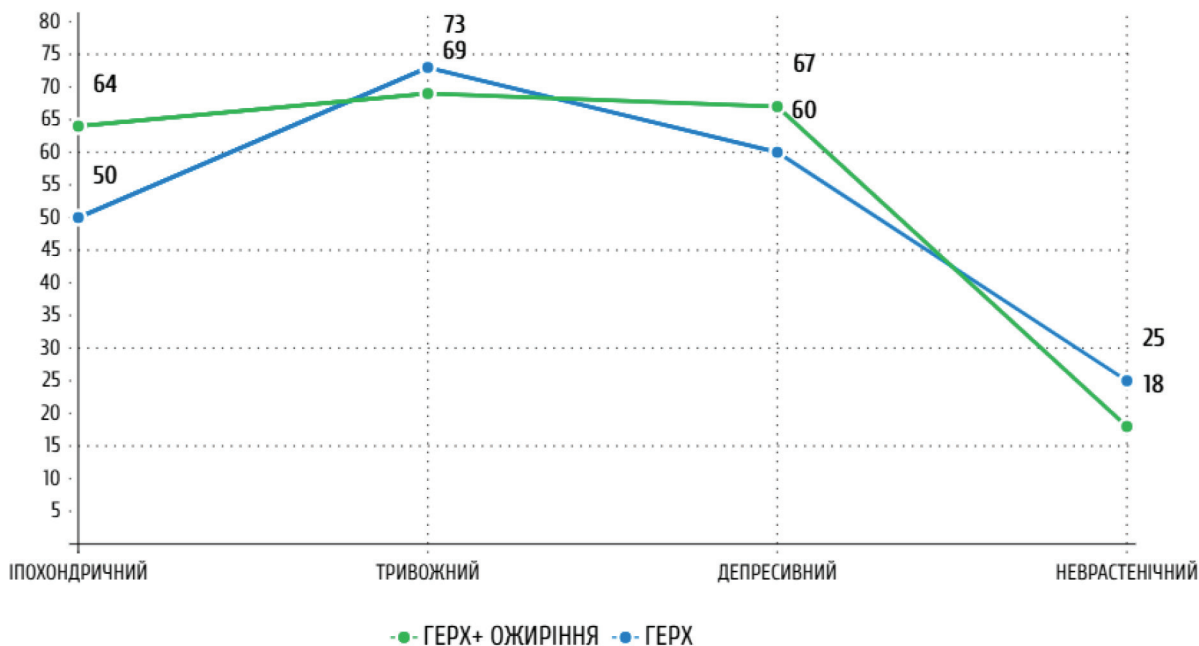


Рисунок 1. Розподіл учасників згідно психосоматичних синдромів

Перелік скарг психоемоційного спектру також включав інсомнію, з ранніми пробудженнями, труднощами при засинанні, поверхневим сном, жахливими сновидіннями; апатію та хронічну втому, зниження концентрації уваги, дратівливість, плаксивість, фобії та ірраціональний страх, часті зміни настрою, які в тій чи іншій мірі відчували пацієнти обох досліджуваних груп (рис. 2).

Поширеними скаргами фізичного спектру, що імітують патологію серцево-судинної та нервової систем й часто свідчать про масковані психосоматичні розлади, були пітливість, тремор, тахікардія, ядуха, сухість у роті, головокружіння.

Найголовніша проблема полягає в тому, що супутні психосоматичні розлади вимагають безліч часу та ресурсів на медичне обстеження, а лікування здебільшого не приносить полегшення. Традиційно, клініцисти мало уваги приділяють виявленню та корекції супутніх психосоматичних розладів при ГЕРХ, зосереджуючи основні зусилля на зменшенні моторно-секреторних порушень та клінічної симп-

томатики. В результаті, пацієнт відчуває безнадійність, розчарування і зазнає додаткового стресу.

Згідно результатів анкетування за Dass-21, у групі ізольованої ГЕРХ спостерігалися наступні результати: депресія $13,80 \pm 1,27$ бали, тривога $11,40 \pm 0,95$ бали, стрес $13,40 \pm 1,66$ бали, у групі ГЕРХ із ожирінням — депресія $15,23 \pm 0,87$, тривога $13,66 \pm 0,88$, стрес — $15,14 \pm 0,84$, що достовірно вище за рівні 1-ї групи ($p < 0,05$). Показники групи контролю — депресія $5,60 \pm 0,97$, тривога $5,00 \pm 0,92$, стрес — $7,80 \pm 1,04$.

Аналіз відповідей в опитувальнику Спілбергера-Ханіна засвідчив, що рівень особистісної тривожності та реактивної тривожності осіб з ГЕРХ та ожирінням значно переважав показники хворих з ізольованою ГЕРХ ($p < 0,05$). Результати наступні: реактивна тривожність I групи становила $35,60 \pm 1,34$ бали, особистісна тривожність — $39,90 \pm 1,92$ балів; реактивна тривожність II групи становила $39,60 \pm 1,61$ бали, особистісна тривожність — $44,66 \pm 1,86$ балів. В контрольній групі реактивна тривожність скла-

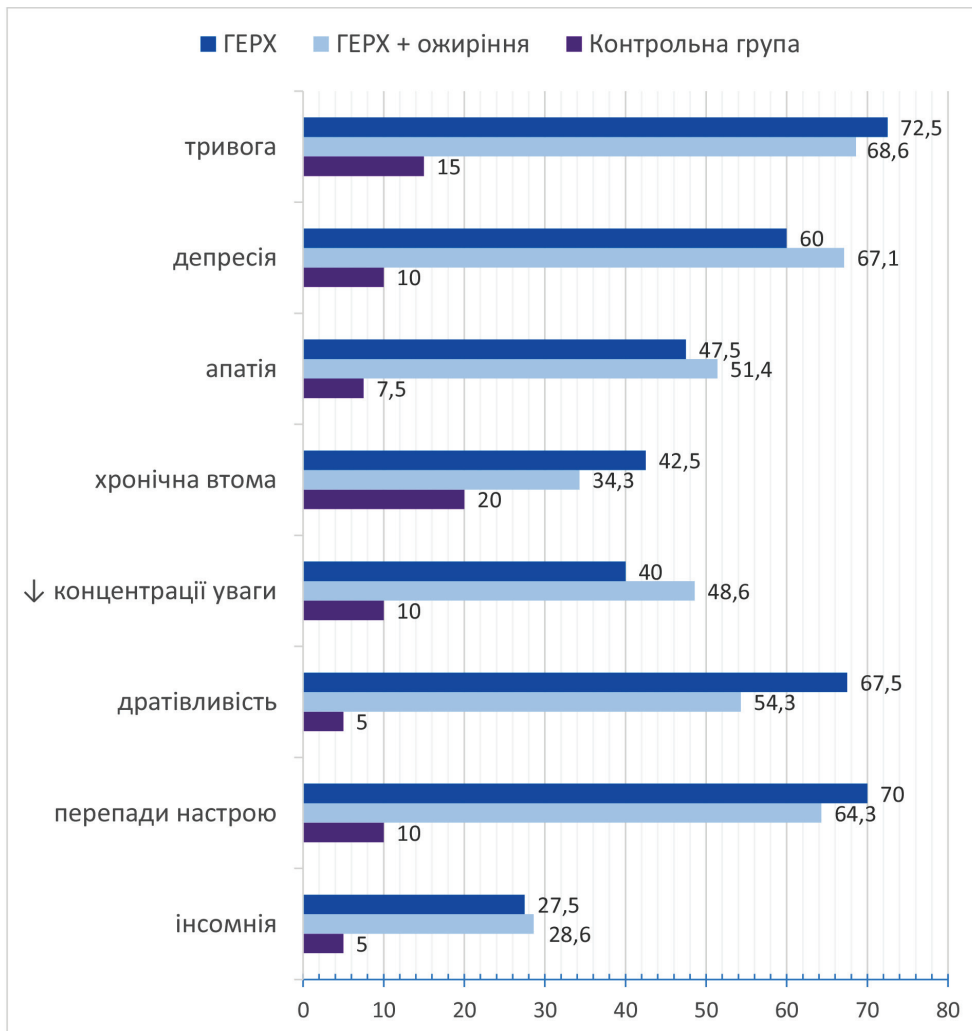


Рисунок 2. Характеристика скарг психосоматичного спектру

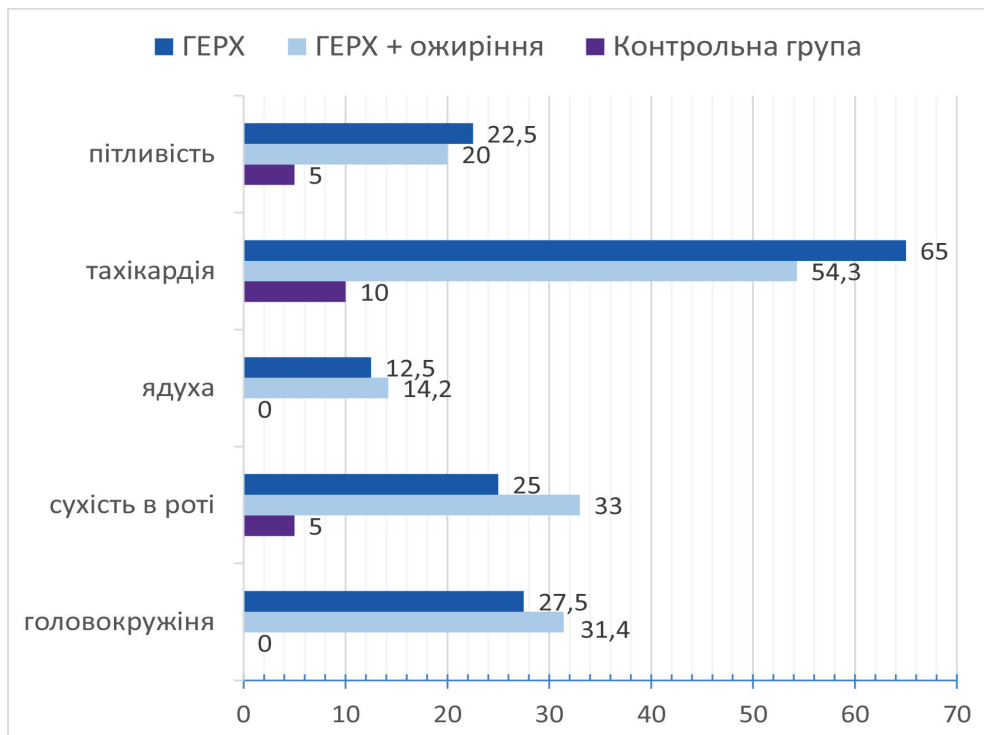


Рисунок 3. Характеристика фізичних проявів соматоформних захворювань

Підсумки психодіагностики за допомогою опитувальників

Опитувальник	Показник	Група I (1) n=40	Група II (2) n=70	Контроль (3) n=20	p
Dass-21	Депресія	13,80±1,27	15,23±0,87	5,60±0,97	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
	Тривога	11,40±0,95	13,66±0,88	5,00±0,92	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
	Стрес	15,40±1,66	17,14±0,84	7,80±1,04	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
Спілбергера - Ханіна	Реактивна тривожність	35,60±1,34	39,60±1,61	21,55±0,71	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
	Особистісна тривожність	39,90±1,92	44,66±1,86	23,10±0,74	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
Бека	Депресія	19,95±1,19	21,91±0,77	2,85±0,85	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001

дала 21,55±0,71 бали, особистісна тривожність — 23,10±0,74 балів, що відповідав низьким рівням тривоги.

Вираженість депресії за шкалою Бека в групі ГЕРХ дорівнювала 19,95±1,19, в групі ГЕРХ + ожиріння І ст. — 21,91±0,77 балів. Інтерпретація даних вказує на частіше діагностування депресії у хворих на ГЕРХ з супутнім ожирінням, ніж у хворих з ізольованою ГЕРХ (p<0,01). Показник групи практично здорових осіб становив 2,85±0,85 бали, що засвідчує відсутність депресії.

Дослідження відповідей опитувальника Dass-21 показало, що серед 1-ї групи найвищий рівень депресії мало 2 пацієнта (5%), виражений рівень — 14 пацієнтів (35%), помірний — 12 осіб (30%), легкий — 7 (17,5%), відсутня депресія — 5 осіб (12,5%). У 2-ій групі: найвищий рівень депресії — 4 пацієнти (5,7%), високий рівень — 31 пацієнтів (44,3%), помірний — 18 осіб (25,8%), легкий — 9 (12,8%), відсутні депресивні розлади — 8 осіб (11,4%).

■ немає ■ легка ■ помірна ■ виражена ■ дуже виражена

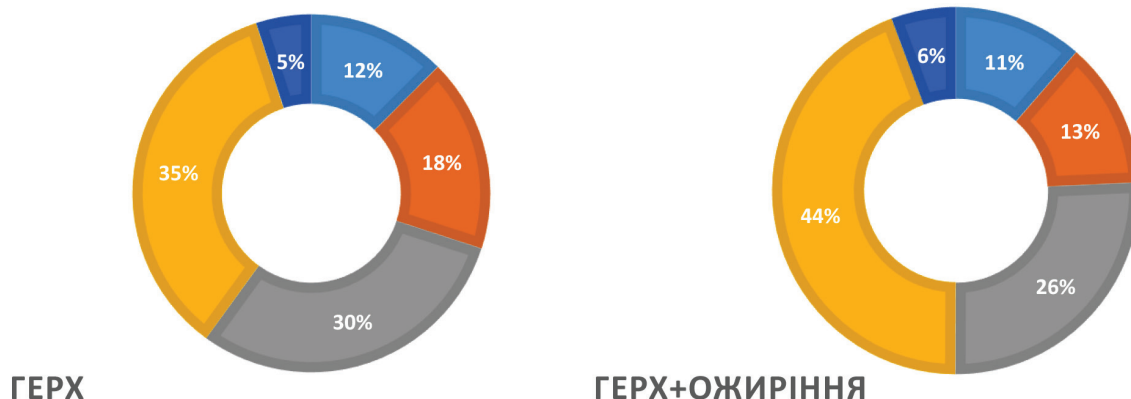


Рисунок 4. Ступінь депресивних проявів за Dass-21

Щодо тривожного розладу, у 1-ій групі тривожність дуже вираженого ступеню мали 3 особи (7,5%), високий рівень — 15 (37,5%), помірний — 12 осіб (30%), легкий — 7 (17,5%), відсутні тривожні розлади у 3 осіб (7,5%). Відповідно у 2-й групі значно виражена тривога — 4 пацієнта (4,4%), високий рівень — 36 (51,4%), помірний — 23 осіб (32,8%), легкий — 6 (8,7%), відсутні тривожні розлади у 2 осіб (2,8%).

Серед опитуваних 1-ї групи перебували у стресі дуже високої інтенсивності 6 пацієнтів (15%), високої інтенсивності — 16 осіб (40%), середньої — 14 (35%), низької — 3 (7,5%), не відчували стресу — 1 (2,5%). У 2-й групі відповідно — дуже високої інтенсивності 10 пацієнтів (14,3%), високої інтенсивності — 32 (47,1%), середньої — 17 (24,3%), низької — 8 (11,4%), заперечували стресові події — 2 (2,9%).

В ході обчислення результатів опитувальника SF-36 підтверджено достовірно нижчу якість життя у пацієнтів з ГЕРХ і ожирінням, порівняно з суб'єктами з ГЕРХ без зайвої ваги ($p < 0,01$). Показник фізичного функціонування (PF) I-ї групи порівнював 48,63±4,05 бали, в той час як пацієнти

II-ї групи мають ще нижчий показник — 41,00±2,32. Індекс рольового функціонування через фізичне здоров'я (RP) в I групі був 39,38±5,52 балів, у пацієнтів з ГЕРХ та ожирінням — 32,14±4,01. Пацієнти з ГЕРХ мають середній показник вираженості болю (BP) 40,08±3,45, а пацієнти з ГЕРХ та ожирінням — 33,27±2,45 бали. Рівень загального здоров'я (GH) суб'єкти з ізольованою ГЕРХ оцінили на 39,30±4,01 бали, тоді як пацієнти з ГЕРХ та ожирінням — 32,26±3,51 бали, що пов'язане з значним погіршенням загального сприйняття здоров'я у пацієнтів з ГЕРХ як з нормальним ІМТ, так і з зайвою вагою. Життєва енергія (VT) фіксувалася на рівні 44,38±3,62 в I групі, 34,57±2,10 — в II групі, що співпадало зі скаргами в респондентів на нестачу енергії, підвищену втомлюваність на тлі хвороби.

Низькі значення показників соціального функціонування (SF), 46,56±4,47 в групі пацієнтів ГЕРХ з коморбідним ожирінням та 37,68±3,47 в групі ізольованої ГЕРХ, вказують на соціально-психологічну дезадаптацію хворих на ГЕРХ.

■ немає ■ легка ■ помірна ■ виражена ■ дуже виражена

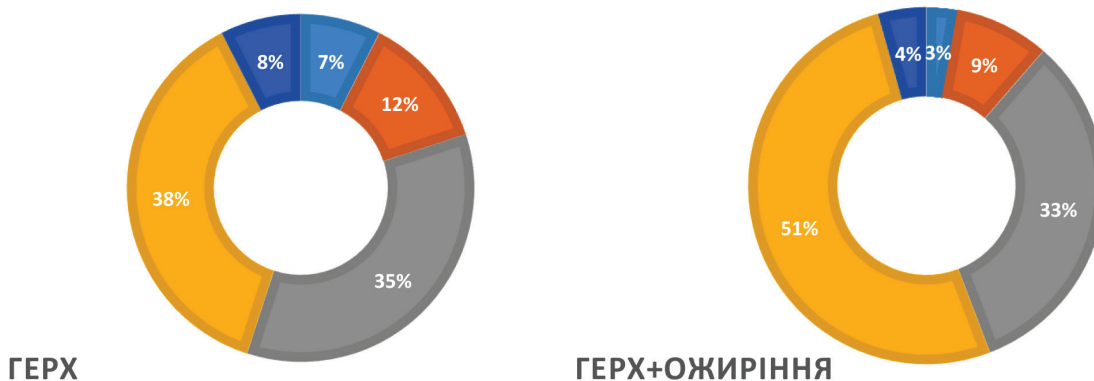


Рисунок 5. Ступінь тривоги за Dass-21

■ немає ■ легка ■ помірна ■ виражена ■ дуже виражене

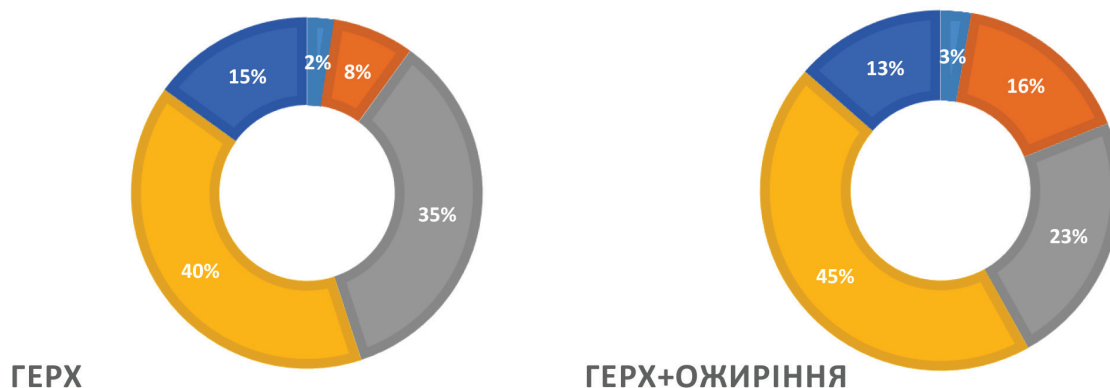


Рис. 6. Рівень стресу за Dass-21

Зведені дані опитувальника SF-36

Клінічна група / Шкали	ГЕРХ n=40	ГЕРХ + ожиріння n=70	Контрольна група n=20
PF	48,63±4,05*,**	41,00±2,32 [#]	91,25±2,65
RP	39,38±5,52**	32,14±4,01 [#]	78,75±8,90
BP	40,08±3,45*,**	33,27±2,45 [#]	85,70±5,82
GH	39,30±4,01**	32,26±3,51 [#]	74,50±4,52
VT	44,38±3,62*,**	34,57±2,10 [#]	71,75±3,78
SF	46,56±4,47*,**	37,68±3,47 [#]	72,50±7,67
RE	49,12±6,61*,**	34,71±4,49 [#]	81,63±7,47
MN	45,90±4,47*	35,77±2,66 [#]	72,80±4,50
РН загальний	35,41±1,78*	31,02±1,21 [#]	55,31±2,12
МН загальний	37,30±1,46*	29,94±1,14 [#]	49,65±3,51

Примітка: ступінь статистичної достовірності відмінностей між групами:

* — $p < 0,01$ — групою I та групою II,

** — $p < 0,001$ — групою I та контрольною групою

— $p < 0,001$ — групою II та контрольною групою

Індекс рольового функціонування через емоційне здоров'я (RE) складав $49,12 \pm 6,61$ у суб'єктів з ізольованою ГЕРХ, у суб'єктів з ГЕРХ та супутнім ожирінням — $34,71 \pm 4,49$. Стан психічного здоров'я (РН) оцінений учасниками I-ї групи на $45,90 \pm 4,47$ бали, пацієнтами II-ї групи — $35,77 \pm 2,66$ бали. Результат говорить про зниження психологічного благополуччя на фоні ГЕРХ. Зведений індекс фізичного здоров'я (РН загальний) у пацієнтів з ГЕРХ оцінювалося в $35,41 \pm 1,78$ бали, тоді як пацієнти з ГЕРХ та ожирінням — $31,02 \pm 1,21$. Зведений індекс психічного здоров'я (МН загальний) в групі ГЕРХ становив $37,30 \pm 1,46$, а пацієнти в групі ГЕРХ з супутнім ожирінням — $29,94 \pm 1,14$.

Тестування за допомогою опитувальника SF-36 дало змогу зробити низку важливих висновків стосовно впливу ГЕРХ на різні аспекти життя хворих. Зокрема, в ході обчислення балів встановлено суттєві відмінності між респондентами з ГЕРХ, ГЕРХ й коморбідним ожирінням і контрольною групою за всіма шкалами. Найнижчі показники якості життя було зафіксовано в групі ГЕРХ з супутнім ожирінням, що підтверджує гіпотезу про тісний зв'язок зайвої ваги зі зниженням фізичного, соціального та психічного благополуччя пацієнтів.

Постійний дискомфорт, біль та загальна втома на фоні ГЕРХ негативним чином впливають на щоденну продуктивність та унеможливають ефективну роботу та функціонування. Обмеження фізичної

активності призводить до скорочення соціальних зв'язків та взаємодій. Пацієнти відчувають себе ізольованими і відчуженими від соціума, що супроводжується почуттям безнадії і знижує мотивацію до повернення в активне суспільне життя.

Відсутність регулярних фізичних навантажень та підтримки суспільства, соціальна ізоляція може призвести до психосоціальної дезадаптації та розвитку тривожно-депресивних й інших психосоматичних розладів. Таким чином, терапія ГЕРХ повинна передбачати не тільки медикаментозну корекцію симптомів, а й психологічну підтримку, корекцію поведінкових патернів. Додатково важлива мотивація до фізичної активності в межах можливостей пацієнта.

При оцінці балансу активності симпатичної та парасимпатичної вегетативної нервової системи за допомогою обчислення індексу Кердо отримано наступні результати: загальний бал в групі пацієнтів ГЕРХ з коморбідним ожирінням склав $+6,56 \pm 3,22$, що говорить про переважаючий вплив на функціонування організму симпатичної нервової системи.

В групі ізольованої ГЕРХ параметр становив $-6,71 \pm 2,72$, тобто домінуючою ланкою вегетативної нервової системи була парасимпатична. У контрольної групи індекс Кердо дорівнював $+0,28 \pm 1,45$, що відповідає стану повної рівноваги (ейтонії) та не суперечить опрацьованим фаховим джерелам.

Показники індексу Кердо в групі ізольованої ГЕРХ, ГЕРХ з ожирінням та групі контролю до лікування

Параметри	I група	II група	Контроль
Індекс Кердо	+6,56±3,22	-6,71±2,72	+0,28±1,45
Домінуючий тонус ВНС	Симпатикотонія	Парасимпатикотонія	Ейтонія

Висновки

1. Встановлено, що рівні особистісної та реактивної тривожності, депресії, згідно опитувальників Спілбергера-Ханіна та Бека, у пацієнтів з ГЕРХ і супутнім ожирінням достовірно вищі за результати групи ізольованої ГЕРХ ($p < 0,05$) та контролю ($p < 0,001$).

2. Показано, що рівень депресії при супутньому перебігу ГЕРХ і ожиріння вище, ніж при ізольованій ГЕРХ в 1,10 рази, тривоги — 1,20 рази, стресу — 1,13 рази.

3. Встановлено, що при ізольованої ГЕРХ відмічається симпатикотонія, а при ГЕРХ з супутнім ожирінням — парасимпатикотонія, у контрольній групі — ейтонія.

4. Відзначено позитивні асоціації між вираженістю скарг психоемоційного спектру — тривоги, депресії, стресу, та клінічними проявами ГЕРХ, при чому в групі супутнього перебігу ГЕРХ та ожиріння кореляційні зв'язки були достовірно потужнішими, ніж в групі ізольованої ГЕРХ ($p < 0,05$).

Список використаної літератури

1. Журавльова Л.В., Бондар-Келеберда О.С. Клінічні особливості пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою на тлі цукрового діабету 2 типу залежно від наявності ожиріння // Сучасна гастроентерологія. 2023;(6):27-33.
2. Криворучко І.Г., Скрипник І.М., Приходько Н.П., Щербак О.В., Якимишина Л.І. Особливості тривожно-депресивного синдрому у пацієнтів з функціональними розладами кишечника // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2021;4(76). <https://cyberleninka.ru/article/n/osoblivosti-trivozhno-depresivnogo-sindromu-u-patsientiv-z-funktsionalnimi-rozladami-kishechnika>.
3. Мосійчук Л.М. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба в умовах хронічного стресу. Огляд з власним спостереженням // Сучасна гастроентерологія. 2023;(2):59-66. <https://doi.org/10.30978/MG-2023-2-59>.
4. Опарін О.А., Каширцева О.М., Опаріна Т.Н. Сучасне розуміння етіопатогенезу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: висвітлення ключових аспектів та перспектив // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2023; 2(Б):28-32. doi: 10.15407/internalmed2023.02b.028.
5. Опарін О.А., Мальяр О.М., Опаріна Т.Н., Абакумова О.Я. Роль гормонів жирової тканини у формуванні та перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у поєднанні з ожирінням // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2021; 2(16):96-98. doi: 10.15407/internalmed2021.02.0964.
6. Сірчак Є.С., Кидибиц С.С., Палапа В.Й. Вегетативна дисфункція та психосоматичні зміни у хворих після холецистектомії та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу // Сучасна гастроентерологія. 2023;2(68):258-63. <https://medvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/med/article/view/274>.
7. Скрипник І.М., Криворучко І.Г., Гопко О.Ф., Приходько Н.П. Сучасні можливості корекції вісцеральної гіперчутливості у хворих на синдром подразненого кишечника // Сучасна гастроентерологія. 2020;2:37-44. doi: <https://doi.org/10.30978/MG-2020-2-3>.
8. Сташишин А.Р., Швидкий Я.Б., Савицький Я.М. Ускладнена гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика та лікування // Сучасна гастроентерологія. 2024;(2): DOI: <http://doi.org/10.30978/MG-2024-2-5>.
9. Цьока С.А., Філак Я.Ф., Сірчак Є.С. Особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та вегетативної дисфункції у хворих на ураження хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу // Сучасна гастроентерологія. 2022;(4):175-80. <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-ekmed/article/view/12817>.

Психосоматичний та вегетативний стан у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з супутнім ожирінням

Проф. А.Г. Опарін, доц. Ю.Г. Федченко, доц. А.В. Благовещенська, доц. А.Є. Новохатня, асист. О.М. Каширцева, асист. І.П. Кореновський, доц Л.О. Хоменко

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапії, гастроентерології та дієтології

Український гуманітарний інститут

Кафедра фізіотерапії та ерготерапії

У роботі досліджені особливості психосоматичного та вегетативного стану у хворих на ГЕРХ та встановлен вплив на них супутнього ожиріння.

Ключові слова: психоемоційний стан, вегетативний стан, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ожиріння.

Psychosomatic and vegetative state in patients with gastroesophageal reflux disease with concomitant obesity

Prof. A.G. Oparin, PHD Y.G. Fedchenko, PHD A.V. Blagoveshchenska, PHD A.E. Novokhatnya, PHD O.M. Kashirtseva, PHD I.P. Korenovsky, PHD L.O. Khomenko

Kharkiv National Medical University

Department of Therapy, Gastroenterology and Dietetics

Ukrainian Humanitarian Institute

Department of Physiotherapy and Occupational Therapy

The paper investigates the features of the psychosomatic and vegetative state in patients with GERD and establishes the influence of concomitant obesity on them.

Key words: psychoemotional state, vegetative state, gastroesophageal reflux disease, obesity.

Контактна інформація: Опарін Олексій Анатолійович —
доктор медичних наук, професор, Український гуманітарний інститут,
Email: oparinaa@ukr .net

Стаття надійшла до редакції 10.02.2026 р.