

В.И. Трофимов, Ю.Н. Безруков*

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», кафедра госпитальной терапии, г. Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является наиболее распространённым заболеванием пищевода, в основе развития которой лежит нарушение двигательной функции верхних отделов пищеварительной системы, что позволяет это заболевание вполне отнести к категории психосоматических, особенно на ранних этапах развития, когда не проявились органические осложнения, затрагивающие структуру тканей. Значительный процент психических нарушений отмечается у пациентов еще до развития соматических жалоб. Обследованы пациенты в количестве 105 человек. Первая группа — опытная (71 больной) получала комплексное лечение, включающее базисное патогенетическое, симптоматическое, а так же психотропное лечение в виде анксиолитиков и антидепрессантов. Выбор препарата осуществлялся по результатам психологического тестирования. Вторая группа — группа сравнения (34 пациента) получала только традиционное лечение, без психотропной поддержки. Был проведен анализ астено-вегетативного синдрома, психологических особенностей пациентов в плане отношения к своему заболеванию, показателей тревожности и уровня выраженности депрессии. У больных с неэрозивной рефлюксной болезнью частота выявления депрессии и тревожности была более чем в 2 раза выше, чем у больных с эрозивной рефлюксной болезнью. После проведения психотропного лечения данные показатели практически сравнялись. Назначение психотропной терапии в виде антидепрессантов и анксиолитиков позволило обеспечить минимизацию сроков регрессии клинических и психосоматических проявлений заболевания.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, депрессия, тревожность, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, анксиолитики, антидепрессанты.

Abstract

Gastroesophageal reflux disease is the most common disease of the esophagus, through the development of which is impaired motor function of the upper gastrointestinal system, allowing the disease to be quite be classified as psychosomatic, especially in the early stages of development, when no apparent organic complications that affect the structure of tissues. A significant percentage of mental disorders is observed in patients even before the development of somatic complaints. Patients in number of 105 people are examined. The first group — experienced (71 patient) received complex treatment, which includes the basic pathogenetic, symptomatic, and psychotropic treatment in the form of anxiolytics and antidepressants. The choice of drug was based on the results of psychological testing. The second group — the comparison group (34 patients) received only conventional treatment, without psychiatric support. Analysis was conducted of the astheno-vegetative syndrome, psychological characteristics of patients in relation to their disease, indicators of anxiety level and severity of depression. Patients with not erosive reflux disease have a frequency of detection of a depression and uneasiness was more than twice higher, than at patients with erosive reflux disease. After carrying out psychotropic treatment these indicators were practically made even. Prescription of psychotropic therapy in the form of antidepressants and anxiolytics has allowed to minimize the timing regression of clinical and psychosomatic manifestations of disease.

Key word: psychosomatic illnesses, depression, anxiety, gastroesophageal reflux disease, anxiolytics, antidepressants.

ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛОБИ — личностный опросник Бехтеревского института, НЭРБ — неэрозивная рефлюксная болезнь, ЭРБ — эрозивная рефлюксная болезнь.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является наиболее распространённым заболеванием пищевода. Это патология выявляется весьма часто во всех странах мира, особенно в экономически развитых государствах.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является хроническим рецидивирующим заболеванием, обусловленным нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка и пищевода и характеризующее-

ся периодическим забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем морфологических (эрозии, язва, эритема) и/или функциональных нарушений.

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается не только в её высокой распространенности и наличии типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, но также и в частом воз-

*Контакты. E-mail: yur-bezrukov@yandex.ru. Телефон: (911) 946-00-21.

никновении нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, что приводит к гипердиагностике некоторых болезней, например ИБС.

Так как в основе развития ГЭРБ лежит нарушение двигательной функции верхних отделов пищеварительной системы, данное заболевание вполне можно отнести к категории психосоматических, особенно на ранних этапах развития, когда не проявились органические осложнения, затрагивающие структуру тканей. Диагностическими критериями психосоматического расстройства является его функциональный характер, обратимость, отсутствие объективных признаков поражения органа, длительность существования, характерная связь с психологическими особенностями каждой конкретной личности, влияние внешних психологических факторов.

Больные с ГЭРБ могут быть склонными к множественным жалобам, количество и выраженность которых выходят далеко за рамки, обусловленные наличием соматической патологии. Значительный процент психических нарушений отмечается у пациентов еще до развития соматических жалоб, что ставит под сомнение обязательность соматогенной природы психических расстройств в качестве реакции на собственно заболевание пищевода [4]. Чаще всего у больных с ГЭРБ встречается психогенная тошнота, рвота и изжога. У эмоционально нестабильных лиц эти физиологические реакции возникают гораздо легче и по более незначительному поводу, чем у других людей.

Тошнота и изжога могут исчезать под воздействием положительных эмоций, при отвлечении внимания больного или спонтанном повышении настроения во второй половине дня, но могут принимать и постоянный характер на высоте длительной аффективной напряженности или при определённой глубине депрессии [7].

Широко распространены психогенные нарушения моторики пищевода. В первую очередь это атония пищевода, которая может быть тотальной или сегментарной, наиболее ярким проявлением чего служит недостаточность кардиального сфинктера. Клиническими проявлениями атонии пищевода являются жалобы на затруднение глотания плотной пищи, чувства остановки её за грудиной. Эти проявления встречаются при депрессивных состояниях с резким снижением общего жизненного тонуса при отсутствии какого-либо органического поражения [9].

Другим нарушением моторики пищевода являются спастические сокращения пищевода (тотальные или фрагментарные), проявляющиеся жалобами

на мучительное чувство стягивания, кома или инородного тела за грудиной при отсутствии истинной дисфагии. Преходящий спазм пищевода возникает на высоте аффективного напряжения и любых отрицательных эмоций у легко возбудимых людей с неуравновешенной нервной системой.

Согласно современной точке зрения, наиболее частой из личностных расстройств является тревога. У части больных с ГЭРБ выявляются признаки тревожного личностного расстройства. При этом может произойти трансформация генерализованного тревожного расстройства в тревожно-фобическое [9].

При функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в том числе и при ГЭРБ, часто встречаются соматизированные, маскированные депрессии. При этом характерная депрессивная симптоматика присутствует в стёртом виде или отсутствует вовсе. Соматизированные депрессии являются клиническим термином, показывающим, что психопатологически эти состояния очень близки к депрессиям, хотя на первый план выступают соматические симптомы, не имеющие под собой реальной органической основы [15].

С проблемой психосоматики тесно взаимосвязаны изменения со стороны вегетативного статуса. Любая «негативная» эмоция (тревога, депрессия) непременно сопровождается преходящими изменениями вегетативной нервной системы, что приводит к различным нарушениям функционирования внутренних органов, в частности, к изменению секреторной и моторной активности ЖКТ [8]. Психовегетативные нарушения при начальных степенях развития ГЭРБ развиваются постепенно. Они характеризуются полиморфизмом, расплывчатостью и фрагментарностью проявлений, нестабильностью и вариабельностью течения, существенной зависимостью от индивидуальных особенностей человека, его отношения к выполняемой деятельности, взаимоотношений с окружающими и осознания своей значимости для них.

Материалы и методы

Обследованы пациенты в количестве 105 человек — мужчины и женщины в возрасте от 27 до 45 лет, не подвергавшихся оперативным вмешательствам на пищеводе или желудке. Диагноз заболевания был верифицирован на основании клинических проявлений и эзофагогастродуоденоскопии. Первая группа — опытная (71 больной) получала комплексное лечение, включающее базисное патогенетическое, симптоматическое и психотропное лечение. Вторая группа — группа сравнения (34 пациента) получала только традиционное лечение, без психотропной поддержки.

Психологическое тестирование осуществлялось с помощью шкалы самооценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга — Ю.Л. Ханина, личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), теста «Депрессия» (Жмуров В.А., Иркутский медицинский университет, 1995).

Анксиолитики назначались тем пациентам, у которых по данным психологического исследования выявлялись высокий уровень тревожности, эмоциональная напряжённость, невротическое состояние, ипохондрия, апатия, навязчивые переживания. Применялся препарат бензодиазепинового ряда феназепам.

Антидепрессанты получали те пациенты, у которых уровень депрессии составлял более 25 баллов по шкале «Депрессия». Использовался флуоксетин — бициклический антидепрессант, производное пропиамина. Препарат селективно ингибирует обратный захват серотонина, что приводит к повышению его концентрации в синаптической щели, усилению и пролонгированию его действия на постсинаптические рецепторы.

Полученные результаты обработаны с применением прикладных пакетов статистического анализа (Statgraphics, STATISTICA).

Результаты и обсуждение

Соотношение мужчин и женщин составило 1,5:1 (63 и 42 человек соответственно). Из них 71 больной с неэрозивной рефлюксной болезнью (М/Ж=41/30; средний возраст 38,2±6,1 года) и 34 пациента с эрозивной рефлюксной болезнью (М/Ж =22/12; средний возраст 36,3±9,2 года). Длительность заболевания больных с ГЭРБ в данной выборке находилась в диапазоне от 6 месяцев до 10 лет, при средней длительности 4,5±3,8 года.

Был проведен анализ проявлений астеновегетативного синдрома у больных с ГЭРБ. Результаты представлены в таблице 1.

Наиболее часто отмечались раздражительность и нарушения сна. При этом согласно представленным данным раздражительность отмечалась в половине случаев, практически равномерно во всех группах. Нарушения сна и подавленное настроение чаще встречались у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ — более чем в 3 раза по сравнению с больными, у которых были выявлены эндоскопические признаки эрозивного эзофагита.

Психологические особенности пациентов в плане отношения к своему заболеванию и в зависимости от формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни,

выявлялись при использовании методики личностного опросника Бехтеревского института «ЛОБИ».

Эти результаты обследования представлены в таблице 2.

Пациентам с ГЭРБ свойственны следующие наиболее часто встречающиеся типы отношения к болезни — это тревожный, ипохондрический, обсессивно-фобический и неврастенический, относящиеся к типам реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью.

Эмоционально-аффективный аспект отношения у больных с этими типами реагирования клинически выражается в реакциях по типу непрерывного беспокойства и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, сосредоточения на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, «раздражительной слабости», подавленном угнетённом состоянии, «уходом в болезнь».

Таблица 1. Характеристика частоты встречаемости астеновегетативных проявлений при различных формах ГЭРБ

Клинический признак	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ n (%)	ЭРБ n (%)
Слабость, утомляемость	13 (18)*	3 (8)
Раздражительность	45 (64)*	5 (15)
Головные боли	8 (12)	4 (11)
Плохой сон	38 (54)*	6 (18)
Пониженное настроение	24 (29)*	4 (11)

Примечание: * — различия между группами I и II с уровнем значимости p<0,05

Таблица 2. Данные психологического тестирования больных с ГЭРБ с помощью методики «ЛОБИ»

Тип отношения к болезни	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ n (%)	ЭРБ n (%)
Гармоничный	5(7)*	10(29)
Анозогнозический	3(4)	2(6)
Эргопатический	3(4)	1(3)
Тревожный	28(40)*	5(15)
Ипохондрический	25(35)*	7(20)
Меланхолический	-	-
Апатический	-	-
Неврастенический	21(30)	8(23)
Обсессивно-фобический	19(27)*	4(12)
Сенситивный	-	-
Эгоцентрический	9(12)	3(9)
Эйфорический	-	-
Паранойяльный	-	1(3)

Примечание: * — различия между группами I и II с уровнем значимости p<0,05

В основном данные проявления встречаются у больных с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (в 80% случаев), в отличие от пациентов с эрозивным эзофагитом (в 37% случаев).

У больных со всеми степенями заболевания в основном преобладали ипохондрический, неврастенический и тревожный типы отношения к болезни. Ипохондрический тип выражался в сосредоточении больных на болезненных и других, неприятных для них ощущениях, стремлении постоянно рассказывать о них окружающим. Они преувеличивали действительные и выискивали несуществующие болезни и страдания, сочетая желание лечиться с неверием в успех, требуя тщательного обследования, в то же время, боясь вреда и болезненности процедур. У больных с тревожным типом отношения к болезни было отмечено непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Они были склонны к поиску новых способов лечения, жажде дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения. Интересно также отметить, что при тревожном типе объективные данные о болезни (результаты анализов, инструментальных исследований, заключения специалистов) интересовали пациентов больше, чем собственные ощущения.

В группе больных с эрозивной формой заболевания преобладали гармоничный (трезвая оценка своего состояния) и неврастенический типы отношения к болезни (вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения.). Признаки выраженной социальной дезадаптации были выявлены лишь у 21% больных, когда сочетались разнонаправленные типы отношения к болезни. Наиболее часто встречаемый из них являлся ипохондрический тип реагирования на заболевание, признаки которого встречались в 23% случаев.

Обсессивно-фобический тип отношения при неэрозивных эзофагитах характеризовался выраженной тревожной мнительностью в отношении опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но мало обоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Тревожный тип отношения к болезни проявлялся пароксизмами беспокойности и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неадекватности и даже опасности лечения. При этом у таких больных отмечалось тревожное и вследствие этого угнетенное настроение.

Такие типы отношения к болезни как эгоцентрический, анозогностический, эргопатический, паранойальный встречались гораздо реже и значительного преобладания в какой-либо группе не имели. Меланхолический, эйфорический, апатический и сенситивный типы у больных с ГЭРБ выявлены не были.

Показатели тревожности пациентов с различными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, определялись с помощью методики Ч.Д.Спилберга и Ю.А.Ханина, а уровень выраженности депрессии с помощью теста «Депрессия».

Результаты представлены на рисунке 1.

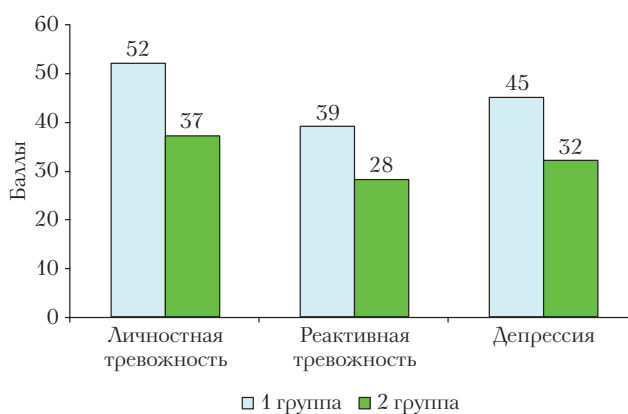


Рисунок 1. Показатели тревожности и депрессии у пациентов ГЭРБ

Из полученных данных следует, что показатели личностной тревожности у больных 1 группы при интерпретации результатов относилось к высокому уровню тревожности, а 2 группы — к умеренному. При этом у больных с неэрозивной формой ГЭРБ показатели личностной тревожности составили в среднем 52 балла. У пациентов с эрозивным эзофагитом — 37 баллов. Выявленные значения показателей у больных с ГЭРБ при всех степенях заболевания достоверно превышали соответствующие показатели у лиц контрольной группы, составившие в среднем 30 баллов.

Реактивная тревожность у больных с ГЭРБ была умеренной и при отсутствии эрозивного эзофагита составляла 39 балла, а при его присутствии 28 баллов, против группы контроля с 22 баллами. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при всех формах ГЭРБ имеется выраженная совокупность психологических расстройств отрицательного характера. Однако преобладающее значение имеют личностные особенности пациентов, тогда как реактивная тревожность является менее значимой.

Наличие депрессивного состояния было выявлено у 89% больных с ГЭРБ. При этом минимальная её

Таблица 3. Характеристика астеновегетативных проявлений у пациентов ГЭРБ на фоне лечения

Клинический признак	Формы ГЭРБ			
	НЭРБ n (%)		ЭРБ n (%)	
	до	после	до	после
Слабость, утомляемость	13 (18)	2 (3)*	3 (8)	2 (6)
Раздражительность	45 (64)	4 (6)*	5 (15)	3 (8)
Головные боли	8 (12)	2 (3)* **	4 (11)	3 (8)
Плохой сон	38 (54)	3 (4)* **	6 (18)	4 (11)
Пониженное настроение	21 (29)	2 (3)* **	4 (11)	3 (8)

Примечание — *различия в 1 группе до и после лечения достоверны (p<0,05)
**различия между 1 и 2 группами после лечения достоверны (p<0,05)

степень наблюдается у 19%, лёгкая у 38%, умеренная у 32% пациентов.

У больных с неэрозивной рефлюксной болезнью средний показатель уровня депрессии составил 45 баллов и соответствовал умеренно выраженному депрессивному состоянию и был наибольшим среди всех обследованных. У пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью уровень депрессии был выражен значительно меньше и составил 32 балла, что соответствует лёгкой степени депрессии.

Психологическими эквивалентами для них являлись пассивность, замкнутость, затруднение контакта с окружающими людьми. Больные испытывали нарастающую неуверенность в себе, недовольство собой, неудовлетворенность своим состоянием. На основании полученных данных было выявлено, что наиболее часто у больных ГЭРБ с высокими показателями теста «Депрессия» наблюдались нарушения сна, усталость, ворчливость, тревожное чувство утраты жизнестойкости и снижения общего жизненного тонуса. Также отмечалось чувство жалости к себе, трудности при необходимости концентрации внимания, снижение интереса к жизни и социальной активности, пониженная самооценка, чувство безнадёжности.

В результате проводимого лечения наблюдались положительные сдвиги психологических характеристик, что способствовало улучшению общего состояния больных.

У больных с неэрозивной формой заболевания астеновегетативная симптоматика до лечения наблюдалась значительно чаще, чем у пациентов с эрозивным эзофагитом. Особенно это касается раздражительности, которая встречалась в 4 раза чаще в 1 группе. Головная боль беспокоила одинаково в обеих группах. Случаев плохого сна, пониженного настроения, слабости и утомляемости в основной группе выявлено в 2 раза больше, чем в группе сравнения. На фоне проведённого лечения отмечена более значимая положительная динамика у лиц основной группы, чем у пациентов группы сравнения. Купирование этих

проявлений у больных, получавших комплексное лечение, включавшее в себя психотропные препараты, в большинстве случаев было достигнуто уже к 10 дню лечения.

Результаты динамического развития этих показателей представлены в таблице 3.

Данные обследования больных с ГЭРБ с помощью метода «ЛОБИ» после лечения с применением психотропных препаратов представлены в таблице 4.

Полученные результаты свидетельствуют, что в этих условиях, при всех формах заболевания отмечалась тенденция к возрастанию числа пациентов с отсутствием социальной дезадаптации, что свидетельствует о восстановлении мотивации к трудовой деятельности.

Следует отметить, что у больных основной группы удельный вес «благоприятного» типа отношения к

Таблица 4. Данные психологического тестирования больных с ГЭРБ с помощью методики «ЛОБИ» после лечения с применением психотропных препаратов

Тип отношения к болезни	Формы ГЭРБ	
	НЭРБ n (%)	ЭРБ n (%)
Гармоничный	19(27)*	5(15)
Анозогнозический	17(24)	6(17)
Эргопатический	9(13)	4(12)
Тревожный	7(10)	4(12)
Ипохондрический	6(8)*	6(17)
Меланхолический	-	-
Апатический	-	-
Неврастенический	7(10)	5(15)
Обсессивно-фобический	5(7)	2(6)
Сенситивный	-	-
Эгоцентрический	6(8)*	1(3)
Эйфорический	-	-
Паранойяльный	-	1(3)

Примечание: * — различия между группами I и II с уровнем значимости p<0,05

болезни вырос на 49%, то у пациентов группы сравнения повышение составило всего 6%.

В то же время, у больных с НЭРБ удельный вес «благоприятного» типа отношения к болезни составил 75%, прежде всего за счёт гармонизации отношения к болезни (трезвой оценки своего состояния). Необходимо отметить, что признаки тревожного типа реагирования на заболевание после лечения снизились более чем в 5 раз.

Динамика уровня личностной и реактивной тревожности, а также депрессии у больных с ГЭРБ после лечения при дополнительном назначении психотропных препаратов отображена на рисунках 2 и 3.

Как видно из полученных данных, в результате лечения наблюдаются положительные сдвиги психологических характеристик. При этом снизилась как личностная, так и реактивная тревожность.

Так было установлено, что на фоне лечения показатели личностной тревожности у больных ГЭРБ без эрозий уменьшились на 28% по сравнению с исходным уровнем. При эрозивной ГЭРБ показатели личностной тревожности также регрессировали, но



Рисунок 2. Показатели тревожности и депрессии у больных НЭРБ на фоне лечения



Рисунок 3. Показатели тревожности и депрессии у больных ЭРБ на фоне лечения

в менее выраженной степени — на 10% от исходного уровня.

К тому же, подобная ситуация сохраняется и при оценке показателей реактивной тревожности. Здесь также у пациентов 1 группы выявляется наибольшая динамика снижения показателей — на 18%. В группе сравнения процент их регрессии был менее выражен и составил всего 6% от исходных значений.

Так же выявлена значительная положительная тенденция к снижению показателей депрессии. Полученные данные показывают, что максимальное снижение показателей теста «Депрессия» имеется у больных с неэрозивной формой ГЭРБ (на 26% от исходного уровня), тогда как у пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью носили менее значимый характер (на 11%). Следует отметить, что у больных обеих групп значения показателей депрессии после лечения стали практически одинаковыми — 19% в первой группе и 21% во второй группе.

Полученные результаты подтверждают известную закономерность, согласно которой формирование психосоматических заболеваний, к которым относятся и ГЭРБ, зависит в значительной степени от личностных особенностей каждого пациента. Большое значение имеет также состояние центральной нервной системы, которая непосредственно взаимодействует с органами пищеварения и контролирует их деятельность.

Вместе с тем, при относительной однородности профиля изученных показателей ГЭРБ при всех степенях заболевания, можно судить об определенной разнородности психосоматических проявлений в зависимости от степени выраженности заболевания. Наибольшее значение психосоматической составляющей в формировании заболевания наблюдается при неэрозивной форме ГЭРБ, что выражается в более выраженном реагировании на лечение и соответственно снижением уровня тревожности. У пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью преобладает относительная ригидность показателей личностной и реактивной тревожности, несмотря на проводимое лечение.

Выводы

1. Астеновегетативные нарушения регистрируются у 100% больных НЭРБ и у 59% пациентов ЭРБ. Основными их проявлениями являются раздражительность (64% случаев), плохой сон (54%) и пониженное настроение (29%), частота которых у больных с НЭРБ превышает встречаемость у больных с ЭРБ в 4,2, 3,0 и 2,6 раза соответственно. После проведения психотропной терапии частота выявления головных болей, плохого сна и пониженного настроения

у больных НЭРБ была достоверно в 3 раза меньше, чем у больных ЭРБ.

2. У больных НЭРБ в 92% случаев выявляются изменения психологического статуса негативного характера с преобладанием невротического варианта дезадаптации и декомпенсации личности преимущественно в сторону усиления тормозных реакций в сочетании с повышенным уровнем тревожности у 90% больных и депрессивных проявлений в 85% случаев, с их сочетанием у 15% пациентов. У больных с НЭРБ частота выявления депрессии и тревожности была более чем в 2 раза выше, чем у больных с ЭРБ. После проведения психотропного лечения данные показатели практически сравнялись.

3. Рациональная фармакотерапия больных НЭРБ кроме использования ингибиторов протонного насоса, антацидов и прокинетиков должна включать фармакологические средства психотропного действия (транквилизаторы, антидепрессанты), что позволяет обеспечить минимизацию сроков регрессии клинических и психосоматических проявлений заболевания.

А

Список литературы:

- Гиндикин В.Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). Москва. Триада-Х, 2002. 256 с.
- Маев И.В., Трухманов А.С. Лекарственная терапия неэрозивной рефлюксной болезни. Русский Медицинский Журнал. 2004; 12(24): 1402-1409.
- Марилов В.В. Особенности формирования психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта. Вестник Российского университета дружбы народов. Сер. Медицина. 2008; 2: 64-66.
- Симаненков В.И., Гриневич В.Б., Потапова И.В. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. СПб. ЛСП, 1999. 164 с.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. Москва. Медицина, 1986. 384 с.
- Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение. Русский медицинский журнал. 2001; 3(1): 22-30.
- Arnold M.B. Stress and emotion. Psychological stress. New York, Appleton-Century-Crofts. 1967. 123-140.
- Baker L.H., Lieberman D., Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 2005; 90(10): 1797-1803.
- Bazzocchi G., Conti E., Diquattro C. et al. Different motor response to psychological stress in patients with functional bowel disorders. Digestion. 2008; 59(4): 67-70.
- Bohmer C.J., Klinkenberg-Knol E.C., Niezen-de-Boer R.C., Meuwissen S.G. The prevalence of gastro-oesophageal reflux disease based on non-specific symptoms in institutionalized, intellectually disabled individuals. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007; 9(2): 187-190.
- Drossman D.A., Corraziari E., Talley N.J. et al. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut. 2009; 45(2): 1-81.
- Galmiche J.P., Janssens J. The pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease: an overview. Scand. J. Gastroenterol. 2005; Suppl.211: 7-18.
- Jones R.H. Gastro-oesophageal reflux disease in general practice. Scand. J. Gastroenterol. 2005; Suppl.211: 35-38.
- Kamolz T., Granderath F.A., Bammer T., Pasiut M., Pointner R. Psychological intervention influences the outcome of laparoscopic antireflux surgery in patients with stress-related symptoms of gastroesophageal reflux disease. Scand. J. Gastroenterol. 2011; 36(8): 800-805.
- Kielhols P., Poldinger W., Adams C. Masked Depression. Basel. 2003. 203 p.
- Wiklund I., Butler-Wheelhouse P. Psychosocial factors and their role in symptomatic gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia. Scand. J. Gastroenterol. 2006; Suppl.220: 94-100.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ:

- бронхолегочный синдром — кашель, частые бронхиты, пневмонии, бронхиальную астму, легочный фиброз. Причинами развития бронхообструкции при ГЭРБ являются:
 - 1) ваго-вагальный рефлекс
 - 2) микроаспирацияБронхолегочные проявления могут выступать единственным клиническим признаком гастроэзофагеального рефлюкса и обуславливать недостаточную эффективность лечения бронхиальной астмы.
- оториноларингологический синдром — першение в горле, осиплость или даже потеря голоса, грубый лающий кашель в результате заброса желудочного содержимого в гортань;
- стоматологический синдром — кариес, развитие халитоза, дентальных эрозий, афтозного стоматита;
- кардиальный синдром — боли обусловлены спазмом пищевода, купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой, ходьбой. В результате эзофагокардиального рефлекса может возникнуть аритмия;
- анемический синдром — возникает вследствие хронического кровотечения из эрозий или язв пищевода. Чаще всего это гипохромная железодефицитная анемия.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

*Клинические рекомендации по диагностике и лечению
Москва – 2014*