

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В статье приводится доказательство эффективности комбинированной психо- и консервативной терапии у гастроэнтерологических больных с точки зрения медицинского менеджмента. При наличии психосоматического компонента, приведенная методика позволяет в более сжатые сроки добиваться терапевтического эффекта. Выигрыш в эффективности лечения, повышении качества жизни пациентов и уменьшение сроков лечения делает предложенный способ выгодным для организации первичного лечебного звена.

**Ключевые слова:** гастроэнтерология, психосоматика, психосоматическое расстройство, психотерапия.

Грамотная организация процесса терапии, при котором лечение будет не только высокоэффективным, но и оправданным с экономической точки зрения является одним из важнейших аспектов с позиции современной теории медицинского менеджмента. Поиск методов позволяющих сократить время лечения, а также улучшение его качества являются одним из приоритетов в реформировании отечественного здравоохранения. С точки зрения терапевтов, лечение большинства гастроэнтерологических заболеваний является «рутинным», шаблонным: существующие схемы лечения позволяют современному врачу назначать лечение, практически не индивидуализируя его. Однако принадлежность ряда гастроэнтерологических расстройств к группе психосоматических заболеваний является общеизвестной.[1] Основным методом в сложном терапевтическом комплексе при соматоформных расстройствах желудочно-кишечного тракта является психотерапия таким образом, сочетание консервативной и психотерапии позволяет как сократить время лечения, так и повысить качество жизни пациентов.[2] Целью данной работы является доказательство эффективности комбинированной консервативной и психотерапии с точки зрения организации у гастроэнтерологических больных.

#### Материалы и методы:

Было отобрано 100 пациентов с подозрением на следующие заболевания: гастроэзофагальная и дуоденогастральная рефлюксные болезни, хронический гастрит, дискинезии кишечника гипермоторного и гипомоторного типа, дисбактериоз кишечника, дискинезии желчевыводящих путей, хронический некаменный холецистит. Возраст испытуемых составил 18-65 лет, средний возраст по группе - 41,5 лет.

Больным проводились следующие обследования: клинический и биохимический (АСТ, АЛТ, ЩФ) анализы крови, фиброгастродуоденоскопия с гистологическим изучением биоптатов слизистых оболочек (21% пациентов) и без него (74%), рентгенологическое исследование пищевода, желудка и кишечника (94% пациентов), колоноскопия (57%), кислотообразующая (87%), пепсиногенная (43%) и моторная (53% больных) функции желудка, копрограмма (37%), УЗИ (73% пациентов), изучение микробиоценоза кишечника (64%).

По показаниям проводились дополнительные методы исследования нервной системы для исключения органических поражений головного мозга, а также эндокринных и метаболических нарушений.

Для определения психологического профиля пациентов были использованы следующие психодиагностические методики: уровень депрессии по опроснику Бека, уровень депрессии по шкале Гамильтона, шкала уровня личностной и реактивной тревожности, ТОБОЛ (тип отношения к болезни), Торонтская шкала уровня алекситимии[3], Гиссенский опросник соматических жалоб[4].

Также были исключены психиатрические заболевания из группы шизофренических, аффективных расстройств, а также тревожных и тревожно-фобических расстройств невротического регистра.

Пациенты основной группы (71 человек) проходили курс гештальт-терапии[5], 2-я группа — контрольная — состояла из 29 человек. Соотношение мужчин к женщинам – 1:2,3. Все больные были трудоспособного возраста от 18 до 47 лет (табл. 1).

Таблица 1 - Общая характеристика исследуемых больных

Параметры клиничко-социального статуса		Основная группа		Контрольная группа		Общее кол-во	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
пол	Жен	51	72	19	65	70	70
	Муж	20	28	10	35	30	30
возраст	18-27	16	22,5	6	20,7	22	22
	28-37	34	48	13	44,8	47	47
	38-47	21	29,5	10	34,5	31	31
Итого:		71 %		29 %		100 %	

Все пациенты получали адекватную для своей патологии консервативную терапию, подобранную терапевтом. Параллельно проводилась психотерапевтическая работа (гештальт-терапия); 3 раза в неделю, длительность занятий - 1-1,5 часа. Затем проводилась повторное психодиагностическое исследование вышеуказанными методами.

Математическая обработка эмпирических данных производилась с использованием параметрических и непараметрических критериев с помощью стандартных программ для компьютерной статистической обработки: Microsoft Excel 2007, Statistica 6.0; SPSS 11.0.

**Результаты:** на основании клинического обследования пациентов, нами выделены следующие особенности: на протяжении не менее 6-ти месяцев — 2-х лет больные предъявляли жалобы на тошноту, сухость во рту, трудности при глотании, рвоту, аэрофагию, икоту, боли и давление в эпигастрии, тяжесть в области живота, частый стул, метеоризм. У больных выявлялись перманентные и пароксизмальные вегетативные расстройства, а также их сочетание, относимые ими к системе желудочно-кишечного тракта, кроме того отмечались следующие невротические синдромы: тревожно-ипохондрический синдром (46%), субдепрессивно-ипохондрический синдром (28%), астеноипохондрический (22%), при которых ипохондричность относилась к нарушениям функционирования желудочно-кишечного тракта; а у 4% был выявлен обсессивно-фобический синдром, у большинства больных данной группы преобладает умеренный уровень личностной и реактивной тревожности; уровень алекситимии, в подавляющем большинстве случаев, несколько выше среднего; наиболее характерным является тревожно-ипохондрический (21% пациентов) тип отношения к болезни, затем следуют ипохондрический (17%) и тревожный (12%) типы отношения к болезни.

Математическая обработка динамики исследуемых показателей основной группы, до и после прохождения курса психотерапии, выявила статистически значимые сдвиги по большинству изучаемых параметров.

Данные клинического метода больных *основной* группы при исследовании клинической картины заболевания: после окончания терапии симптомы, захватывающие внимание больных (тошнота, сухость во рту, трудности при глотании, рвота, аэрофагия, икота, боли и давление в эпигастрии, тяжесть в области живота, частый стул, метеоризм), перестали ощущаться пациентами, снизилось ощущение тревоги и напряжения, наладился сон, выздоровление наблюдалось у 90,1 % больных ( $p < 0,01$ ).

У 48,2% больных контрольной группы при исследовании клинической картины заболевания есть потребность вновь пройти курс гастроэнтерологического лечения.

Средние выборочные по шкалам Гиссенского опросника соматических жалоб после прохождения курса с использованием комплексной модели гештальт-терапии соответствуют средним значениям у здоровых людей по всем изучаемым параметрам. Показатели средних величин по шкале истощение снизились с 15,6 до 7,8, «желудочные жалобы» с 13,6 до 6,3. Общее среднее давление жалоб, отражающее «ипохондричность» пациентов снизилось с 42,9 до 20,4 балла. У больных, проходящих курс только медикаментозного лечения, снижение уровня жалоб не достигло степени больных основной группы (табл. 2)

Таблица 2 - Динамика показателей Гиссенского опросника соматических жалоб у пациентов основной и контрольной групп в процессе прохождения курса психотерапии (до и после лечения),  $M \pm m$

Шкалы Гиссенского опросника	Сумма баллов		
	До лечения (основная группа)	После лечения (основная группа)	После лечения (контрольная группа)
Истощение	15,6±1,6	7,8±2,1**	10,9±1,9**
Желудочные жалобы	13,6±1,4	6,3±1,8**	11,4±1,7**
Ревматический фактор	5,5±0,9	2,1±0,8**	2,7±1,1**
Сердечные жалобы	8,5±1,0	4,2±1,0**	5,5±0,5**
Интенсивность жалоб	42,9±3,2	20,4±3,2**	30,5±4,0**

Примечание: \*\* — достоверность различия между пациентами одной группы до и после лечения  $< 0,01$ .

Результаты, полученные в ходе итогового тестирования пациентов 2-х групп обследования, по шкале тревожности Спилбергера — Ханина показал, что в *основной* группе показатели соответствовали уровню здоровых лиц в 33,8 % случаев, показатели *реактивной* тревожности в 76,0 % случаев ( $p < 0,01$ ). В *контрольной* группе исследования показатели *личностной* тревожности находились в пределах нормы в 10,4 % случаев, а показатели *реактивной* тревожности в 34,5 % случаев. Однако, снижение показателей *личностной* тревожности в процессе применения комплексной модели гештальт-терапии в 2,8 раза значительнее, чем в контрольной.

Среднее выборочное значение по уровню алекситимии пациентов основной группы уменьшилось с 70,5 до 56,1 ( $p < 0,01$ ), что соответствует «неалекситимическому» типу личности и характерно для здоровых людей, а в контрольной группе лишь до 63,6, что соответствует среднему уровню.

По показателям Торонтской алекситимической шкалы по данным частотного анализа в *основной* группе после прохождения курса терапии из пациентов с показателями, соответствующими среднему уровню (88,7% случаев), 18,7% остались на невротическом уровне, у 81,3% пациентов уровень алекситимии стал ниже 63 баллов, что соответствует уровню здоровых людей. У пациентов основной группы, имеющих показатели алекситимии на высоком уровне, уровень алекситимии стал соответствовать среднему в 14,3 % случаев, а у 85,7 % случаев — низкому уровню. В группе контроля лишь у 8 пациентов (27,4%) после исследования уровень алекситимии соответствовал здоровым людям. Основной же контингент этой группы больных (72,4%) сохранил уровень алекситимии, соответствующий органному неврозу. Эти показатели говорят о положительном влиянии комплексной модели гештальт-терапии и на средний, и на высокий уровень алекситимии, соответствующий как неврозу, так и психосоматическому заболеванию.

Динамика ТОБОЛ показала, что, в контрольной группе эффект от терапии отсутствовал в 82,8 % случаев, тогда как в основной группе этот показатель составил 50,8 % ( $p < 0,01$ ) (табл. 3).

Таблица 3 - Сравнительная оценка эффективности психотерапии в основной и контрольной группах больных после проведенного курса лечения по показателю тип отношения к болезни

Группы	Эффект от лечения по показателю ТОБОЛ			
	Тип отношения к болезни не гармоничный		Тип отношения к болезни гармоничный	
	абс.	%	абс.	%
Контрольная	24	82,8	5	17,2
Основная	36	50,8	35	49,2

Примечание: эффектом от терапии считался тип отношения к болезни, ставший гармоничным в процессе проведения психотерапии.

Оценка динамики клинического состояния пациентов проводилась на основе «Клинической шкалы», разработанной в отделении неврозов и психотерапии института им. В. М. Бехтерева. Полученные результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4 - Динамика клинического состояния пациентов 2-х групп обследования до и после терапии по данным «Клинической шкалы» (независимая экспертная оценка)

Клиническая шкала	Кол-во пациентов				P* 2-4
	Основная группа		Контрольная группа		
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Степень симптоматического улучшения					
Симптоматика проявляется часто или характеризуется выраженной интенсивностью	29 (41,8%)	3 (4,2%)**	14(48,3%)	6(20,6%)	<0,05
Симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью	35 (49,3%)	4 (5,7%)**	13 (44,8%)	8(27,6%)	<0,05
Симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью	7 (9,9%)	24 (33,8%)**	2 (6,9%)	6 (20,7%)	>0,05
Симптоматика отсутствует	—	40 (56,3%)**	—	9(31,1%)**	<0,05
Критерий степени осознания психологических механизмов болезни					
Отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания:	39 (54,9%)	6 (8,4)**	18 (62,0%)	4 (13,8%)*	>0,05
Осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением	30 (42,3%)	11 (15,5%)**	11 (38,0%)	17 (58,6%)	<0,01
Клиническая шкала	Кол-во пациентов				P 2-4
	Основная группа		Контрольная группа		
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	

Осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного, без осознания и понимания условий формирования этих особенностей	2 (2,8%)	30 (42,3%)**	—	8 (27,5%)	>0,05
Достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза	—	24 (33,8%)**	—	—	<0,01
Критерий степени изменения нарушенных отношений личности					
Отсутствие изменений	48 (67,6%)	2 (2,8%)**	19 (65,5%)	6 (20,6%) **	<0,05
Изменение отношений к болезни и лечению	23 (32,4%)	18 (25,4%)	10 (34,5%)	14 (48,3%)	<0,05
Изменений отношений больного лишь в сфере(-ах), относящейся к актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений	—	41 (57,7%)**	—	8 (27,6%) **	<0,05
Изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой	—	10 (14,1%)**	—	1 (3,4%)	<0,05
Критерий степени улучшения социального функционирования					
Низкая степень	49 (69,0%)	1 (1,4%)**	20 (68,9%)	5 (17,3%)	<0,05
Умеренная степень	22 (31,0%)	10 (14,1%)	8 (27,7%)	7 (24,1%)	>0,05
Значительная степень	8 (11,3%)	43 (60,6%)**	1 (3,4%)	15 (51,7%)*	>0,05
Выраженная степень	4 (5,7%)	17 (23,9%)**	2 (6,9%)	2 (6,9%)	<0,05

Примечание: \* — достоверность различия между пациентами одной группы до и после лечения < 0,05; \*\* — < 0,01.

**Обсуждение:** в катамнезе, спустя 10-12 месяцев после окончания лечения, было прослежено 64 человека (90,1% от всего числа пролеченных) из основной группы и 25 человек (86,2%) из контрольной. Диагноз у больных оставался прежним, ошибок в диагностике не было. Была проведена оценка степени симптоматического улучшения.

За дальнейшей поддерживающей терапией, из основной группы, обратились лишь 6 пациентов (9,4%), у которых симптомы или присутствовали в настоящем или встречались в течение года (симптоматика наблюдалась часто (довольно часто) и характеризовалась выраженной (значительной) интенсивностью). Наблюдались следующие симптомы: стойкая дисфагия, иногда сопровождающаяся канцерофобическими переживаниями (66,6% больных), неприятные ощущения в области кишечника («вздутие», «распирание» живота) (33,3% больных), не связанные с приемом пищи, не сопровождающиеся нарушениями стула, сохранялись жалобы на ощущение «распирания» в области пищевода (33,3% пациентов), «истощение», тревогу, нарушения сна. Не предъявляли жалоб, спустя год после окончания лечения, 58 пациентов (90,6% пациентов).

В контрольной группе симптоматика наблюдалась часто (довольно часто) и характеризовалась выраженной (значительной) интенсивностью) в 64,0% (16 человек) случаев. Ввиду рецидивов основных жалоб, данные больные были вынуждены продолжать наблюдение у гастроэнтерологов.

Таким образом, недостаточно эффективные результаты лечения отмечены нами в 9,4 % случаях у пациентов основной группы и в 64,0 % случаях у пациентов контрольной группы.

#### **Выводы:**

1. Изучение клинической картины больных соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта выявило, помимо соматических расстройств, значительную представленность психопатологических синдромов, что позволило определить клинические мишени для разрабатываемой модели психотерапии.
2. Адекватная система диагностики и дифференциальной диагностики больных, страдающих психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта должна включать не только клинические критерии болезни и основные характеристики психогении, но также негативную и позитивную диагностику невротического расстройства.
3. Применявшаяся модель психотерапии достоверно показала свою клиническую эффективность. Непосредственно после окончания курса лечения у 90,1 % больных основной группы и лишь у 51,8 % пациентов контрольной группы отмечено практическое выздоровление, т. е. отсутствовали клинические проявления болезни. Катамнестическое исследование подтвердило эффективность и устойчивость достигнутых результатов модифицированной психотерапии: практическое выздоровление наблюдалось у 90,6 % больных основной группы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия, пер.с англ. дополненный / под ред. Дмитриевой Т.Б.- М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.-505 с.
- 2 Карвасарский Б.Д. Неврозы и психосоматика. - М.: Медицина,1990. - 576 с.
- 3 Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 880 с.
- 4 Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в Гештальт: теория и практика - СПб.: Речь, 2004. - 560 с.
- 5 Трегубов И. Б., Бабин С. М. Гиссенский опросник соматических жалоб. – СПб.: 1992. - 23 с

**А.А. ЖОЛАМАНОВА, А.М. АРИНГАЗИНА, Ж.А. КАЛМАТАЕВА**

*Денсаулық Сақтау Министрлігі – Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі*

#### **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУДЫҢ ТЕРАПИЯСЫНДА ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ТІЛ ТАБУ**

**Түйін:** Мақалада гастроэнтерологиялық науқастарда медициналық менеджмент жағынан қарағанда консервативті терапия мен психотерапияның біріктірілу тиімділігінің дәлілі келтірілген. Аурудың психосоматикалық табиғатының психотерапиясы жедел мерзімнің ішінде терапевтикалық нәтиженің пайда болуына мүмкіндік береді.

Науқастардың психологиялық портретінің оң динамикасы невротикалық ахуалының негізгі ауруымен байланысын дәлелдейді.

**Түйінді сөздер:** гастроэнтерология, психосоматика, психосоматикалық шалдығу, психотерапия.

**A. ZHOLAMANOVA, A. ARYNGAZINA, ZH. KALMATAEVA**

*Kazakh School of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan*

#### **THE PSYCHOSOMATIC APPROACH IN THE TREATMENT OF GASTROENTEROLOGICAL PATIENTS**

**Resume:** The article provides evidence of the effectiveness of combined psychotherapy and conservative therapy in gastroenterological patients from point of view of health management. In the presence of the psychosomatic component, described method allows to achieve a therapeutic effect faster. This method is increase the effectiveness of treatment, improve the quality of life of patients and decrease treatment time, that makes it suitable for the organization of primary medical care.