

**Яковлев Максим Юрьевич**, д.м.н.,  
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, Москва  
Yakovlev M.Yu., Doctor (Med.) Sci., National Medical  
Research Center Balneology and Rehabilitation, Moscow

**Вальцева Елена Алексеевна**,  
к.б.н., ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России  
Valtseva E.A., Cand. (Med.) Sci., National Medical  
Research Center Balneology and Rehabilitation, Moscow

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕЛАКСАЦИОННЫЕ ТРЕНИНГИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND RELAXATION TRAINING  
IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**Аннотация:** Изучена эффективность и безопасность применения релаксационных тренировок в виртуальной реальности и психологической коррекции у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью по дизайну проспективного, сравнительного неконтролируемого исследования. Выявлено, что метод лечения улучшает психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов, а также способствует редукции клинической симптоматики.

**Abstract:** The efficacy and safety of relaxation training in virtual reality and psychological correction in patients with gastroesophageal reflux disease were studied according to the design of a prospective, comparative uncontrolled study. It was revealed that the treatment method improves the psycho-emotional state and quality of life of patients, as well as contributes to the reduction of clinical symptomatology.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психологическая коррекция, виртуальная реальность, качество жизни.

**Keywords:** gastroesophageal reflux, psychological correction, virtual reality, quality of Life.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является широко распространённым заболеванием во всем мире. По данным эпидемиологических исследований её симптомы испытывают от 8,8 до 33,1% человек, а заболеваемость имеет тенденцию к росту во всех регионах мира [1-3].

В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости аденокарциномой пищевода, развитие которой связывают с пищеводом Барретта. Средние показатели темпа развития аденокарциномы пищевода и дисплазии высокой степени у больных с пищеводом Барретта и кишечной метаплазией составляют 0,4-0,6% в год [3, 4].

Согласно определению, изложенному в рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации, ГЭРБ – это «хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, к повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений не ороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных цилиндроклеточной метаплазии» [1].

ГЭРБ относится к группе кислотозависимых заболеваний, но рассматривается также рядом исследователей как заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта [1-5]. В регуляции моторики пищевода



огромную роль играют нервные и гуморальные механизмы, их влияние реализуется через вегетативную систему и взаимосвязано с психологическим профилем личности [6, 7].

В ряде исследований у пациентов с ГЭРБ была показана высокая частота тревожно-депрессивных расстройств и невротических реакций [6-8]. Было отмечено, что для данной категории больных также характерны: непрерывно рецидивирующее течение с персистенцией симптомов, в том числе связанное со сложностью выполнения рекомендаций по модификации образа жизни (вследствие низкой комплаентности), рефрактерный к лечению ингибиторами протонной помпы болевой синдром, а также стойкие клинические проявления заболевания, обуславливающие высокую частоту обращаемости пациентов за медицинской помощью и низкий уровень качества жизни [7-12].

С целью коррекции тревожно-депрессивных расстройств и их последствий у пациентов с ГЭРБ был проведен ряд исследований с применением антидепрессантов и транквилизаторов [13, 14], психотерапевтических вмешательств (когнитивно-поведенческой терапии и прочее) [8], тренировок с биологической обратной связью [15]. Все эти медицинские вмешательства за счёт повышения порога болевой чувствительности или изменения состояния вегетативной нервной системы (воздействие на «Brain-Gut axis»), снижения числа соматизированных жалоб, изменения тонуса нижнего пищеводного сфинктера способствовали повышению комплаентности пациента, редукции симптоматики и повышению качества жизни при благоприятном профиле безопасности [11,12].

В исследовании Маева И.В. и соавт. [8] было доказано, что добавление психотерапевтической коррекции к стандартной терапии у пациентов с ГЭРБ, а также ГЭРБ и сопутствующей бронхиальной астмой воздействует преимущественно на выраженность симптомов (одышка, ночной кашель и боли в эпигастрии), качество жизни (по опроснику SF-36), личностные особенности пациентов, но не влияет на показатели 24-часовой рН-метрии [8, 16]. Представляется перспективным использование данных разработок у пациентов с ГЭРБ на санаторно-курортном этапе лечения.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности применения релаксационных тренингов в виртуальной реальности и психологической коррекции у пациентов с ГЭРБ на фоне стандартного лечения, проводимого в санаторно-курортных условиях.

**Материалы и методы** Исследование проведено на базе Центра реабилитации «Омский», проводящего также санаторно-курортное лечение, с 1 сентября 2014 по 1 декабря 2015 г. по дизайну открытого проспективного неконтролируемого сравнительного исследования. Включено 24 пациента в возрасте от 20 до 62 лет, из них 10 мужчин и 14 женщин (41,7% и 58,3% соответственно), которые были поделены на две, сопоставимые по полу и возрасту группы: основную группу (n=12) и группу контроля (n=12).

В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом ГЭРБ [3], частыми, выраженными по интенсивности жалобами (более 3 баллов по блоку С опросника GERD-Q) и подписанным информированным согласием.

Не были включены в исследование: беременные и кормящие женщины, пациенты, имеющие неврологические, соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказанием для проведения исследовательских процедур, а также участвующие в другом клиническом исследовании.

Группа сравнения получала релаксационные тренинги с использованием виртуальной реальности (10 сеансов по 30 минут); индивидуальное клинико-психологическое консультирование (10 сеансов по 30 минут); СМТ-терапию, продолжительностью 10 мин (10 сеансов), курс приема сульфидной, маломинерализованной хлоридно-гидрокарбонатной натриевой минеральной воды («Ессентуки-4») по 200 мл 3 раза в сутки в течение 12 дней.

Группа контроля получала СМТ-терапию продолжительностью 10 мин (10 сеансов) и курс приема минеральной воды по аналогичной методике.

Лечение проводилось на фоне ранее назначенной медикаментозной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями [3, 17, 18].



До и после лечения были проведены: опрос, физикальное исследование, тестирование (тест качества жизни, опросник EQ-5D-3L, Euro-QoL Group, 1990; госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983г.), фиброгастродуоденоскопия (ЭГДС) (Olympus, Япония).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных пакетов Microsoft Excel 2014, «Statistica 6.0», для сравнительного анализа использованы: критерий  $\chi^2$ , Манна-Уитни и Вилкоксона.

Исследование выполнено в соответствии с основными положениями Хельсинской декларации и утверждено Независимым Локальным комитетом.

### Результаты и обсуждение

Диагноз ГЭРБ у всех пациентов был установлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и подтверждён с помощью инструментальных методов исследования (ФГДС, рН-метрия), выполненных по месту жительства пациентов не ранее, чем за 2 недели до поступления [3]. Наиболее частыми жалобами, предъявляемыми пациентами, были изжога, боль за грудиной, отрыжка кислым и регургитация, реже встречался кашель, осиплость голоса после ночного сна и некардиальные боли в груди. Частота основных симптомов заболевания, выраженная в баллах опросника GERD-Q и её суммарный показатель представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клинические симптомы, пациентов ГЭРБ, представленные по опроснику GERD-Q до и после лечения, баллы

Группа пациентов		Изжога, баллы	Отрыжка кислым или регургитация, баллы	Суммарный балл по шкале GERD-Q
Основная группа (n=12)	До	2 [2; 3]	2 [1; 3]	8,5 [8; 10]
	После	<b>1 [0; 1]****</b>	<b>1 [0; 2]****</b>	<b>4,5 [4; 6]****</b>
Контрольная группа (n=12)	До	2 [2; 2]	2 [1; 3]	8,5 [8; 9]
	После	1,5 [1; 2]	1,5 [1; 2]	<b>6 [6; 6] *</b>

Примечание: Данные представлены с помощью медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей [LQ; UQ]; \*Анализ динамики в группах до и после лечения проведён с помощью критерия Вилкоксона ( $p < 0,05$ ); \*\*Межгрупповой анализ проведён с помощью теста Манна-Уитни ( $p < 0,05$ ).

Как видно из представленной таблицы 1, до начала лечения группы пациентов были сопоставимы по основным клиническим симптомам и суммарному баллу опросника GERD-Q. После курса лечения отмечено выраженное улучшение клинических симптомов в обеих группах по всем параметрам шкал, но в основной группе выявлены статистически достоверно значимые изменения по всем показателям ( $p < 0,05$ ). По суммарному баллу по шкале GERD-Q в обеих группах пациентов определились достоверные изменения ( $p < 0,05$ ), но снижение как этого показателя, так и выраженности изжоги и отрыжки кислым/регрургитации в основной группе статистически достоверно различалось с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

По другим, не вошедшим в таблицу 1, показателям шкалы GERD-Q («боль в эпигастрии», «тошнота», «ночные симптомы», «частота приема антацидов») также была получена положительная динамика. Но при сравнении показателей до и после лечения и межгрупповом анализе статистически достоверные различия не обнаружены.

По данным ЭГДС до лечения преобладали пациенты с неэрозивной рефлюксной болезнью (54,4%), у остальных был диагностирован рефлюкс-эзофагит стадии А (по Лос-Анджелесской классификации) (45,6%). После лечения отмечалась тенденция к увеличению доли пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и уменьшению доли пациентов с эзофагитом, однако статистически достоверные различия при анализе динамики после лечения и при анализе межгрупповых различий не были найдены ( $p > 0,05$ ).



Индивидуально-личностные особенности пациентов с ГЭРБ были изучены с помощью опросника HADS (таблица 2).

Таблица 2

Показатели тревоги и депрессии (опросник HADS) до и после лечения, баллы

Группа пациентов		Тревога	Депрессия
Основная группа (n=12)	До	10,0 [9; 12]	8,0 [7; 11]
	После	<b>6,5 [5; 7]****</b>	<b>5,5 [5; 6]****</b>
Контрольная группа (n=12)	До	10,5 [10; 12]	8,5 [8; 12]
	После	8,5 [8; 10]	8,5 [7; 11]

Примечание. Данные представлены с помощью медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей [LQ; UQ]. \*Анализ динамики в группах до и после лечения проведён с помощью критерия Вилкоксона ( $p < 0,05$ ). \*\*Межгрупповой анализ проведён с помощью теста Манна-Уитни ( $p < 0,05$ ).

Как видно из таблицы 2, исходно в группах пациентов отмечался преимущественно высокий или средний уровень тревоги и депрессии, который определил оптимальные методы психотерапевтического воздействия. После лечения повторное исследование не выявило статистически значимых изменений в контрольной группе. Проведение индивидуальных бесед в основной группе, основанных на техниках когнитивно-поведенческой терапии и релаксационных тренингов в виртуальной реальности и направленных на коррекцию тревоги и депрессии, привели к снижению или полной коррекции симптоматики у пациентов с ГЭРБ ( $p < 0,05$ ).

Результаты тестирования по опроснику качества жизни пациентов с ГЭРБ представлены в таблице 3.

Таблица 3

Опросник качества жизни, баллы

Опросник качества жизни		Основная группа (n=12)		Контрольная группа (n=12)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Профиль здоровья	Подвижность	3 [3; 3]	3 [3; 3]	3 [3; 3]	3 [3; 3]
	Уход за собой	3 [3; 3]	3 [3; 3]	3 [3; 3]	3 [3; 3]
	Повседневная деятельность	3 [2; 3]	3 [2; 3]	3 [2; 3]	3 [2; 3]
	Боль / дискомфорт	2 [2; 2]	<b>3 [2; 3]*</b>	2 [2; 2]	2 [2; 2]
	Тревога / депрессия	2 [2; 3]	<b>3 [3; 3]*</b>	2 [2; 2]	2 [2; 2]
Визуально-аналоговая балльная шкала опросника качества жизни		58,14 [50; 70]	<b>65,21 [50; 85]***</b>	57,22 [50; 50]	<b>59,0 [50; 60]*</b>

Примечание. Данные представлены с помощью медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей [LQ; UQ]. \*Анализ динамики в группах до и после лечения проведён с помощью критерия Вилкоксона ( $p < 0,05$ ). \*\*Межгрупповой анализ проведён с помощью теста Манна-Уитни ( $p < 0,05$ ).

Как видно из таблицы 3, у большинства пациентов до лечения имелись отклонения по профилю здоровья – шкалы «Боль/дискомфорт» и «Тревога/депрессия», а также по визуально-аналоговой балльной шкале. В основной группе после лечения отмечено статистически значимое снижение выраженности этих симптомов. При сравнении основной и контрольной групп пациентов с ГЭРБ после проведенного лечения получены достоверные различия по показателю визуально-аналоговой балльной шкалы ( $p < 0,05$ ). При этом прирост качества жизни в среднем в основной группе составил на 18,2% больше, чем в группе контроля.



Таким образом, полученные в ходе исследования результаты, доказывают, что психотерапевтическое лечение оказывает положительное влияние на личностные особенности пациентов с ГЭРБ, способствует редукции клинической симптоматики и улучшает качество жизни пациентов.

Результаты проведенного нами исследования ещё раз подтвердили тот факт, что пациенты с ГЭРБ имеют индивидуально-личностные особенности, проявляющиеся преимущественно изменениями в эмоциональной сфере с преобладанием тревожных и депрессивных расстройств [6-9, 14, 16], коррекция которых позволяет уменьшить выраженность жалоб и способствует повышению качества жизни [8, 9, 16]. У ряда пациентов с ГЭРБ это позволяет расширить немедикаментозные возможности лечения, повысить комплаентность пациентов и более эффективно реализовать необходимые при заболевании мероприятия по изменению образа жизни [17, 18].

**Заключение** Психотерапевтическое лечение оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов с ГЭРБ, способствует редукции клинической симптоматики, улучшает качество жизни и расширяет возможности немедикаментозной терапии заболевания.

### Список литературы:

1. Chatila A.T., Nguyen M.T.T., Krill T., Roark R., Bilal M., Reep G. Natural history, pathophysiology and evaluation of gastroesophageal reflux disease. *Dis. Mon.* – 2020. – Т. 66, № 1. – 100848.
2. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut.* 2014. – Vol. 63, № 6. – P. 871-80.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2020. – Т. 30, № 4. – С. 70–97.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. *Пищевод Баррета.* М.: Шико; 2011. – 608 с.
5. Трухманов А.С., Ивашкина Н.Ю. Клиническое значение нарушений двигательной функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. *Терапевтический архив.* – 2019. – Т. 91, № 8. – С. 127–34.
6. Гришечкина И.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – психосоматические аспекты. *Фармация и фармакология.* – 2015. – S1. – С. 41-42.
7. Остапенко В.А., Викторова И.А., Гришечкина И.А. Психовегетативные аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Омский научный вестник.* – 2012. – Т. 108, № 1. – С. 110-114.
8. Юрнев Г.Л., Сирота Н.А., Дичева Д.Т., Биткова Е.Н., Маев И.В. Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Терапевтический архив.* – 2014. – № 8. – С. 42-49.
9. Bordin D.S., Masharova A.A., Sil'vestrova S.Iu., Firsova L.D., Safonova O.V., Petrakov A.V. et al. [Pharmacokinetics of the proton pump inhibitors and psychological status in patients as factors that influence the efficiency of treatment of GERD with pantoprazole]. *Eksp. Klin. Gastroenterol.* – 2010. – № 9. – P. 90-6.
10. S2-Leitlinie Gastroesophageale Refluxkrankheit und eosinophile Oesophagitis der Deutschen Gesellschaft fuer Gastroenterologie Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) *Z. Gastroenterol.* – 2023. – Vol. 61, № 7. – P. 862-933. [in German.]
11. Ribolsi M., Marchetti L., Blasi V., Cicala M. Anxiety correlates with excessive air swallowing and PPI refractoriness in patients with concomitant symptoms of GERD and functional dyspepsia. *Neurogastroenterology & Motility.* –2023. – Vol. 35. – e14550.



12. McDonald-Haile J., Bradley L.A., Bailey M.A., Schan C.A., Richter J.E. Relaxation training reduces symptom reports and acid exposure in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. – 1994. – Vol. 107, № 1. – P. 61-9.
13. Bhardwaj R., Knotts R., Khan A. Functional Chest Pain and Esophageal Hypersensitivity: A Clinical Approach. *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2021. – Vol. 50, № 4. – P. 843-857
14. Погромов А. П., Дюкова Г.М., Рыкова С.М., Вейн А.М. Психовегетативные аспекты у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и функциональными расстройствами пищевода *Клиническая медицина*. – 2005. – № 12. – С. 51-44.
15. Sun X., Shang W., Wang Z., Liu X., Fang X., Ke M. Short-term and long-term effect of diaphragm biofeedback training in gastroesophageal reflux disease: an open-label, pilot, randomized trial. *Dis. Esophagus*. 2016. – Vol. 29, № 7. – P. 829-836.
16. Маев И.В., Юренев Г.Л., Биткова Е.Н., Дичева Д.Т., Трутаева Л.Н., Андреев Д.Н. Коррекция психоэмоционального статуса и влияние данного метода на течение заболевания и сочетание бронхиальной астмы с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Медицинский совет*. – 2014. – № 4. – С. 110-112.
17. Трухан Д.И., Гришечкина И.А. Актуальные аспекты антисекреторной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Медицинский совет*. – 2017. – № 15. – С. 28-35.
18. Гришечкина И.А., Викторова И.А., Трухан Д.И., Кондратьева Н.А. Актуальные аспекты диагностики внутрипечёночной холангиокарциномы. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 11-1. – С. 61-65.

