

## РЕФЛЮКСНЫЙ СИНДРОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ С МАЛЫМИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*И. А. Зябрева, Г. С. Джулай*

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России*

**Цель исследования:** изучить особенности рефлюксного синдрома, эмоционально-личностной сферы, качества жизни и нарушений сна у больных с малыми грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

**Материалы и методы:** обследовано 120 пациентов (41 мужчина и 79 женщин; средний возраст  $49,1 \pm 13,4$  года) с ГПОД 1-2 степени, ассоциированными в 35 случаях с гастроэзофагеальным (ГЭР) и в 85 случаях – с дуоденогастроэзофагеальным (ДГЭР) рефлюксами. Неэрозивный рефлюкс-эзофагит (РЭ) (I степени) был выявлен у 62 (51,7 %) пациентов, эрозивный РЭ (II-III степени) – у 58 (48,3 %). Особенности типов личности (тест СМОЛ), качество жизни (КЖ) (тест КЖ КНЦ РАМН) и изменения сна (оценочная шкала Ю. А. Александровского) были изучены у 70 больных (ГЭР – 21, ДГЭР – 49), тип личностного реагирования (опросника ЛОБИ) устанавливался у 59 обследованных (ГЭР – 21, ДГЭР – 38). Частота встречаемости РЭ I и II-III степеней была сопоставима во всех случаях.

**Результаты:** у больных с малыми ГПОД кислый рефлюкс преимущественно провоцировал многократные дневные изжоги (25,9 %), сочетающиеся с ночными эпизодами (33,5 %), которые чаще возникали под действием провоцирующих пищевых и постуральных факторов (44,4 %) или отмечалась постоянно в течение года (51,9 %) и купировались в течение часа (70,4 %) под действием одного из антацидных лекарственных препаратов (74,1 %). При ДГЭР редкие (не-ежедневные) эпизоды изжоги и многократные в течение дня встречались в равной степени часто (31,5 % и 30,1 % случаев соответственно). Они возникали преимущественно под действием пищевых провокаций и постуральных факторов (53,4 %) и купировались постепенно в срок до одного часа (45,2 %) под действием одного из антацидов (46,6 %) или при исключении провоцирующего фактора (31,5 %).

На фоне ГЭР у больных преобладали ипохондрические ( $54,57 \pm 10,27$  Т-баллов), депрессивные ( $51,1 \pm 11,79$  Т-баллов) и истерические ( $50,76 \pm 12,17$  Т-баллов) типы личности. При ДГЭР высокие показатели по шкалам невротической триады ( $59,31 \pm 17,38$ ,  $63,71 \pm 20,99$  и  $59,59 \pm 19,23$  Т-баллов

соответственно) сочетались с пиками по шкалам психопатии ( $60,63 \pm 19,52$  Т-баллов) и психастении ( $60,55 \pm 21,91$  Т-баллов). Типология отношения к собственному заболеванию у пациентов с ГЭР характеризовалась преобладанием адекватных типов реагирования – гармоничного ( $13,29 \pm 13,03$ ) и эргопатического ( $12,33 \pm 9,97$ ). В то время как в случаях с ДГЭР превалировали тревожный ( $21,61 \pm 20,62$ ), ипохондрический ( $23,97 \pm 13,51$ ) и неврастенический ( $19,97 \pm 13,63$ ) типы личностного реагирования на болезнь.

У больных с малыми ГПОД выявлялись преимущественно легкие и умеренные пресомнические (ГЭР – 57,1 %, ДГЭР – 12,2 %) и интрасомнические (ГЭР – 52,4 %, ДГЭР – 16,3 % соответственно) расстройства сна. Течение ГПОД во всех случаях сопровождалось снижением индексов КЖ (ГЭР: ИВШ  $7,71 \pm 2,63$  балла, ИКЖ  $-7,38 \pm 4,26$  баллов; ДГЭР: ИВШ  $6,37 \pm 2,8$  баллов, ИКЖ  $-7,65 \pm 4,16$  баллов).

**Заключение:** течение малых ГПОД сопровождается изменениями психоэмоционального статуса больных, высокой частотой диссомнии и снижением качества жизни, характер и выраженность которых определяется типом рефлюкса в пищевод.