

## **ОСОБЛИВІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ТА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКУ**

Анотація. О.Б. Мальцева, М.М. Дуб, В.В. Качанова, М.В. Гомонай, А.В. Вайда, М.І. Кручаниця, Ю.В. Іванська – Дудкевич, М.Ю. Щерба. Особливість психологічного супроводу хворих на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку. Вивчено ефективність використання методів психокорекції в комплексі ФР хворих ХГГ та ВХШ, доведено позитивний вплив елементів аутогенного тренування в перебігу хвороби.

Ключові слова: хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку, психоемоційні порушення, методи корекції.

Abstract. O. B. Maltseva, M. M. Dub, V. V. Kachanova, M.V.Gomoniy, A.V. Vaida, M.I. Kruchanica, U.V. Ivantska –Dudkevich, M. U Tcherba. Peculiarities of psychological support of patients with chronic gastritis and ulcerous stomach disease. The article presents the chronic gastritis and ulcerous illness of stomach patients that is accompanied by psychical and by emotional violations. Correction of patients with special autogenous training, psychological receptions of therapy have improving the effect of the clinical and functional state and the quality of life of patients.

Keywords: chronic gastritis, ulcerous illness of stomach, psychological receptions of therapy.

**Постановка проблеми та її актуальність.** Обґрунтовано принципи та методи психокорекції для хворих на хронічний гіперацидний гастрит (ХГГ) та виразкову хворобу шлунку (ВХШ), оскільки психоемоційні порушення (ПЕП), що супроводжують основне захворювання, погіршують перебіг хвороби та знижують якість життя (ЯЖ) пацієнтів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** За даними провідних науковців, за останні 10 - 15 років спостерігається збільшення кількості та «омолодження» хвороб верхніх відділів травного тракту. Статистичні звіти підтверджують, що 7 - 11% відсотків дорослого працездатного населення хворіють на хронічний гіперацидний гастрит та виразкову хворобу шлунку. Збільшення показників

захворюваності та поширюваності цією патологією, щорічні рецидиви захворювання – все це в значній мірі призводить до негативних соціальних та економічних наслідків. [1, 2].

Характерним проявом ХПГ та ВХШ є хронічний перебіг хвороби, що є потужним психотравмуючим фактором з наступним формуванням психоемоційних порушень (ПЕП) та «замкненого кола» в перебігу хвороби. Постійна психоемоційна перевтома та нервування тримають хворого в напруженні та роздратуванні, і це ставить будь – які методи оздоровлення та фізичної реабілітації (ФР) хвороби в ряд дуже важливих сучасних медичних проблем. [3, 4, 5]

В окремих періодичних виданнях, монографіях, посібниках тощо зафіксовані сучасні підходи до лікування та реабілітації ХГГ та ВШХ, однак проблема оздоровлення таких хворих до кінця не вирішена. Серед основних напрямків стратегії з охорони психічного здоров'я населення передбачено необхідність наближення психіатричної допомоги до місця проживання пацієнтів з метою забезпечення більш високої ЯЖ, підвищення якості реабілітації зокрема та надання медико-соціальної допомоги загалом. Ефективність ФР залежить від особистісної реакції пацієнта на хворобу: поведінки при погіршенні самопочуття, дотриманні режиму при виконанні рекомендацій персоналу, індивідуальної здатності контролювати емоції. Багатофакторний підхід до ФР покращує якість життя хворих, сприяє подовженню періоду ремісії. [6]

Підтверджено ефективність наукових розробок щодо лікування хронічних захворювань внутрішніх органів у випадках легких та помірно виражених депресивних розладів, в т.ч. психоемоційних порушеннях (ПЕП), що мають здійснюватися на всіх етапах оздоровлення, у вигляді проведення програми самопомоги. Елементи психокорекції патогенетичного спрямування у комплексі ФР для хворих із шлунково – кишковими захворюваннями вже з перших днів сприяють зменшенню загальної напруженості та коливань настрою, ліквідації ознак психологічного негативізму (страхи, тривожність); проявляється відновлювальна та загальнозміцнююча дія, що сприяє нормалізації секреторної та моторної функцій шлунку. Тому нові методи лікування та фізичної реабілітації

(ФР) заслуговують на увагу і потребують детального вивчення можливостей їхнього застосування. [7, 8]

**Мета статті.** Підвищити ефективність ФР хворих на ХГГ та ВХШ з проявами ПЕП шляхом використання окремих прийомів психокорекції.

**Викладення основного матеріалу.** Завданнями дослідження було: проаналізувати матеріали літературних джерел відносно сучасних розробок щодо методів ФР для хворих на ХГГ та ВХШ з проявами ПЕП; розробити комплекс ФР, що буде включати не тільки сумісне та послідовне застосування класичної дієтотерапії та фітотерапії, але одночасно використовувати і елементи психокорекції (психотерапевтині бесіди для закріплення досягнутих результатів, формування впевненості у хворого виконувати надані рекомендації, в тому числі по режиму праці та побуту, харчування, відмови від вживання алкоголю та тютюнопаління); вивчити ефективність застосування нового комплексу ФР для хворих на ХГГ та ВХШ з проявами ПЕП.

Під наглядом знаходились 43 хворих, з них 29 хворих на ХГГ та 14 хворих з ВХШ, що проходили оздоровлення в Ужгородській міській поліклініці. Хворі знаходились у фазі неповної ремісії захворювання. Результати ФР оцінювались по динаміці змін основних клінічних симптомів, включаючи ознаки ПЕП, показників лабораторних досліджень та функціональних показників. Використовувалися також опитувальники: нервово - психічна адаптація (Гурвич І. Н., 1992, експрес - оцінка психічного стану в ході масових психопрофілактичних та індивідуальних обстежень, психологічне дослідження – по шкалі Гамільтона – (HAMD), шкалі «тривоги» Спілбергера (Spielberger C. D., 1970) в обробці Ю.Л. Ханіна- State Trait Anxiety Inventory (STAI, 1999), [9, 10]

Пацієнтам ВХШ було передано рецепти з переліком лікарських трав, методикою приготування та прийому фітопрепарату: збільшення кратності прийомів настою при зменшенні кількості вживаної рідини (подовжується контакт з ушкодженою слизовою, посилюється дія загалом).

З метою зменшення проявів ПЕР використовувалися затверджені методики, рекомендовані відомими психологами – практиками. З хворими були проведені заняття: займаючись аутогенною гімнастикою, необхідно досягнути внутрішньої

концентрації, зосередженості на почуттях, образах, представленнях і відчуттях без вольового зусилля, віддатися потоку уявлень, не аналізуючи і не направляючи їх, розчинитися у своїх відчуттях і викликаних ними образах, досягти стану самозабуття, тобто загальмувати діяльність вищих відділів мозку. Були проведені індивідуальні та малогрупові заняття з елементами психоемоційної корекції, з використанням позитивної формули самонавіювання, запропонованої ще в 1903 році французьким аптекарем Е. Куйе: "З кожним днем в усіх відношеннях мені стає все краще і краще". Уникати гніву, звички шкодувати самого себе, злоби, поганих думок, заздрості, засудження, недобррозичливості, а також невпевненості, суєти, поспішності, неврівноваженості. Тобто, аутотренінг або психофізична гімнастика дозволяла хворим управляти функціонуванням м'язів і внутрішніх органів.

При порушеннях сну пацієнти виконували комплекс вправ на розслаблення. За дві години до сну не їсти (щільно), не вести розмови, що збуджують. Для досягнення результату - ефект заспокоєння, хворим пояснювали, що не потрібно намагатись заснути насильно. Потрібно відключитись від сторонніх думок, відсунути думки та відчуття, що збуджують. Відключитись від вирішення питань, які можна буде вирішити ранком. Для цього необхідно прийняти позу та міміку людини, що глибоко спить, налаштувати ритм дихання сплячої людини. Всі думки та образи, що турбують, замінити уявним зображенням приємних картин, пейзажів. Цей комплекс міроприємств прискорює процес засинання та збільшує глибину сну: - думки сповільнюються; думки гальмуються; думати не хочеться; дрімота огортає мене; повіки важкі; все тіло розслаблене; нижня щелепа в'яло відвисла; дихання сонне, рідке; я розчиняюсь в дрімоті; я занурююсь у відпочинок, тощо. При хорошій реалізації приведених прийомів для прискорення засинання настає глибока розумова та м'язова релаксація (розслаблення та загальний спокій), людина засинає.

З метою відновлення здоров'я, зниження роздратованості та негативізму були проведені також заняття для управління емоціями. Саморегулювання емоціями потребує концентрації на них уваги, тобто зосередженості на емоціях (відчуттях), що дозволяє отримати інформацію про їхній зміст та інтенсивність.

Вплив емоцій на психічну діяльність та фізіологічні функції організму величезний, тому що сила емоцій відразу приводить в дію реакції внутрішніх органів та систем. І якщо емоція від'ємна, реакції організму можуть супроводжуватись руйнівними зсувами, змінами, поломками, втратами життєвої енергії. Від'ємні емоції дезорганізують психічну діяльність, можуть викликати загострення хронічного захворювання.

Хворим були дані пояснення, що в стані негативного емоційного збудження та гніву людина настільки втрачає над собою контроль, що починає роботи дії, про які потім пошкодує. Створюється порочне коло, перебіг хвороби ускладнюється. Тому самоспостереження за емоціями, їх контроль, оволодіння ними та управління – невід'ємна частина збереження здоров'я, профілактики хвороб, попередження загострень хронічної патології, що вже є. Вплив на емоції повинен проходити шляхом самопереконавання, шляхом заставити себе виявити та знищити в собі від'ємну емоцію – це правило емоційного режиму життя. Кілька формул само переконавання: зараз же заспокойся; не думай про це; перестань думати про це; все буде добре; це не варте мого хвилювання; я зосереджений на своєму диханні – воно спокійне; я дихаю рівно та плавно; я заспокоююсь; зараз все в порядку; я спокійний, я зібраний, я врівноважений. (Лозинський В.С., 1993).

До початку використання комплексу ФР хворі ХГГ скаржились на неприємні відчуття (болючість) в епігастральній зоні після (або під час) прийому їжі, що періодично виникали (посилювалися), 22 (76%) хворих, всі хворі (100%) відмічали відчуття важкості, тиску, повноти, розпирання в епігастральній зоні, таблиця 1.

Таблица 1

Динаміка окремих симптомів ХГГ у хворих під впливом комплексу ФР

Показники	До ФР		Після ФР			
	n = 29		Зникли		Зменш.	
	абс	%	абс	%	абс	%
1. Неприємні відчуття (болючість) періодична, в епігастральній зоні: - помірна, ниюча, монотонного характеру;	22	76	22	100	-	-

- виникає (посилюється) після прийому їжі.						
2. Відчуття важкості, тиску, повноти, розпирання в епігастральній зоні	29	100	26	90	3	10
3. Підвищена слинотеча, кислий присмак в ротовій порожнині	15	52	15	100	-	-
4. Дисфагія, нудота, блювота	20	69	20	100		
5. Урчання по ходу кишківника, здуття, порушення стільця	20	69	18	90	2	10
6. Пальпаторно: чутливість в епігастрії	29	100	26	90	3	10

Підвищена слинотеча, зригування кислим, були менш вираженими та турбували 15 (52 %) хворих, а дисфагія та нудота, урчання по ходу кишківника, здуття, порушення стільця - 20 (69 %) хворих. При об'єктивному обстеженні пальпаторно відчувалась чутливість в епігастральній зоні – 29 (100 %) хворих.

У більшості хворих загальна задоволеність своїм життям, якістю життя була на низькому рівні і проявлялась симптомами порушень, характерних при ПЕП: “вживання” хворого в хворобу, погіршення сну, загальна роздратованість, зміни настрою, швидка втомлюваність, знижена працездатність, млявість, пригнічений настрій, таблиця 2.

Таблиця 2.

#### Динаміка показників ПЕП у хворих ХГГ під впливом комплексу ФР

Показники	До ФР, n = 29		Після ФР			
			Зміна ознаки в напрямку нормалізації		Без змін	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
С-м “вживання” в хворобу	25	86	21	84	4	16
Загальна роздратованість	17	58	16	93	1	7
Пригнічений настрій	20	69	20	100	-	-

Швидка втомлюваність, знижена працездатність, загальна слабкість	18	62	16	88	2	12
Зниження фізичної та соціальної активності	15	52	13	86	2	14
Ознаки інсомнії: важкість засинання, зранку – відчуття розбитості, відсутність відчуття бадьорості та відпочинку	25	86	21	84	4	16
Негативні зміни настрою при спілкуванні на роботі та в побуті	18	62	18	100	-	-

Всі пацієнти мали пригнічений настрій і після детального опитування визнали підвищену роздратованість та негативні зміни настрою при спілкуванні на роботі та в побуті, пов'язані із станом здоров'я та самопочуттям 18 (62%) хворих. Зниження працездатності та швидка втомлюваність супроводжувались страхами щось з'їсти та спровокувати приступ болю, у 25 (86%) хворих були зафіксовані ознаки інсомнії.

Тестування хворих на наявність ознак депресії та тривожності також виявили порушення, таблиця 3.

Таблиця 3.

Динаміка ознак депресії та тривожності у хворих ХГГ під впливом комплексу ФР

Показники	Контрольна група (M±m)	Хворі	
		До ФР (M±m)	Після ФР (M±m)
Показники ознак депресії та тривожності (шкала Гамільтона – (HAMD)	5,9 ± 1,5	9,3 ± 1,0	6,9 ± 0,8 P < 0,01
Рівень тривожності (шкала STAI «тривоги» Спілбергера – Ханіна -)	12,9 ± 1,4	15,4 ± 1,7	13,4 ± 1,1 P < 0,1

На протязі курсу ФР уже в кінці першого тижня реабілітації спостерігалась позитивна динаміка перебігу хвороби. Дієтотерапія, режим прийому відвару лікарських трав (приблизно кожні 30-40 хв. протягом дня), та використання прийомів для зменшення загальної емоційної напруги (з елементами аутогенного тренування) сприяли зменшенню проявів ПЕП, покращенню загального стану пацієнтів. Зникли більшість ознак порушень в роботі шлунку, відділів кишківника (блювота, урчання, порушення стільця).

В кінці курсу реабілітації, одночасно з покращенням сну, загальної фізичної витривалості, енергійності, зменшенням загальної роздратованості – спостерігалось і зникнення основних проявів ХГГ. Болючість та відчуття важкості в епігастральній області, нудота, слинотеча, неприємний присмак в ротовій порожнині, зригування кислим – зникли у всіх 29 (100 %) хворих. У частини хворих в кінці реабілітації залишились скарги на розлад в роботі товстого кишківника, але їхня інтенсивність, частота проявів та періоди проявів значно зменшились, тому загальні показники ЯЖ навіть у цих хворих – покращились. З покращенням та значним покращенням курс лікування закінчили 26 (90 %) хворих ХГГ.

Неоднозначні результати було одержано в групі хворих ВХШ. При поступленні 13 (93 %) хворих продовжували скаржитись на незначну періодичну болючість ниючого характеру в епігастральній області, нудоту та відрижку кислим, таблиця 4.

Таблиця 4.

Динаміка основних клінічних проявів у хворих ВХШ  
під впливом комплексу ФР

Показники	До ФР		Після ФР			
	n = 14		Зникли		Зменш.	
	абс	%	абс	%	абс	%
Помірна болючість (періодична) тупого характеру в епігастральній області під час їжі або на протязі перших 30 хв. після їжі	13	93	11	85	2	15
Нудота (періодична)	13	93	13	100	-	-



Блювота (періодична)	6	43	6	100	-	-
Відрижка кислим (періодично)	13	93	12	92	1	8
Закреп (періодично)	7	50	7	100	-	
Об'єктивно - чутливість в епігастральній області при пальпації	13	93	11	85	2	15

На періодичні блювоти скаржились 6 (43%) хворих, закрепи спостерігались у половини пацієнтів – 7 (50 %) хворих. При об'єктивному обстеженні у 13 (93 %) хворих при пальпації черева було відмічено болючість в епігастральній області.

Ознаки ПЕП спостерігались також і в цій групі хворих, однак були більш вираженими, враховуючи важкість захворювання, Так, симптом “вживання” в хворобу, пригнічений настрій та ознаки інсомнії були відмічені у всіх хворих, а в 64% (9 пацієнтів) випадках хворих турбували загальна роздратованість, негативні зміни настрою при спілкуванні на роботі та в побуті, таблиця 5.

Таблиця 5

Динаміка показників ПЕП та ЯЖ у хворих ВХШ  
під впливом комплексу ФР

Показники	До ФР, n = 14		Після ФР			
			Зміна ознаки в напрямку нормалізації		Без змін	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
С-м “вживання” в хворобу	14	100	10	71	4	29
Загальна роздратованість	9	64	8	88	1	12
Пригнічений настрій	14	100	14	100	-	-
Швидка втомлюваність. знижена працездатність, загальна слабкість	12	86	10	83	2	17
Зниження фізичної та соціальної активності	7	50	5	71	2	29

Ознаки інсомнії: важкість засинання, зранку – відчуття розбитості, відсутність відчуття бадьорості та відпочинку	14	100	11	79	3	21
Негативні зміни настрою при спілкуванні на роботі та в побуті	9	64	9	100	-	-

Ознаки депресії та тривожності у хворих ВХШ підтвердили наявність порушень як ускладнення перебігу основного захворювання, таблиця 6.

Таблиця 6

Динаміка ознак депресії та тривожності у хворих ВХШ  
під впливом комплексу ФР

Показники	Контрольна група (M±m)	Хворі	
		До ФР (M±m)	Після ФР (M±m)
Показники ознак депресії та тривожності (шкала Гамільтона – (HAMD))	5,9 ± 1,5	12,1 ± 1,3	8,9 ± 1,1 P < 0,01
Рівень тривожності (шкала «тривоги» Спілбергера – Ханіна - (STAI))	12,9 ± 1,4	19,7 ± 1,9	13,7 ± 1,3 P < 0,01

Обстеження в кінці періоду ФР показало, що у 11 (85%) хворих ВХШ зникли болі з локалізацією в епігастральній області, пов'язані з прийомом їжі та неприємні відчуття в тій же зоні – при пальпації. Нудота, блювота та закрепи зникли повністю Відрижка кислим перестала турбувати 12 (92 %). Динаміка проявів ПЕП у хворих на ВХШ була, як і в групі хворих ХГГ, позитивною, але менш вираженою. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 11 (85 %) хворих.

**Висновки.** Ерозивно - виразкові ураження шлунку, що мають клінічний перебіг у вигляді проявів ХГГ та ВХШ, супроводжуються ознаками ПЕП і

потребують корекції. В запропонований комплекс ФР були включені методики корекції ПЕП, що дало можливість хворим відрегулювати режим життєдіяльності, побутової та суспільної поведінки, навчитись володіти емоціями. Прийоми саморегулювання, самодисципліни, дотримання основних принципів здорового способу життя (збалансоване та раціональне харчування, фітотерапія, фізична активність, запобігання стресам та хронічним нервовим перенавантаженням), вправи на розслаблення, дихальні вправи з елементами аутогенного тренування дозволили посилити впевненість хворих в можливостях свого організму в напрямку на виліковування. Більш виражена позитивна динаміка в групі хворих ХГГ підтвердила, що заходи щодо нормалізації психоемоційного стану повинні починатись вже при перших проявах хвороби.

**Перспективи подальших досліджень.** Проведені дослідження є етапом комплексних наукових досліджень і мають бути продовжені для своєчасного виявлення груп ризику, попередження формування захворювань шлунку.

#### **Список використаної літератури.**

1. Губергриц Н.Б. Хронический гастрит: насколько это просто? //Сучасна гастроентерологія. - 2010. - № 3 (53). - С. 58-69.
2. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована /А.В.Бородач //Хирургия. – 2013. - № 10. - С.38 – 42.
3. Спасибухов А.А. Созависимость нарушений психической сферы и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки /А.А.Спасибухов // Международный медицинский журнал. - 2013. - № 3. - С. 10 – 12.
4. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи /Б.В.Михайлов //Український вісник психоневрології. – 2010. - № 3 (64). - С. 137 – 138.
5. Марута Н.А. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И. Депрессии в общеймедицинской практике (справочное пособие для врачей медико-санитарной сети). - К.: 2009. - С. 15-30.
- 6.Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов // Терапевтический журнал. - 2013. - № 10. - С. 105-110.

7. Кравцова Т.Ю., Голованова ЕС, Рыболовлев Е.В.. Изменение психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью //Клиническая медицина.- 2000.- Т. 78.- № 12.- С. 34-36.

8. Мороз Г.З. Депресивні та тривожні розлади в терапевтичній практиці: поширеність, діагностика та лікування // Therapia. - 2011. - № 3 (56).-С. 19-24.

9. Дьяконов И. Ф., Овчинников.Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. – СПб: СпецЛит 2008. – С. 143.

10. Зайцев В.П., Айвазян ТА. Клиническая шкала оценки психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями //Вопросы курортологии и физиотерапии, ЛФК. – 2010. – № 2. – С. 44—47.