



¹ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логинова

² Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова

³ Тверской областной
клинический
онкологический
диспансер

Психологический портрет больного с ахалазией

Э.Р. Валитова, к.м.н.¹, В.В. Огарев, к.п.н.^{1,2}, Н.А. Сирота, д.м.н., проф.²,
О.И. Березина, к.м.н.¹, Д.С. Бордин, д.м.н., проф.¹⁻³, А.А. Петров²,
Н.А. Бодунова, к.м.н.¹

Адрес для переписки: Элен Робертовна Валитова, e.valitova@mknc.ru

Для цитирования: Валитова Э.Р., Огарев В.В., Сирота Н.А. и др. Психологический портрет больного с ахалазией. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (42): 22–27.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-42-22-27

Ахалазия кардиальной части пищевода – это хроническое заболевание нервно-мышечного аппарата пищевода, проявляющееся различной степенью нарушения расслабления кардиальной части пищевода и отсутствием перистальтического сокращения в нем с имеющимся риском развития онкологического заболевания. По причине непонимания симптомов своего заболевания у пациентов не формируется адекватная модель болезни. Исследование психологических особенностей пациентов с ахалазией в зависимости от пола, возраста и типа заболевания позволит сформировать психологические вмешательства, которые будут нацелены на коррекцию негативного восприятия болезни.

Ключевые слова: восприятие болезни, ахалазия кардиальной части пищевода, качество жизни, копинг-поведение, беспокойство о прогрессировании заболевания, мотивация на лечение

Ахалазия кардиальной части пищевода (АК) – это хроническое заболевание пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищи по пищеводу, снижением веса и развитием осложнений. Дисфагия обусловлена отсутствием перистальтики тела пищевода и плохим раскрытием нижнего пищеводного сфинктера в ответ на глоток. Заболевание постепенно прогрессирует и приводит к тотальному расширению пищевода, возникновению аспирационного синдрома и белково-энергетической недостаточности. Согласно данным разных авторов, АК может быть отнесена к предраковым заболеваниям, поскольку известно, что рак развивается у 3–8% больных с АК и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания [1]. При этом страдает не только физическое здоровье, но и психологические аспекты качества жизни пациента. При изучении психологического статуса больных с ахалазией был отмечен высокий уровень тревожности и депрессии в различной степени [2].

Значительный сдвиг в понимании патологических процессов и успехе хирургического лечения произошел после внедрения в клиническую практику метода диагностики – манометрии высокого разрешения – и способа хирургического лечения – пероральной эндоскопической миотомии [1]. Успех хирургического

лечения зависит от различных факторов, в том числе от длительности анамнеза и ранее проведенных манипуляций в анамнезе пациента. Как правило, между дебютом заболевания и датой оперативного лечения проходит немало времени, за которое пациенты адаптируются к своим симптомам, при этом состояние пищевода постепенно ухудшается.

Данное заболевание является сложным с точки зрения психологического компонента мотивации на его лечение. Оно относится к ряду заболеваний, которые воспринимаются неадекватно, при которых симптоматика неверно интерпретируется, а пациенты с негативным восприятием своей болезни минуют врачей или пренебрегают должным лечением, что грозит вышеперечисленными осложнениями. У пациентов не формируется адекватная модель заболевания и, как правило, слабо представлено беспокойство о прогрессировании заболевания.

С точки зрения психологии болезни модель восприятия болезни в ситуации, угрожающей здоровью, определяет механизм связи убеждений о болезни с выбором проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного совладания и оценки их эффективности по принципу обратной связи [3–5]. Беспокойство о прогрессировании заболевания является субъективным переживанием, которое сопро-



вождает больных на всех этапах болезни и лечения. Выделенные клинико-психологические компоненты беспокойства о прогрессировании заболевания отражают кризисные переживания, тесно связанные с выбором способа их преодоления и влиянием на качество жизни пациентов с АК.

Цель исследования – изучение восприятия болезни, стратегий совладающего поведения и качества жизни у пациентов с ахалазией кардии; *объект исследования* – восприятие болезни, копинг-поведение и качество жизни у пациентов с ахалазией кардии; *предмет исследования* – когнитивная оценка заболевания ахалазии кардии как угрозы жизни и здоровью в зависимости от пола, возраста и типа заболевания пациентов с АК; *гипотеза исследования*: восприятие болезни пациентами с ахалазией не является организованным паттерном представлений пациента о заболевании, имеющем онкологические риски, которые детерминируют поведение, направленное на саморегуляцию болезни. Эти представления связаны с персональным эмоциональным ответом на болезнь и совладающим с болезнью поведением, включающим и качество жизни.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 67 пациентов с подтвержденным диагнозом ахалазии кардии: 44 (45,8%) мужчины и 52 (54,2%) женщины, проходивших диагностику и лечение в Московском клиническом научно-практическом центре им. А.С. Логинова. Средний возраст всех пациентов составил $52,36 \pm 15,33$ года, средний возраст мужчин – $48,2 \pm 15,41$ года, женщин – $55,88 \pm 14,49$ года.

Критериями включения в исследование были наличие подписанного информированного согласия, подтвержденный диагноз ахалазии кардиальной части пищевода. Исключались пациенты, не подписавшие информированное согласие, не ответившие на все вопросы психологического тестирования, при наличии у пациента болезни Паркинсона, при обнаружении признаков злокачественного новообразования, беременные, при неадекватном проведении манометрии и невозможности оценить тип ахалазии.

Эзофагоманометрию пищевода высокого разрешения проводили на оборудовании фирмы Labotie/MMS с помощью 22-канального водно-перфузионного зонда, результаты анализировали с помощью программы SOLAR GI (Голландия). Во время процедуры оценивали давление покоя нижнего пищеводного сфинктера, ответ нижнего пищеводного сфинктера на глоток (интегральное давление расслабления, ИДР), мощность (дистальный сократительный интервал, ДСИ) и оценку перистальтической волны, или интраболусное повышение давления в пищеводе.

Основными манометрическими характеристиками ахалазии являются: а) суммарное расслабление нижнего пищеводного выше 15 мм рт. ст.; б) отсутствие перистальтики в теле пищевода.

В Чикагской классификации 1–4-го пересмотра выделяют три типа ахалазии пищевода [6]:

- тип I – все сокращения имеют низкий ДСИ (от 0 до 450, но чаще до 150 мм рт. ст. \times см \times с). Мощность сокращения в теле пищевода низкая;
- тип II – более 20% сокращений имеют нормальный сократительный интеграл, занимающий всю площадь сокращения от верхнего пищеводного сфинктера до нижнего пищеводного сфинктера, – так называемая панэзофагеальная прессуризация. Дистальный сократительный интеграл выше 450 мм рт. ст. \times см \times с;
- тип III – более чем в 20% сокращений имеются участки повышения тонуса в теле пищевода. Они выглядят как преждевременные сокращения, но перистальтической волны в них нет. Дистальный сократительный интеграл выше 450 мм рт. ст. \times см \times с.

Статистический анализ проводили с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро – Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова – Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывали с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95%-го доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Категориальные данные описывали с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполняли с помощью t-критерия Стьюдента, при неравных дисперсиях – с помощью t-критерия Уэлча. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполняли с помощью U-критерия Манна – Уитни. Сравнение трех групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполняли с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Основным методом являлся экспериментально-психологический, который включал проведение методик: опросник качества жизни SF-36 [7], краткий опросник восприятия болезни Э. Бродбента [8], методика диагностики беспокойства о прогрессировании заболевания [9], опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [10], сокращенный многофакторный опросник исследования личности в адаптации В.П. Зайцева [11].

Результаты и их обсуждение

У пациентов с АК выявлены низкие показатели по эмоциональному (15,06 из 40 баллов) и когнитивному (12,34 из 48 баллов) компоненту и средний уровень выраженности для поведенческого (12,19 из 24 баллов) компонента беспокойства о прогрессировании заболевания, что свидетельствует об отсутствии негативных мыслей и переживаний по отношению к заболеванию и адекватном реагировании в поведении, направленном на преодоление болезни.

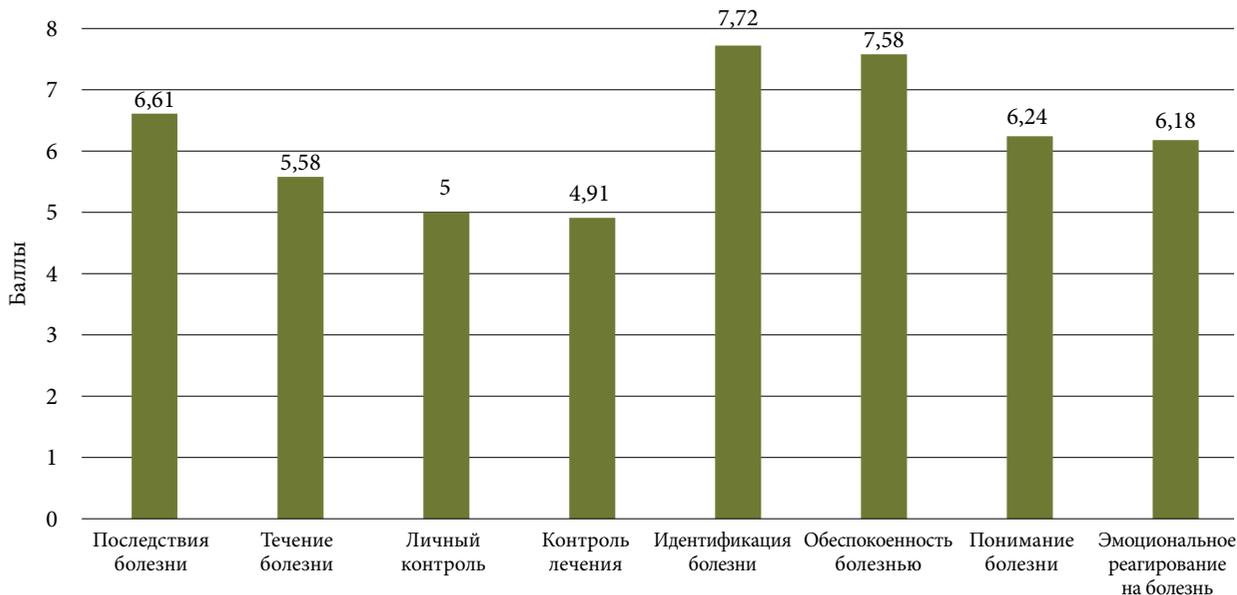


Рис. 1. Анализ показателей восприятия болезни у пациентов с ахалазией

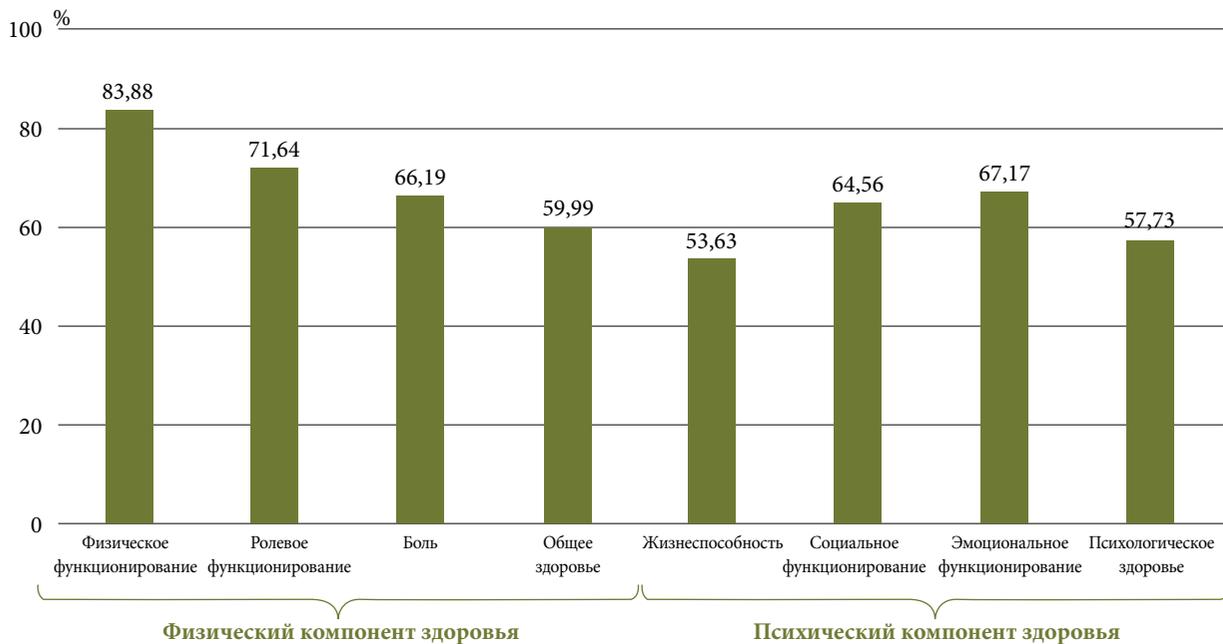


Рис. 2. Анализ показателей качества жизни у пациентов с ахалазией

При анализе результатов восприятия болезни (рис. 1) пациенты с АК оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное (6,61 балла), не в полной мере осознают длительность его течения (5,58 балла). Несмотря на высокую идентификацию симптомов (6,24 балла), они не могут полностью контролировать ход заболевания (5,0 баллов) и проводимое лечение (4,91 балла), что, в свою очередь, приводит к повышенной обеспокоенности болезнью (7,58 балла) и умеренному эмоциональному реагированию на болезнь (6,18 балла). При анализе результатов качества жизни пациентов с АК (рис. 2) выявлены высокий показатель «физическое функционирование» (83,88%), повышенные

показатели «ролевое функционирование» (71,64%), «эмоциональное функционирование» (67,17%), «боль» (66,19%) и «социальное функционирование» (64,56%), средние показатели «общее здоровье» (59,99%), «психологическое здоровье» (57,53%), «жизнеспособность» (53,63%). В целом выявленные результаты являются нормативными для группы пациентов с АК с тенденцией к снижению жизненной активности, развития и наличия депрессивных, тревожных переживаний и снижения веры в перспективу лечения. Анализ результатов применения методики стратегий совладающего поведения показал, что обследованные пациенты с АК используют широкий спектр способов

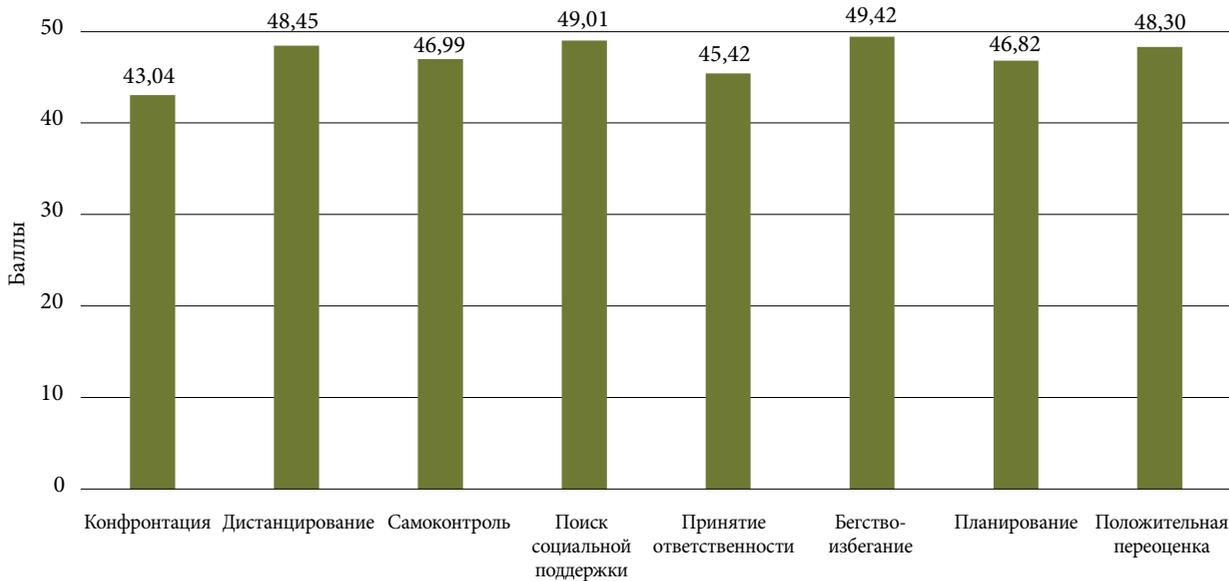


Рис. 3. Анализ результатов применения методики стратегий совладающего поведения

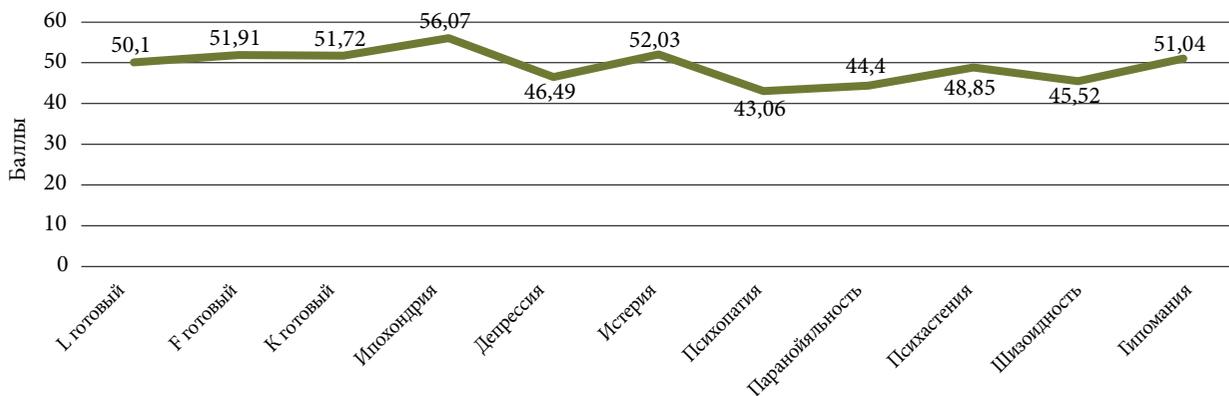


Рис. 4. Анализ личностных особенностей пациентов с ахалазией

совладания со стрессом. Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями у пациентов являлись «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки» (рис. 3). Доминирование стратегии «бегства-избегания» предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с симптомами заболевания с помощью реагирования по типу уклонения: неоправданных ожиданий, отрицания, фантазирования. Стратегия поиска социальной поддержки у больных может быть связана с опытом жизни с болезнью и осознанием необходимости обращения как за медицинской помощью, так и за эмоциональной и действенной поддержкой близких. Из-за чувства неуверенности в собственных силах вследствие болезни у пациентов могут формироваться ориентация на использование внешних ресурсов (помощь медицинского персонала), зависимость от окружающих, потребность в безусловной опеке и поддержке, отказ от принятия ответственности за преодоление жизненных трудностей. При исследовании личностных особенностей пациентов с АК (рис. 4) следует отметить демонстрацию нормативно одобряемых ответов, повышение баллов по

шкале «ипохондрия», что свидетельствует о мнительности и тревожности, склонности к ненавязчивому анализу состояния собственного организма. Возможно формирование стойких опасений в отношении своего здоровья.

При детальном изучении шкалы ипохондрии были выявлены достоверно значимые результаты, связанные с возрастом пациентов (табл. 1). Пациенты старшей группы (от 46 до 76 лет) уделяли больше внимания симптомам своего заболевания, были склонны к фиксации внимания на состоянии своего организма и своего здоровья, поглощены обилием тревожащих ощущений, нежели пациенты в возрасте от 20 до 45 лет. Они оценивали свое физическое состояние как ограничивающее выполнение физических нагрузок (табл. 2).

В результате анализа групп пациентов с АК в зависимости от пола выявлены достоверные различия показателя качества жизни «социальное функционирование (SF)» (табл. 3). Данные результаты свидетельствуют, что в группе женщин с АК из-за физического и эмоционального состояния ограничена социальная активность, снижен уровень общения.



Таблица 1. Анализ шкалы «ипохондрия» в группах пациентов с АК в зависимости от возраста

Возраст	Me	Q ₁ -Q ₃	n	p
20–45 лет	52	48–59	31	0,016*
46–76 лет	58	52–63	36	

* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

Таблица 2. Анализ показателя качества жизни «физическое функционирование (PF)» в группах пациентов с АК в зависимости от возраста

Возраст	Me	Q ₁ -Q ₃	n	p
20–45 лет	95	80–100	31	0,028*
46–76 лет	88	70–95	36	

* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

Таблица 3. Анализ показателя качества жизни «социальное функционирование (SF)» в группах пациентов с АК в зависимости от пола

Пол	Me	Q ₁ -Q ₃	n	p
Женщина	62	31–75	35	0,049*
Мужчина	75	59–88	32	

* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

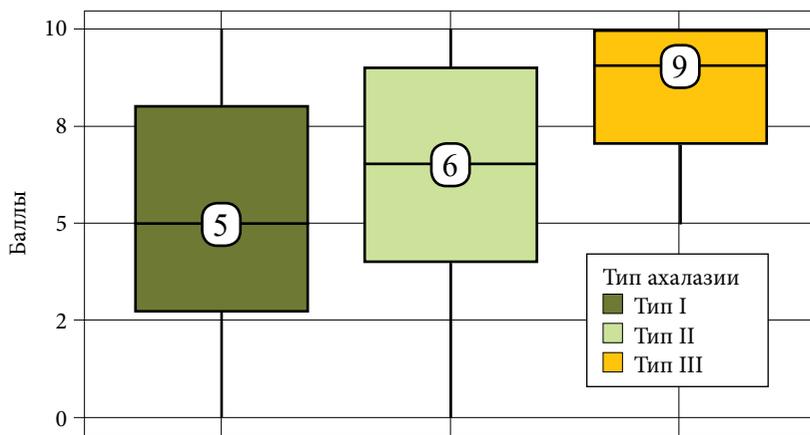


Рис. 5. Анализ показателя «понимание болезни» в зависимости от показателя «тип ахалазии»

Таблица 4. Анализ показателей качества жизни больных ахалазией в зависимости от типа болезни

Оцениваемый показатель	Обозначение	Тип I	Тип II	Тип III	p
Количество	n	20	34	13	
	Психический компонент здоровья (MH)	M ± SD 95% ДИ	52 ± 10 47–56	38 ± 11 34–42	42 ± 11 35–49
Психологическое здоровье (MH)	M ± SD 95% ДИ	70 ± 23 60–81	50 ± 19 43–56	58 ± 19 47–70	0,002*; p _{тип I - тип II} = 0,001
	Социальное функционирование (SF)	Me Q ₁ -Q ₃	75 72–91	56 38–75	62 37–88
Общее здоровье (GH)	Me Q ₁ -Q ₃	74 64–78	55 40–72	60 45–70	0,035*; p _{тип II - тип I} = 0,036

* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

В зависимости от типа заболевания выявлена следующая закономерность: пациенты с АК типа I и II в меньшей степени дифференцируют свое заболевание и описывают как малопонятное в отличие от пациентов с АК типа III, у которых в значительной степени затруднен прием пищи.

При оценке результатов качества жизни в зависимости от типа заболевания (тип I, II, III) были выявлены статистически значимые различия по следующим показателям: психический компонент здоровья, психологическое здоровье, социальное функционирование и общее здоровье (табл. 4).

Пациенты с I типом заболевания в меньшей степени ощущали воздействие болезни на их эмоциональное состояние, утомляемость и социальную активность. Пациенты с II типом АК чаще испытывают тревожно-депрессивные переживания в сравнении с пациентами с I типом заболевания.

При анализе показателя «социальное функционирование (SF)» в зависимости от показателя «тип ахалазии» были выявлены существенные различия (p = 0,037) (используемый метод – критерий Краскела – Уоллиса). Пациенты с АК типа II чаще испытывают ограничения социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния в сравнении с пациентами с АК типа I.

Нами был выполнен анализ показателя «общее здоровье (GH)» в зависимости от показателя «тип ахалазии», в результате которого были установлены существенные различия (p = 0,035) (используемый метод – критерий Краскела – Уоллиса). Пациенты с АК типа II более пессимистично оценивают свое состояние здоровья и перспективы лечения, чем пациенты с АК типа I.

Выводы

Пациенты с АК демонстрируют индивидуальные психологические особенности, сопровождающие их заболевание, а именно, не в полной мере осознают перспективы его течения, трактуют влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное. Несмотря на высокую идентификацию симптомов, у них присутствует ощущение невозможности собственного контроля хода заболевания и проводимого лечения, что, в свою очередь, приводит к повышенной обеспокоенности и эмоциональному реагированию на бо-



лезнь. Они проявляют мнительность и тревожность, склонность к аналированию состояния собственного организма. Отмечаются изменения качества жизни, что проявляется в снижении жизненной активности, развитии и наличии депрессивных, тревожных переживаний и снижении веры в перспективу лечения.

Пациенты используют широкий спектр способов совладания со стрессом в процессе преодоления болезни. На восприятие болезни пациентами с АК влияют такие показатели, как возраст, пол и тип заболевания. Пациенты до 45 лет значительно меньше обращают внимания на симптомы заболевания.

Женщины в большей степени подвержены риску снижения социального функционирования. Пациенты с I типом заболевания воспринимают свое заболевание как малопонятное, вследствие чего качество жизни этих пациентов значительно выше, чем у пациентов с II и III типами заболевания.

Пациенты с АК нуждаются в мультидисциплинарном подходе, при котором помимо врача-гастроэнтеролога необходимо активное взаимодействие медицинских психологов с целью формирования у больного активной позиции в отношении преодоления своего заболевания. ●

Литература

1. Oude Nijhuis R.A.B., Zaninotto G., Roman S., et al. European guideline on achalasia – UEG and ESNM recommendations. *United European Gastroenterol. J.* 2020; 8 (1): 13–34.
2. Loosen S.H., Kandler J., Luedde T., et al. Achalasia associated with a higher incidence of depression in outpatients in Germany. *PLoS One.* 2021; 16 (4): e0250503.
3. Broadbent E., Wilkes C., Koschwanz H., et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol. Health.* 2015; 30 (11): 1361–1385.
4. Каптеин А.А., Broadbent E. Illness cognition assessment. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus (eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
5. Leventhal H., Bodnar-Deren H.S., Breland J.Y., et al. Modeling health and illness behavior: the approach of the commonsense model. In: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (eds.). *Handbook of psychology and health.* 2nd ed. London: Psychology Press, 2012.
6. Yadlapati R., Kahrilas P., Fox M., et al. Esophageal motility disorders on high resolution manometry: Chicago classification version 4.0. *Neurogastroenterol. Motil.* 2020; 33: e14058–14079.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2002.
8. Ялтонский В., Ялтонская А., Сирота Н., Московченко Д. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования.* 2017; 10 (51): 1.
9. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2014; 4: 86–91.
10. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2009.
11. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Клиническая шкала психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.* 2010; 2: 44–47.

Perception of the Disease by Patients with Achalasia

E.R. Valitova, PhD¹, V.V. Ogarev, PhD^{1,2}, N.A. Sirota, PhD, Prof.², O.I. Berezina, PhD¹, D.S. Bordin, PhD, Prof.¹⁻³, A.A. Petrov², N.A. Bodunova, PhD¹

¹A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

²A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

³Tver Regional Clinical Oncological Dispensary

Contact person: Elen R. Valitova, e.valitova@mknc.ru

Achalasia is a chronic disease of the neuromuscular apparatus of the esophagus, manifested by impaired relaxation of the lower esophageal sphincter and the absence of peristaltic contraction with an existing risk of developing esophageal cancer. Due to a lack of understanding of the symptoms of their disease, patients do not form an adequate model of the disease. The study of the psychological characteristics of patients with achalasia, depending on gender, age and type of disease, will allow the formation of psychological interventions that will be aimed at correcting the negative perception of the disease.

Key words: perception of the disease, achalasia, quality of life, coping behavior, anxiety about the progression of the disease, motivation for treatment