

На правах рукописи

БИТКОВА

Елена Николаевна

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НА
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ,
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИХ
СОЧЕТАНИИ**

14.01.04 – «Внутренние болезни» (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук **ЮРЕНЕВ Георгий Леонидович**

Научный консультант:

Доктор медицинских наук, профессор **СИРОТА Наталья Александровна**

Официальные оппоненты:

ТРУХМАНОВ Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра пропедевтики внутренних болезней, профессор.

ШМЕЛЕВ Евгений Иванович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» Федерального агентства научных организаций России, отдел дифференциальной диагностики туберкулеза и экстракорпоральных методов лечения, заведующий отделом.

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» _____ 2015 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.041.01, созданного на базе ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 127473, Москва, ул. Делегатская д. 20 стр.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а) и на сайте <http://dissov.msmsu.ru/>

Автореферат разослан _____ 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Лобанова Елена Георгиевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых частых хронических заболеваний лёгких. Количество пациентов с БА в России приближается к 7 млн. человек, из которых около 1 млн. имеют тяжёлые формы болезни [Чучалин А.Г., 2009].

Повышенный интерес к проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определен увеличением распространённости этой патологии. В Российской Федерации, согласно данным исследования МЭГРЕ, распространённость ГЭРБ колеблется от 11,6 до 23,6% [Лазебник Л.В. и др., 2009]. Помимо таких типичных проявлений ГЭРБ как изжога, кислая отрыжка, боль за грудиной и в эпигастрии, данное заболевание сопровождается внепищеводными симптомами, в том числе со стороны органов дыхания.

На сегодняшний день накоплена большая база данных о взаимосвязи между БА и ГЭРБ, показана высокая распространённость гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) среди пациентов, страдающих БА, выявлены патогенетические механизмы данного взаимодействия. Есть мнение, что ГЭРБ является одной из причин плохого контроля над БА [Маев И.В. и др., 2012; Sandur V. et al., 2014].

В последние десятилетия всё больше исследователей обращают внимание на роль психогенных факторов в развитии заболеваний внутренних органов. Болезнь может быть определена как психосоматическая, когда медицинское обследование не позволяет обнаружить явную органическую причину заболевания, или когда патология является следствием таких эмоциональных состояний как тревога, гнев, чувство вины, депрессия [Старшенбаум Г.В., 2005; Александер Ф., 2011].

БА и ГЭРБ имеют черты психосоматических расстройств, т.е. представляют собой заболевания, которые развиваются вследствие определённых психических процессов, присущих для того или иного пациента. Вместе с тем, такие вопросы, как влияние психотерапевтических методов лечения в комплексе с медикаментозной терапией на клиническое течение и качество жизни (КЖ) больных БА, ГЭРБ и при сочетании данных патологий

освещены недостаточно, что с учетом большой социально-экономической значимости проблемы определяет актуальность проведенного исследования.

Цель исследования

Изучить влияние психотерапевтических методов в сочетании с медикаментозным лечением на клиническую симптоматику, результаты инструментальных исследований и качество жизни больных при бронхиальной астме, ГЭРБ и их сочетании.

Задачи исследования

1. Определить индивидуально-личностные особенности, характерные для больных бронхиальной астмой, оценить их взаимосвязь с клиническим течением патологии и влияние на качество жизни пациентов.
2. Определить индивидуально-личностные особенности, характерные для больных ГЭРБ, оценить их взаимосвязь с клиническим течением патологии и влияние на качество жизни пациентов.
3. Определить индивидуально-личностные особенности, характерные для больных с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ, оценить их взаимосвязь с клиническим течением заболеваний и влияние на качество жизни пациентов.
4. Сравнить психологические особенности больных бронхиальной астмой, ГЭРБ и сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ.
5. Оценить влияние психотерапевтических методов на клинико-инструментальные характеристики течения заболевания и качество жизни пациентов с бронхиальной астмой.
6. Оценить влияние психотерапевтических методов на клинико-инструментальные характеристики течения заболевания и качество жизни пациентов с ГЭРБ.
7. Оценить влияние психотерапевтических методов на клинико-инструментальные характеристики течения заболевания и качество жизни пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ.

Научная новизна

Впервые изучены индивидуально-личностные особенности пациентов с бронхиальной астмой, ГЭРБ и с сочетанием этих патологических состояний по

результатам применения клинико-психологических опросников Леонгарда-Шмичека, «Индивидуально-типологического опросника» (ИТО) и «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» (КОВОНС). Обнаружено, что больные бронхиальной астмой характеризуются нарушением систем адаптации к окружающему миру, им свойственна ригидность, что свидетельствует о боязни нового опыта, предпочтении использования привычных методов реагирования. У них часто определяется депрессия невротического генеза, а также высокий уровень агрессивности и истероидный тип личности. У больных ГЭРБ отмечается тенденция к лабильности и сенситивности. За счёт высокой лабильности пациенты с ГЭРБ легче приспосабливаются к изменениям окружающей ситуации и легче осваивают новое. Поэтому они обладают более высокими адаптационными возможностями, тогда как больные бронхиальной астмой используют привычные для них способы реагирования. В случае присоединения к ГЭРБ бронхиальной астмы психологические признаки изменяются в соответствии с вышеописанной картиной, характерной для пациентов с бронхиальной астмой.

Впервые проведена оценка влияния коррекции психологического статуса на клинико-инструментальные показатели и качество жизни у больных с сочетанной патологией. Проведено сравнение эффективности использования психотерапевтических методов у больных с сочетанной патологией по сравнению с пациентами, страдающими только бронхиальной астмой или ГЭРБ.

Впервые проведено сопоставление показателей уровня качества жизни по единой шкале (с использованием опросника SF-36) у больных бронхиальной астмой, ГЭРБ и при сочетании этих видов патологии. Выявлено, что до начала терапии наиболее низкие показатели качества жизни имеют место у больных с сочетанной патологией, а наиболее высокие – у пациентов с ГЭРБ. После завершения лечения наиболее высокие показатели качества жизни по-прежнему остались у больных ГЭРБ, причём максимальные значения были зарегистрированы в подгруппе пациентов, у которых медикаментозная терапия применялась совместно с психотерапевтическими методами лечения.

Наименьший прирост показателей качества жизни отмечен у больных с сочетанной патологией.

При сравнении клинических данных у пациентов с бронхиальной астмой и при сочетании бронхиальной астмы и ГЭРБ отмечена тенденция к более высоким значениям показателей интенсивности респираторных симптомов у пациентов с сочетанной патологией. При сравнении выраженности симптомов поражения пищевода у пациентов с ГЭРБ и при её сочетании с бронхиальной астмой было установлено, что клинические показатели были достоверно лучше у лиц с ГЭРБ по сравнению с группой пациентов с сочетанной патологией.

Практическая значимость работы

Установлено, что оценка психологического статуса пациентов с бронхиальной астмой, ГЭРБ и с сочетанием этих видов патологических нарушений помогает повысить эффективность терапевтических мероприятий и качество жизни больных за счет большей их индивидуализации. На основании этих данных клиническим психологом может быть назначен курс психотерапевтического лечения. Установлено, что определение индивидуально-личностных особенностей в наибольшей степени целесообразно для пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ, для которых характерны наиболее выраженные отклонения, что влияет на течение заболевания и качество жизни пациентов. Выявлено, что добавление к медикаментозной терапии психотерапевтических методов лечения способствует уменьшению выраженности клинической симптоматики и повышению качества жизни больных, что приводит к более быстрому возвращению пациентов к нормальному социальному функционированию. Подобранные психотерапевтические методики можно использовать для профилактики рецидивов бронхиальной астмы, ГЭРБ и при сочетании данных патологий.

Личный вклад автора

Соискателем лично выполнен отбор и обследование 180 включенных в исследование пациентов. Самостоятельно проводилось тестирование больных по психологическим опросникам, выполнено 120 суточных рН-метрий пищевода и желудка. Автор работы являлся лечащим врачом более чем 90%

включенных в исследование пациентов. Диссертантом проведена систематизация полученных клинико-инструментальных данных и их статистическая обработка. Выполнен анализ и интерпретация результатов, а также сформулированы выводы и практические рекомендации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Для пациентов с бронхиальной астмой характерны индивидуально-личностные особенности с нарушением психологических систем адаптации. Существует взаимозависимость между отклонением ряда психологических характеристик с выраженностью клинической симптоматики и качеством жизни. Психотерапевтические методы улучшают клиническую симптоматику, психологическое состояние и качество жизни больных БА, однако, мало влияют на показатели спирометрии.
2. Пациенты с ГЭРБ имеют собственные индивидуально-личностные особенности, которые также взаимосвязаны с клиническим течением патологии и определёнными показателями качества жизни. Психотерапевтические методы лечения уменьшают количество и выраженность жалоб, повышают качество жизни больных ГЭРБ и улучшают их психологический статус, однако, незначительно влияют на показатели [24-часовой рН-метрии](#).
3. Для пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ характерна комбинация психологических особенностей, что ассоциируется с более тяжёлым течением патологии. Существуют определенные корреляции между индивидуально-личностными и клиническими характеристиками пациентов, и качеством жизни. У пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ коррекция психологического состояния также оказывает благоприятное воздействие на клиническую картину и качество жизни больных, но мало влияет на показатели спирометрии и 24-часовой рН-метрии.
4. При сравнении психологических характеристик больных бронхиальной астмой, ГЭРБ и при их сочетании, установлено, что все три группы пациентов имеют как общие, так и свои собственные черты, что позволяет

индивидуализировать психотерапевтические методы и повысить их эффективность.

Апробация работы

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, кафедры госпитальной терапии №1 и кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 5 ноября 2014 г., протокол №4.

Материалы работы доложены на XVIII Российской Гастроэнтерологической неделе (Москва, октябрь 2012 г.; I место среди докладов молодых учёных); на XX Российской Гастроэнтерологической неделе (Москва, октябрь 2014 г.); на конференции «Актуальные проблемы гастроэнтерологии», посвященной 10-летию журнала «Медицинский вестник МВД» (2012 г.).

По теме диссертации опубликована 21 научная работа, из них 6 – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Реализация результатов работы

Полученные результаты исследования внедрены в педагогический и научно-исследовательский процесс на кафедрах пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, а также клинической психологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, в лечебно-диагностическую работу Главного клинического госпиталя МВД России, Городской клинической больницы № 40 ДЗ г. Москвы и НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А.Семашко ОАО «Российские железные дороги».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 183 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, главы собственных наблюдений и обсуждения полученных результатов (которая, в свою очередь, содержит 4 раздела), заключения, выводов, практических рекомендаций, а также библиографии, содержащей 219 источников, из которых 124 отечественных и 95 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 49 таблицами и 28 рисунками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 180 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Главном клиническом госпитале МВД России, которые были разделены на три группы. Первая группа включала 60 пациентов с БА (средний возраст $53,1 \pm 2,34$ лет); вторая – 60 больных ГЭРБ (средний возраст $46,2 \pm 1,61$ лет); третья – 60 пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ (средний возраст $51,1 \pm 1,66$ лет). В каждой группе методом случайного выбора больные делились на две равные подгруппы, в первой из которых назначалась только стандартная медикаментозная терапия (МТ), а во второй – в дополнение к этому осуществлялось также психокорректирующее воздействие (МТ+ПК).

Основу медикаментозной терапии БА составляли противовоспалительные препараты из группы глюкокортикостероидов (ГКС) и бронхорасширяющие лекарственные средства. Среди ГКС предпочтение отдавалось ингаляционным формам. Среди бронхолитиков наиболее часто применялись β_2 -агонисты, однако, препараты пролонгированного действия (формотерол, сальметерол) использовались при стабильном течении БА. При необходимости дополнительно назначались бронходилататоры других классов (м-холинолитики, эуфиллин).

Медикаментозная терапия ГЭРБ включала ингибитор протонной помпы (ИПП) омепразол 20 мг 2 раза в день, прокинетику домперидон 10 мг 3 раза в день, антациды (суспензия маалокса) по потребности. При рефлюкс-эзофагите, обусловленном забросом в пищевод дуоденального содержимого, больные принимали урсодезоксихолевую кислоту в дозе 250-350 мг/сут.

Для определения индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования больных на окружающую обстановку им проводились тесты по следующим опросникам:

1. Характерологический опросник Леонгарда-Шмицке
2. Индивидуально-типологический опросник
3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний.

Опираясь на результаты тестирования с использованием вышеупомянутых опросников, психотерапевт проводил индивидуальные беседы с каждым из

пациентов, включенных подгруппы МТ+ПК. Кроме того, этим больным проводился курс группового аутотренинга, направленный на расслабление, уменьшение тревожности, эмоциональной лабильности. Пациентам также на доступном для них уровне читались лекции об этиологии и патогенезе заболеваний, о возможности предупреждения рецидивов и осложнений. Для самостоятельного прослушивания больным выдавались аудионосители с восстанавливающими психотехниками [Синельников В.В., 2011]. Общая продолжительность курса психотерапевтического лечения составила 4 недели.

Для оценки динамики состояния больным проводились клинико-функциональные исследования: опрос, физикальный осмотр, спирометрия, [24-часовая рН-метрия](#) и ЭГДС до и после лечения.

Для определения выраженности жалоб пациентов на кашель, одышку, изжогу, боль за грудиной или в эпигастрии использовалась 5-балльная шкала Лайкерта (от 0 до 4 баллов) [Bytzer P., 2004; McDonald V.M. et al., 2011]. Потребность в бронхолитиках короткого действия также оценивалась в баллах: отсутствие потребности – 0 баллов; применение ингалятора от 1 до 4 раз/сут. – 1 балл; от 5 до 8 раз/сут. – 2 балла; от 9 до 12 раз/сут. – 3 балла; более 12 раз/сут. – 4 балла. На основании этого рассчитывался клинический индекс (КИ) путём деления суммы балльной оценки всех симптомов на количество признаков.

Для оценки качества жизни (КЖ) использовался краткий опросник MOS SF-36 [Новик А.А., 2007; Leplege A. et al., 2005; Wang J. et al., 2012;]. Пациенты самостоятельно заполняли анкеты до начала терапии и через 4 недели лечения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» версии 8.0 (StatSoft Inc., США). Методы описательной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), его ошибки (m) и частоты встречаемости изучаемых признаков. Для оценки межгрупповых различий применялся t-критерий Стьюдента. Изучение взаимозависимости между клиническим индексом, параметрами КЖ и данными психологического теста КОВОНС осуществлялось

с использованием коэффициента корреляции Спирмена (r). Во всех случаях достоверность полученных результатов считалась установленной при $p < 0,05$.

Достоверность полученных результатов определяется репрезентативным объемом выборки групп наблюдения; однородностью групп сравнения; использованием современных информативных клинико-функциональных, инструментальных, математико-статистических методов исследования; статистической обработкой данных с использованием компьютерных программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении больные БА (группа 1) предъявляли жалобы на одышку и периодически возникающие приступы удушья, чаще экспираторного характера; чувство стеснения или заложенности в грудной клетке; кашель.

При сравнении подгрупп 1.1 (МТ) и 1.2 (МТ+ПК) по показателям выраженности клинических симптомов, до начала терапии статистически значимых различий выявлено не было (табл. 1). Через 4 недели от начала лечения в обеих подгруппах больных БА отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов заболевания по шкале Лайкерта и потребности в бронхолитиках. При этом на фоне психотерапии были достигнуты лучшие клинические результаты в отношении интенсивности кашля, $p < 0,02$ (табл. 1).

Таблица 1 – Динамика выраженности клинических симптомов и потребности в КДБА по шкале Лайкерта у больных БА в зависимости от характера терапии

Симптомы	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Кашель	3,24±0,16	1,33±0,20 ⁺	3,34±0,11	0,63±0,22 ⁺ *
Диспноэ	2,98±0,17	1,73±0,10 ⁺	3,31±0,12	1,64±0,12 ⁺
Потребность в КДБА	2,94±0,14	1,42±0,13 ⁺	3,12±0,17	1,23±0,10 ⁺
Клинический индекс (КИ)	3,05±0,16	1,49±0,15 ⁺	3,26±0,13	1,17±0,15 ⁺

Примечание

1* $p < 0,02$ – сравнение результатов между подгруппами после лечения;

2* $p < 0,05$ – сравнение результатов до и после лечения внутри подгруппы.

В отношении спирометрических показателей, на фоне проводимого лечения было отмечено достоверное улучшение ОФВ₁ в обеих подгруппах, т.е. вне зависимости от характера проводимой терапии (табл. 2).

Таблица 2 – Показатели спирометрии у больных БА

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЖЕЛ (% должн.)	79,2±3,1	86,5±2,1	75,6±2,9	83,9±2,1
ОФВ ₁ (% должн.)	70,1±2,9	79,2±3,3 [†]	69,8±3,4	83,0±3,8 [†]
ОФВ ₁ /ЖЕЛ (%)	71,2±3,2	71,2±3,8	73,6±3,6	78,0±2,9

Примечание –[†] $p < 0,05$ – сравнение показателей до и после лечения внутри подгруппы.

При проведении психологического тестирования, наиболее значимые результаты были получены в отношении опросника КОВОНС, в связи с чем в автореферате приводятся именно эти результаты. По данным теста КОВОНС у больных БА до лечения выявлены повышенные показатели тревожности, невротической депрессии, а также отмечены обсессивно-фобические и вегетативные нарушения, истерический тип реагирования (табл. 3).

Таблица 3 – Индивидуально-личностные особенности реагирования по данным опросника КОВОНС у больных БА

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала тревоги	0,46±0,52 [*]	2,52±0,81	0,88±0,49 [*]	3,06±0,95 [†]
Шкала невротической депрессии	-0,20±0,70 [*]	0,90±0,67 [*]	-0,51±0,57 [*]	2,78±0,62 ^{††♦}
Шкала астении	2,06±1,01	2,56±0,87	2,43±0,79	4,03±1,25
Шкала истерического реагирования	-0,57±0,57 [*]	1,08±0,44 ^{††}	-0,22±0,69 [*]	2,7±0,64 ^{†††♦}
Шкала обсессивно-фобических нарушений	-0,29±0,32 [*]	1,02±0,76 [*]	-0,54±0,4 [*]	2,37±0,49 ^{†††}
Шкала вегетативных нарушений	0,56±0,73 [*]	1,67±0,87	0,40±0,67 [*]	2,65±0,58 ^{††}

Примечание

1 Показатель более +1,28 – состояние стабильной психической адаптации; от +1,28 до –1,28 – состояние неустойчивой психической адаптации; менее –1,28 – состояние психической дезадаптации;

2^{*} показатели за пределами референсных значений;

3[†] $p < 0,05$; ^{††} $p < 0,01$; ^{†††} $p < 0,005$ – до и после лечения внутри подгруппы;

4[♦] $p < 0,05$ – при сравнении результатов между подгруппами после лечения.

Определено, что на фоне проведения только медикаментозной терапии (подгруппа 1.1) имеет место достоверное улучшение по сравнению с исходным уровнем психологического состояния пациентов только по шкале истерического реагирования (табл. 3). Тогда как у пациентов, получавших в дополнение к

лекарственной терапии психотерапевтическое лечение (подгруппа 1.2) было выявлено достоверное улучшение по шкалам тревоги, невротической депрессии, истерического реагирования, вегетативных и обсессивно-фобических нарушений. При сравнении показателей после лечения между подгруппами, отмечено достижение достоверно лучших данных по шкалам невротической депрессии и истерического реагирования в подгруппе МТ+ПК (табл. 3).

Определение показателей КЖ у пациентов с БА позволило выявить следующие закономерности. До начала терапии у больных отмечалось снижение данных по всем шкалам в равной степени в обеих подгруппах, со значительным улучшением показателей после проведённого курса лечения. Причём, после терапии в подгруппе 1.2 были выявлены достоверно более высокие значения жизнеспособности ($p < 0,05$), социального функционирования ($p < 0,01$), психологического компонента здоровья ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии психотерапевтического лечения на КЖ пациентов с БА.

При выполнении корреляционного анализа между показателем клинических проявлений заболевания и различными шкалами психологических опросников, наиболее тесная взаимосвязь ($r = -0,59$; $p = 0,00008$) была выявлена между КИ и показателем вегетативных нарушений теста КОВОНС (рис. 1). Статистически достоверные корреляции были получены для КИ и в отношении других шкал опросника КОВОНС: невротическая депрессия ($r = -0,52$; $p = 0,0001$), тревога ($r = -0,46$; $p = 0,006$) и обсессивно-фобические нарушения ($r = -0,43$; $p = 0,0003$).

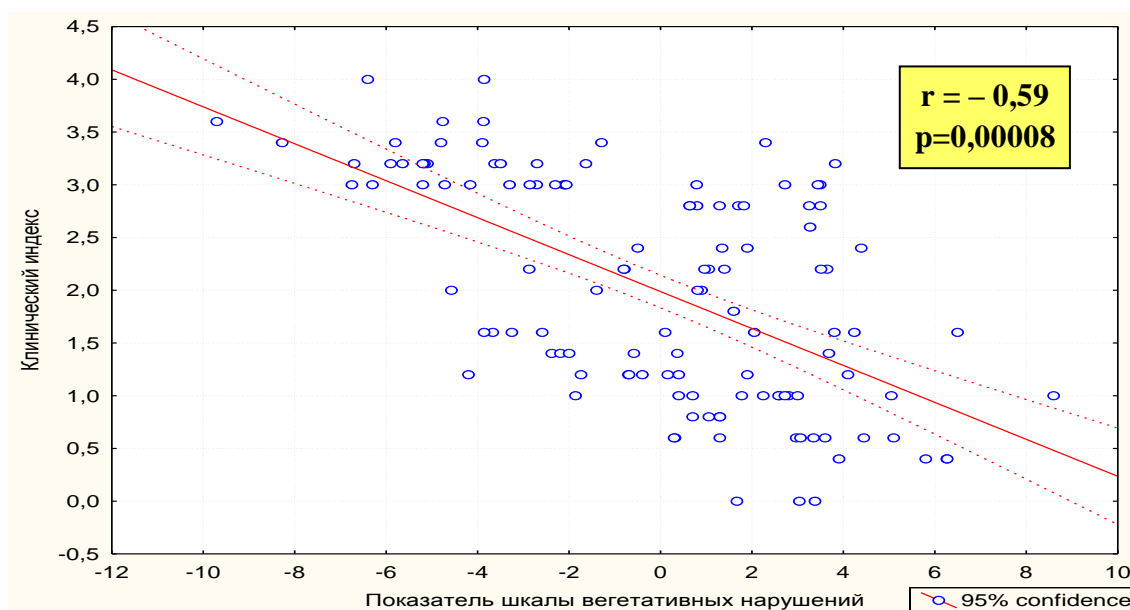


Рисунок 1 – Зависимость выраженности клинических симптомов от показателя шкалы вегетативных нарушений в тесте КОВОНС у больных БА

В группе 2 диагноз ГЭРБ у всех пациентов подтверждался на основании характерных клинических симптомов, а также результатов ЭГДС и рН-метрии. Основными жалобами пациентов были изжога, боль за грудиной или в эпигастрии и кислая отрыжка или регургитация. До начала терапии между подгруппами больных 2.1 и 2.2 значимых различий в отношении характера и выраженности жалоб выявлено не было (табл. 4). После лечения у пациентов с ГЭРБ было отмечено достоверно более выраженное снижение интенсивности показателей изжоги, кислой отрыжки или регургитации, а также КИ в целом в подгруппе 2.2 по сравнению с подгруппой 2.1 ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о положительном влиянии психотерапевтического лечения на течение ГЭРБ.

Таблица 4 – Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта у больных ГЭРБ в зависимости от характера терапии

Симптомы	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Изжога	3,23±0,14	0,82±0,10 ^{1*}	3,4±0,21	0,4±0,17 ^{1**}
Кислая отрыжка / регургитация	3,05±0,12	0,70±0,15 ^{1*}	3,14±0,25	0,31±0,10 ^{1**}
Боль за грудиной / в эпигастрии	2,97±0,21	0,39±0,08 ^{1*}	2,65±0,19	0,24±0,07 ^{1*}
Клинический индекс (КИ)	3,08±0,15	0,63±0,11 ^{1*}	3,06±0,22	0,32±0,11 ^{1**}

Примечание

1* $p < 0,05$ – сравнение результатов между подгруппами после лечения;

2* $p < 0,05$ – сравнение результатов до и после лечения внутри подгруппы.

По данным ЭГДС у обследованных пациентов преобладала НЭРБ, выявленная в подгруппах 2.1 и 2.2, соответственно, в 52% и 54% случаев. У остальных больных был определен эзофагит различной степени тяжести. В обеих подгруппах чаще встречался эзофагит стадии А по Лос-Анджелесской классификации. Стадия D эзофагита была установлена у 2 чел. в подгруппе 2.1, однако, различия между подгруппами были статистически не значимы. На фоне лечения в обеих подгруппах выявлено улучшение эндоскопической картины заболевания. Между подгруппами с различным характером терапии достоверных отличий в эндоскопической картине обнаружено не было.

Как было отмечено выше, всем пациентам с ГЭРБ выполнялась 24-часовая рН-метрия пищевода. Результаты, представленные в табл. 5 свидетельствуют, что

на фоне проведенного лечения в отношении всех показателей количества и продолжительности патологических рефлюксов была достигнута существенная положительная динамика, при отсутствии достоверной разницы в эффекте между двумя подгруппами.

Таблица 5 – Показатели 24-часовой рН-метрии у больных с ГЭРБ

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
рН<4 (% времени)	38,1±2,7	6,2±1,4 [†]	45,4±4,0	5,5±1,8 [†]
Число ГЭР с рН<4	56,3±5,3	13,7±2,8 [†]	49,2±7,0	18,2±1,9 [†]
Число ГЭР > 5 мин.	10,5±1,2	3,5±0,59 [†]	12,3±1,4	5,1±0,72 [†]
Максимальная длительность ГЭР, сек.	191±20,8	21,0±2,9 [†]	202±21,0	25,3±3,7 [†]

Примечание

1[†] р < 0,05 – сравнение показателей до и после лечения внутри подгруппы;

2 Различия показателей между подгруппами не значимы (р > 0,05).

Психологическое тестирование с использованием опросника КОВОНС (табл. 6) позволило выявить у больных ГЭРБ в обеих подгруппах повышенные показатели тревожности, невротической депрессии, а также обсессивно-фобические нарушения.

Таблица 6 – Индивидуально-личностные особенности реагирования больных ГЭРБ по данным опросника КОВОНС

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала тревоги	0,77±0,24 [*]	1,63±0,56 [*]	0,96±0,51 [*]	3,72±0,89 ^{†♦}
Шкала невротической депрессии	0,82±0,34 [*]	1,17±0,48 [*]	0,38±0,57 [*]	2,97±0,7 ^{†††♦}
Шкала астении	5,24±0,31	5,78±0,57	4,9±0,59	6,96±0,81
Шкала истерического реагирования	2,47±0,67	2,96±0,52	2,84±0,55	3,78±0,79
Шкала обсессивно-фобических нарушений	0,79±0,52 [*]	1,43±0,76 [*]	0,92±0,53 [*]	2,98±0,56 ^{††♦}
Шкала вегетативных нарушений	4,51±0,78	5,21±0,49	4,2±0,70	6,25±0,57

Примечание

1 Показатель более +1,28 – состояние стабильной психической адаптации; от +1,28 до –1,28 – состояние неустойчивой психической адаптации;

менее –1,28 – состояние психической дезадаптации;

2^{*} показатели за пределами референсных значений;

3[†] р < 0,05; ^{††} р < 0,01; ^{†††} р < 0,005 – до и после лечения внутри подгруппы;

4[♦] р < 0,05 – при сравнении результатов между подгруппами после лечения

После проведённого 4-недельного курса терапии повторное психологическое тестирование пациентов установило, что в подгруппе 2.1 все изменения показателей психологических опросников имели статистически недостоверный характер. Тогда как в подгруппе 2.2 была отмечена клинически значимая динамика психологического статуса пациентов по шкалам тревоги, невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений. Эти показатели не только вернулись к диапазону референсных значений, но и продемонстрировали достоверные различия с аналогичными параметрами до начала терапии и с показателями после лечения подгруппы 2.1 (табл.6). Таким образом, было установлено, что психотерапевтическое лечение оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов с ГЭРБ.

Изучение параметров КЖ (тест SF-36) позволило выявить, что в обеих подгруппах больных ГЭРБ до начала лечения имело место снижение данных по всем шкалам опросника. Наиболее низкие значения были отмечены в отношении ролевого функционирования, обусловленного физическим (RP) и эмоциональным (RE) состоянием. В этом отношении пациенты подгрупп 2.1 и 2.2 не имели значимых различий. После четырёхнедельной терапии в обеих подгруппах была выявлена статистически значимая положительная динамика показателей КЖ по всем шкалам. При сравнении результатов двух подгрупп после проведенного лечения было установлено, что у пациентов, получавших психотерапевтическое лечение, имели место достоверно лучшие показатели в отношении шкал интенсивности боли (BP), жизнеспособности (VT), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) и психического здоровья (MH). Вследствие этого у больных подгруппы 2.2 было отмечено более высокое значение общего показателя психологического компонента здоровья (MN). Таким образом, представленные данные иллюстрируют положительное влияние комплексной терапии на КЖ пациентов с ГЭРБ.

При выполнении корреляционного анализа у больных ГЭРБ наиболее тесная взаимосвязь ($r = -0,68$, $p = 0,0001$) была установлена между показателем тревоги опросника КОВОНС и КИ (рис. 2). Достоверная корреляция для КИ была получена также и для шкалы невротической депрессии ($r = -0,59$, $p = 0,0007$).

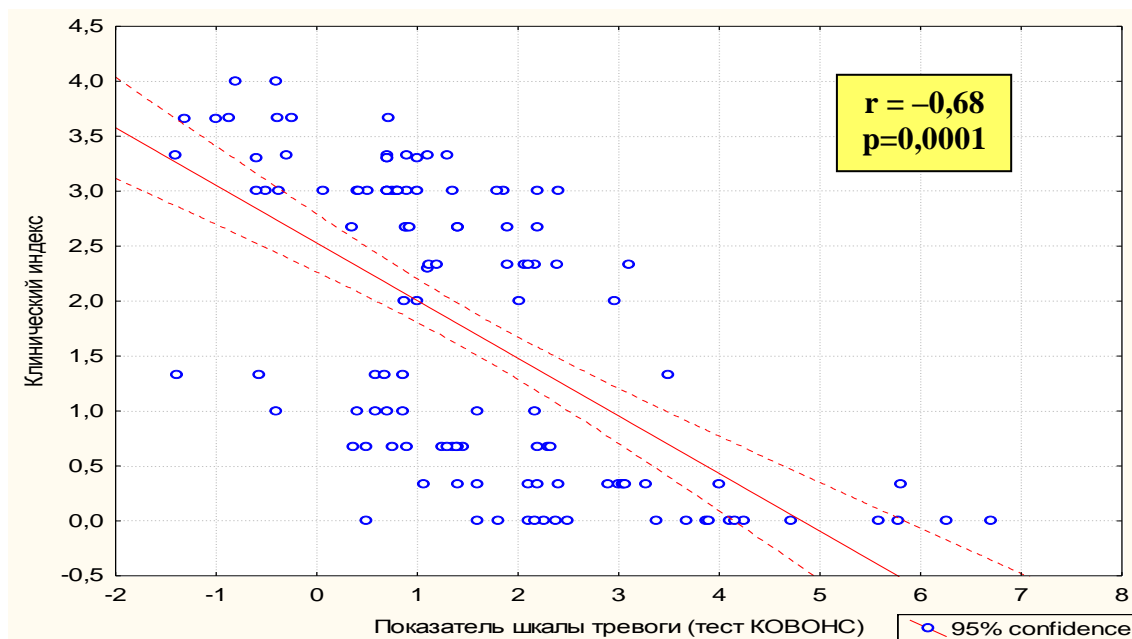


Рисунок 2 – Зависимость выраженности клинических симптомов (КИ) от показателя шкалы тревоги (в тесте КОВОНС) у больных ГЭРБ

При сочетанной патологии диагноз как БА, так и ГЭРБ подтверждался на основании наличия клинических симптомов, характерных для обоих заболеваний, а также результатов спирометрии, ЭГДС и рН-метрии. После 4 недель лечения было отмечено достоверное улучшение всех клинических показателей. Однако при их сравнении между подгруппами 3.1 и 3.2 были выявлены достоверно лучшие значения выраженности кашля, диспноэ и изжоги, а также КИ в целом в подгруппе 3.2, что свидетельствует о положительном влиянии психотерапевтических методов на клиническое течение патологических процессов (табл. 7).

Таблица 7 – Динамика выраженности клинических симптомов и потребности в КДБА по шкале Лайкерта у больных с сочетанием БА и ГЭРБ на фоне терапии

Симптомы	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Кашель	3,51±0,2	1,43±0,27 [†]	3,43±0,14	0,74±0,12 ^{†*}
Диспноэ	3,22±0,12	1,98±0,18 [†]	3,32±0,1	1,28±0,17 ^{†*}
Потребность в КДБА	3,2±0,17	1,45±0,19 [†]	3,15±0,14	1,19±0,14 [†]
Изжога	2,0±0,14	0,89±0,15 [†]	2,2±0,19	0,34±0,14 ^{†*}
Кислая отрыжка /регургитация	1,65±0,21	0,76±0,18 [†]	2,0±0,16	0,47±0,15 [†]
Боль за грудиной /в эпигастрии	1,70±0,14	0,48±0,12 [†]	1,61±0,18	0,38±0,1 [†]
Клинический индекс (КИ)	2,55±0,16	1,17±0,18 [†]	2,62±0,15	0,73±0,14 ^{†*}

Примечание

1* $p < 0,05$ – сравнении результатов между подгруппами после лечения;

2[†] $p < 0,05$ – сравнении результатов до и после лечения внутри подгруппы.

По данным ЭГДС в подгруппе 3.1 и 3.2 преобладала НЭРБ: 60% и 59% больных соответственно. В свою очередь, среди пациентов с эрозивной ГЭРБ чаще встречался эзофагит стадии А по Лос-Анджелесской классификации. Таким образом, по данным ЭГДС значимых различий между подгруппами не обнаружено. После лечения в обеих подгруппах было выявлено улучшение эндоскопической картины заболевания, эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки пищевода полностью эпителизировались за исключением одного пациента в подгруппе 3.1 (у которого изначально был выявлен эзофагит в стадии D, а после лечения в стадии А). Между подгруппами с различным характером терапии значимых различий в эндоскопической картине выявлено не было.

При сравнении результатов 24-часовой рН-метрии пищевода до и после лечения между подгруппами получавшими и не получавшими психотерапию также не было определено статистически значимых различий (табл. 8).

Таблица 8 – Показатели 24-часовой рН-метрии пищевода у больных с сочетанием БА и ГЭРБ

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
рН<4 (% времени)	40,6±3,7	4,3±1,7 [†]	45,6±4,2	3,9±1,3 [†]
Число ГЭР с рН<4	62,3±5,3	16,3±3,1 [†]	59,4±8,2	21,2±3,6 [†]
Число ГЭР > 5 мин.	9,8±1,5	2,9±0,76 [†]	11,5±0,9	4,0±0,56 [†]
Максимальная длительность ГЭР, сек.	207±26,0	23,1±4,8 [†]	228±24,0	29,8±5,0 [†]

Примечание

- [†] р < 0,05 – сравнение показателей до и после лечения внутри подгруппы;
- Различия показателей между подгруппами не значимы (р > 0,05).

При оценке динамики спирометрических показателей на фоне проводимого лечения, в обеих подгруппах 3.1 и 3.2 было отмечено достоверное улучшение показателей ЖЕЛ и ОФВ₁. При этом, несмотря на слабовыраженную тенденцию к несколько лучшим результатам у пациентов, получавших психотерапевтическую помощь в дополнение к медикаментозному лечению, различие между подгруппами было статистически не значимо (табл. 9).

Одной из задач проведенного исследования было определение индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования больных с сочетанием БА и ГЭРБ на окружающую обстановку.

Таблица 9 – Показатели спирометрии у больных с сочетанием БА и ГЭРБ

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЖЕЛ (% должн.)	56,8±2,27	75,6±2,5 ⁺	73,4±2,1	82,8±3,6 ⁺
ОФВ ₁ (% должн.)	59,8±2,1	68,1±2,8 ⁺	61,5±2,7	73,0±2,1 ⁺
ОФВ ₁ /ЖЕЛ (%)	81,5±4,8	79,5±5,1	96,7±4,2	87,5±3,5

Примечание – ⁺ p < 0,05 – сравнение показателей до и после лечения внутри подгруппы.

До лечения в обеих подгруппах пациентов по опроснику КОВОНС (табл.10), определялся повышенный уровень тревожности, невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений, а также обсессивно-фобические нарушения. Причём, полученные результаты были однотипными в обеих подгруппах больных. После проведённого курса терапии было выявлено отсутствие значимых изменений результатов психологического тестирования в подгруппе 3.1, тогда как в подгруппе 3.2 отмечено достоверное улучшение психологического статуса больных по данным опросника КОВОНС по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, истерического реагирования и вегетативных нарушений (табл.10).

Таблица10 – Индивидуально-личностные особенности реагирования больных с сочетанием БА и ГЭРБ по данным опросника КОВОНС

Показатели	МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала тревоги	0,13±0,73 [*]	1,12±0,55 [*]	0,40±0,46 [*]	2,95±0,67 ^{+++♦}
Шкала невротической депрессии	-0,50±0,44 [*]	0,57±0,39 [*]	-0,83±0,6 [*]	1,36±0,54 ⁺⁺
Шкала астении	0,18±0,42 [*]	0,78±0,58 [*]	0,54±0,73 [*]	1,98±0,63 ⁺
Шкала истерического реагирования	1,42±0,46	1,30±0,76	1,22±0,78	4,18±0,62 ⁺
Шкала обсессивно-фобических нарушений	-0,50±0,57 [*]	0,18±0,48 [*]	-0,69±0,6 [*]	1,96±0,72
Шкала вегетативных нарушений	-3,42±0,63 [*]	-2,27±0,38 [*]	-1,45±0,71 [*]	1,5±0,63 ^{+++♦}

Примечание

1 Показатель более +1,28 – состояние стабильной психической адаптации; от +1,28 до -1,28 – состояние неустойчивой психической адаптации; менее -1,28 – состояние психической дезадаптации;

2^{*} показатели за пределами референсных значений;

3⁺ p < 0,05; ⁺⁺ p < 0,01; ⁺⁺⁺ p < 0,005 – до и после лечения внутри подгруппы;

4[♦] p < 0,05 – при сравнении результатов между подгруппами после лечения.

Полученные данные свидетельствуют о том, что психотерапевтические методы лечения оказывают положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов при сочетании БА и ГЭРБ.

Статистически значимых различий между подгруппами 3.1 и 3.2 в отношении исходных значений КЖ зафиксировано не было. После курса терапии выявлено статистически значимое улучшение показателей КЖ по всем шкалам в обеих подгруппах. Однако следует отметить, что при этом были обнаружены достоверно более высокие значения ряда данных в подгруппе 3.2. В частности, в подгруппе 3.2 были выявлены достоверно более высокие показатели жизнеспособности ($p < 0,05$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($p < 0,01$) и психологического компонента здоровья ($p < 0,05$). Таким образом, использование психотерапевтических методов оказывает положительное влияние на КЖ больных с сочетанием БА и ГЭРБ.

При анализе взаимосвязей клинических, психологических параметров, а также показателей КЖ наиболее тесные корреляции выявлены между обсессивно-фобическими нарушениями теста КОВОНС и КИ (рис. 3). Статистически достоверные связи КИ были установлены и с другими показателями опросника КОВОНС: шкалы невротической депрессии ($r = -0,51$, $p = 0,0005$), вегетативных нарушений ($r = -0,46$, $p = 0,0003$) и тревоги ($r = -0,40$, $p = 0,007$).

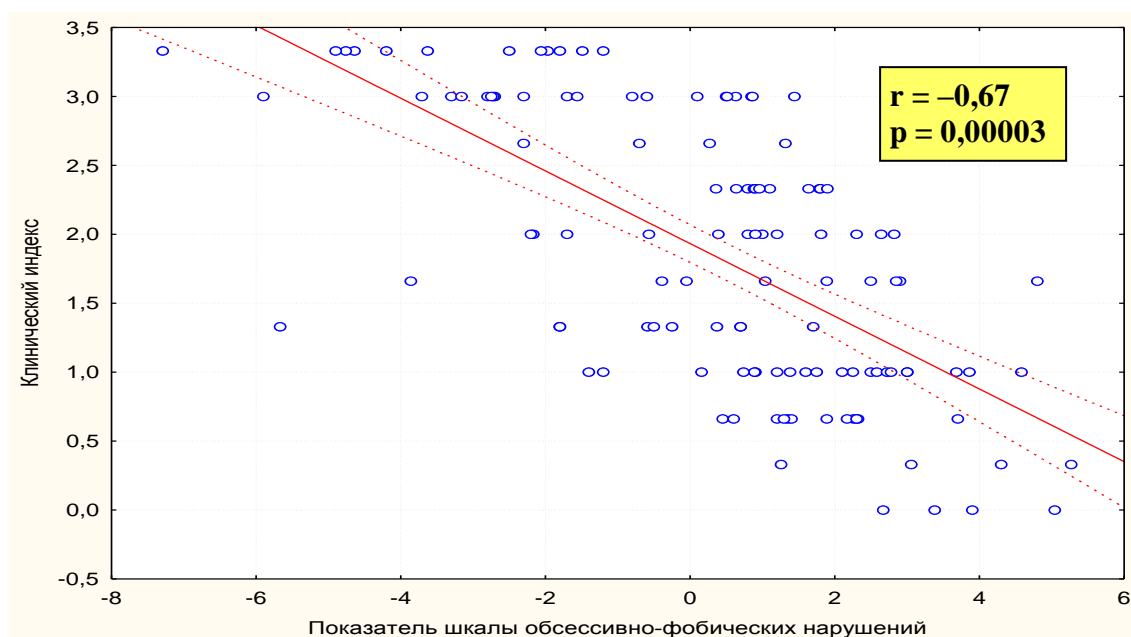


Рисунок 3 – Зависимость КИ от показателя шкалы обсессивно-фобических нарушений в тесте КОВОНС

ВЫВОДЫ

1. Больные бронхиальной астмой характеризуются нарушением психологической адаптации к социальной среде, истероидным типом реагирования, высоким уровнем агрессивности, ригидностью и склонностью к депрессии невротического генеза на фоне внутреннего конфликта. У этих пациентов существует зависимость между показателями вегетативных нарушений и невротической депрессии теста КОВОНС, с одной стороны, и клиническим индексом ($r = -0,59$; $p = 0,00008$ и $r = -0,52$; $p = 0,0001$, соответственно), психологическим компонентом качества жизни ($r = 0,74$; $p = 0,000007$ и $r = 0,61$; $p = 0,0003$, соответственно) и физическим компонентом качества жизни ($r = 0,46$; $p = 0,007$ и $r = 0,52$; $p = 0,00003$, соответственно), с другой стороны.
2. Больные ГЭРБ характеризуются сенситивностью, лабильностью и высокими адаптационными возможностями. У них выявлены корреляции показателей тревоги и невротической депрессии по опроснику КОВОНС с клиническим индексом ($r = -0,68$; $p = 0,0001$ и $r = -0,59$; $p = 0,0007$, соответственно), психологическим компонентом качества жизни ($r = 0,73$; $p = 0,00004$ и $r = 0,62$; $p = 0,0003$, соответственно) и физическим компонентом качества жизни ($r = 0,52$; $p = 0,0008$, только для тревоги).
3. Для больных с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ характерна комбинация психологических особенностей, свойственных пациентам, страдающим каждым из указанных заболеваний, что ассоциируется с более тяжелым течением патологии. Установлена зависимость от показателя невротической депрессии клинического индекса ($r = -0,51$; $p = 0,0005$) и психологического компонента КЖ ($r = 0,53$; $p = 0,003$); а от показателя обсессивно-фобических нарушений – психологического ($r = 0,61$; $p = 0,0004$) и физического ($r = 0,44$; $p = 0,001$) компонентов КЖ.
4. При сравнении психологических особенностей больных бронхиальной астмой и ГЭРБ было выявлено, что пациенты с бронхиальной астмой характеризуются нарушением психологической адаптации к социальной среде, им присущи чувство страха и выраженные вегетативные нарушения. У больных ГЭРБ отмечается тенденция к лабильности,

сенситивности и гипертимности. Они легче приспосабливаются к изменениям, и поэтому обладают более высокими адаптационными возможностями, чем больные бронхиальной астмой. При сравнении психологического состояния пациентов с ГЭРБ и с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ было выявлено смещение психологического статуса таких больных в сторону картины, характерной для пациентов, страдающих бронхиальной астмой. При сравнении психологических особенностей больных бронхиальной астмой и с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ, следует отметить, что для последних характерны более глубокие изменения психологических характеристик.

5. Коррекция психологического состояния у больных бронхиальной астмой улучшает клиническое течение заболевания (выраженность кашля) и повышает такие показатели качества жизни, как жизнеспособность, социальное функционирование, психологический компонент здоровья ($p < 0,05$ по сравнению с больными, получавшими только медикаментозную терапию), однако, мало влияет на показатели спирометрии.
6. Коррекция психологического состояния у больных ГЭРБ уменьшает выраженность клинических симптомов (изжоги, кислой отрыжки или регургитации) и повышает следующие показатели качества жизни больных: интенсивность боли, жизнеспособность, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье и психологический компонент здоровья ($p < 0,05$ по сравнению с пациентами, получавшими только медикаментозную терапию), однако, мало влияет на показатели 24-часовой рН-метрии.
7. Коррекция психологического состояния у больных с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ способствует уменьшению выраженности клинических симптомов (кашля, одышки и изжоги) и улучшает такие показатели качества жизни пациентов, как жизнеспособность, психологический компонент здоровья и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p < 0,05$ по сравнению с больными, получавшими только медикаментозную терапию), однако, мало влияет на результаты спирометрии и 24-часовой рН-метрии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Определение индивидуально-личностных особенностей в процессе обследования пациентов с бронхиальной астмой и ГЭРБ даёт возможность уточнить их психологический статус, что способно в дальнейшем помочь индивидуализировать терапевтические мероприятия.
2. При выборе тактики лечения больных бронхиальной астмой и ГЭРБ консультация клинического психолога и проведение с его помощью курса немедикаментозной психокоррекции способно повысить эффективность терапии и качество жизни пациентов.
3. Помощь клинического психолога наиболее показана больным с сочетанием бронхиальной астмы и ГЭРБ, в том числе при внепищеводных проявлениях ГЭРБ, связанных с поражением респираторной системы, поскольку именно данная категория больных характеризуется наиболее выраженными нарушениями психологического статуса.

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Маев, И.В. Влияние психокоррекции на характер течения заболевания и качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, бронхиальной астмой и при их сочетании / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // **Медицинский совет.** – 2012. – №6. – С. 56–63.
2. Маев, И.В. Оптимизация терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // **Фарматека.** – 2013. – №2. – С. 59–64.
3. Маев, И.В. Терапевтическая роль прокинетических препаратов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // **Медицинский совет.** – 2014. – №4. – С. 66–70.
4. Маев, И.В. Коррекция психоэмоционального статуса и влияние данного метода на течение заболевания и качество жизни пациентов при бронхиальной астме и сочетании бронхиальной астмы с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // **Медицинский совет.** – 2014. – №4. – С. 110–112.
5. Юренев, Г.Л. Влияние психокоррекции на клинический статус и качество жизни коморбидных пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной

- болезнью и бронхиальной астмой / Г.Л. Юренев, А.А. Самсонов, Е.Н. Биткова [и др.] // **Фарматека**. – 2014.– №14.– С. 40–46.
6. Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагальной рефлюксной болезнью / Г.Л. Юренев, Н.А. Сирота, Е.Н. Биткова [и др.] // **Терапевтический архив**. – 2014. – №8. – С. 42–49.
 7. Клинические проявления кардиальной маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: обзор литературы / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // XII Научно-практическая конференция «Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы». – 2010. – С. 62–71.
 8. Роль рН-метрии в диагностике пульмонологической маски ГЭРБ / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Конференция «Заболевания поджелудочной железы – проблема терапевтов, хирургов, реаниматологов». – 2011. – С. 41–43.
 9. Пульмонологическая маска ГЭРБ: особенности клинического течения и терапевтического подхода / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Конференция «Заболевания поджелудочной железы – проблема терапевтов, хирургов, реаниматологов». – 2011. – С. 39–40.
 10. Пульмонологическая маска ГЭРБ / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Гастроэнтерология №1. Consilium Medicum. – 2012. – С. 15–18.
 11. Пульмонологическая маска ГЭРБ: особенности клинического течения и диагностики / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ведомственной медицины», посвященная 70-летию ГКГ МВД РФ. – 2012. – С. 154–159.
 12. Значение психокоррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, бронхиальной астмой и при сочетании этих заболеваний / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ведомственной медицины», посвященная 70-летию ГКГ МВД РФ. – 2012. – С. 89–94.
 13. Дифференцированная тактика лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция, посвященная 10-летию журнала Медицинский вестник МВД «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». – 2012. – С. 71–80.
 14. Особенности питания при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция,

посвященная 10-летию журнала Медицинский вестник МВД «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». – 2012. – С. 80–83.

15. Обоснование целесообразности суточного мониторинга внутрижелудочной кислотности с проведением фармакологических проб / И.В. Маев, Е.Г. Лебедева, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция, посвященная 10-летию журнала Медицинский вестник МВД «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». – 2012. – С. 94–101.
16. Возможности психотерапевтических методов лечения у пациентов с бронхиальной астмой, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и при сочетании / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Научно-практическая конференция, посвященная 10-летию журнала Медицинский вестник МВД «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». – 2012. – С. 123–131.
17. Место альгинатов в современных алгоритмах терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Д.Т. Дичева, Е.Н. Биткова [и др.] // Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2012. – №2. – С. 12–17.
18. Пульмонологическая маска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова [и др.] // Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2012. – №1. – С. 15–18.
19. К вопросу о влиянии психотерапевтических методик на качество жизни больных и характер течения заболевания при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, бронхиальной астме и их сочетании / Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова, Л.Н. Трутаева [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. XXII, №5. – С. 5.
20. Роль 24-часовой рН-метрии в диагностике патологических гастроэзофагеальных рефлюксов у пациентов с бронхиальной астмой / Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова, Л.Н. Трутаева [и др.] // Юбилейный XX Российский Национальный Конгресс «Человек и лекарство». – 2013. – С. 177–178.
21. Особенности клинических проявлений при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и её сочетании с бронхиальной астмой / Г.Л. Юренев, Е.Н. Биткова, Л.Н. Трутаева [и др.] // Юбилейный XX Российский Национальный Конгресс «Человек и лекарство». – 2013. – С. 178.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>

Подписано в печать: 7.04.2015
Тираж: 100 экз. Заказ № 934
Отпечатано в РИО МГМСУ
127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.