На правах рукописи

Яргина Ольга Анатольевна

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

14.00.09 – педиатрия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на базе Муниципального учреждения «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург

Научный руководитель
Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник Высшей школы **Чередниченко Александра Марковна**.

Научный консультант
Доктор психологических наук, профессор, **Рогачева Татьяна Владимировна**

Официальные оппоненты
Доктор медицинских наук, профессор **Постникова Тамара Николаевна**
Доктор медицинских наук **Малямова Любовь Николаевна**

Ведущая организация
Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».
Защита диссертации состоится 26 мая 2009 года в____часов на заседании диссертационного Совета Д 208.102.02, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028,г. Екатеринбург, ул. Репина д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с текстом автореферата - на сайте академии www.usma.ru.
Автореферат разослан 23 апреля 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор **Гришина И. Ф.**

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

В структуре хронических заболеваний верхних отделов желудочно–кишечного тракта язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест и имеет не только медицинскую, но и социально – экономическую значимость: рецидивирующие абдоминальные боли, диспепсические расстройства, необходимость проведения неоднократного лечения и обследования, в том числе и с использованием инвазивных методов, исключение из пищевого рациона любимых блюд, ограничение физической и эмоциональной нагрузки и другие факторы создают определенные трудности в жизни ребенка и приводят к социальной дезадаптации. Следует учитывать, что многие аспекты эффективности лечения ребенка имеют выраженный «семейный» характер: необходимость диагностики и лечения хеликобактериоза в семье, организация диетического питания, выполнение родителями врачебных рекомендаций, финансовые затраты требуют вовлечения родителей в проведение реабилитационных мероприятий. Последнее в ряде случаев приводит к развитию психоневротических реакций и неадекватного поведения у родителей, чаще – у матерей из-за неуверенности и тревоги за будущее ребенка в связи с его болезнью [4, 38].

В настоящее время известно достаточное число медикаментозных и немедикаментозных средств, применяемых для лечения язвенной болезни. Они в основном направлены на заживление язвенного дефекта. Однако, по данным многих исследователей, эффект от проводимых лечебных мероприятий не стоек, хотя потенциал репаративных процессов у детей значительно выше, чем у взрослых [35]. Болезнь приобретает хроническое рецидивирующее течение.

К числу многих положений, объясняющих подобную закономерность, относится понимание язвенной болезни как психосоматического заболевания. Здоровье или болезнь ребенка многофакторны, биопсихосоциальны. Наряду с биологическими факторами запуск и поддержание заболевания определяются психосоциальными причинами (Исаев Д. Н., 1996).

У детей ответственными за высокий риск психосоматического расстройства являются некоторые индивидуально - личностные особенности, такие, как свойства темперамента (низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций, низкая выносливость) и характера, встречающиеся в разных сочетаниях: замкнутость, сдержанность, недоверчивость и тревожность, сенситивность и излишняя ответственность, аффективность, лабильность и склонность к легкому возникновению фрустраций, склонность к пониженному настроению при малейших неблагоприятных ситуациях, преобладание отрицательных эмоций над положительными, пессимизм [4].

Указанные личностные особенности определяют психологический портрет ребенка, свойственный всем детям, особенно подросткового возраста. Однако они усиливаются за счет переживания негативных психологических последствий своего заболевания, которые могут приводить к вторичной невротизации [53]. Последнее можно определить, используя специальные психологические методики. Во многих работах, описанных в литературе, приводятся результаты исследований нервно-психических расстройств у взрослых, больных язвенной болезнью [15,16,17,20,77,83]. Работы, посвященные изучению психологических особенностей детей с указанным заболеванием, представлены в отечественной литературе единичными публикациями. Не известны данные по оценке эффективности проведения психокоррекционной терапии у больных язвенной болезнью.

Отсутствие обоснованного метода решения указанной проблемы определило актуальность проводимого исследования.

Цель исследования

У больных язвенной болезнью оценить психологический статус и обосновать необходимость психокоррекционной терапии.

Задачи исследования

1. Провести анализ клинико - анамнестических данных и установить наиболее часто встречающиеся преморбидные факторы у больных язвенной болезнью.
2. Охарактеризовать клинико-морфологические признаки язвенной болезни у наблюдаемых больных в периоде обострения и ремиссии.
3. Проследить течение язвенной болезни на фоне проводимой эрадикационной терапии.
4. Исследовать психологический статус с помощью специальных тестов, выявить характерологические особенности личности больных детей.
5. При проспективном наблюдении за больными оценить эффективность комплексного лечения детей с язвенной болезнью, включающего эрадикационную и психокоррекционную терапию.
6. Разработать алгоритм наблюдения за больными язвенной болезнью, дополнить его консультацией психолога и по его рекомендации проведением психокоррекции.

Научная новизна

Впервые дана оценка клинической, эндоскопической, гистологической симптоматики и психологического статуса у больных язвенной болезнью. Установлена высокой степени колонизация H. pylori (90,9 %). Изучено состояние вегетативной нервной системы и у большинства больных (82,5%) диагностирована гиперсимпатикотония.

В отличие от имеющихся работ, впервые описан психосоматический портрет больных школьного возраста с язвенной болезнью в сопоставлении с давностью болезни, характером абдоминальной боли и диспепсических расстройств.

Показано, что основные клинические проявления язвенной болезни чаще наблюдаются у экстравертов (38,3 %), эмоционально нестабильных

экстравертов и интровертов (36,2%) и эмоционально уравновешенных амбивертов (40,4 %).

Впервые проведено проспективное наблюдение за больными язвенной болезнью в течение 3 – 6 мес. после курса психокоррекционной терапии. Установлена положительная динамика субъективной и объективной клинической симптоматики, сопровождающаяся уменьшением числа больных с гиперсимпатикотонией (42,4% вместо 82,5% при первичном обращении). Показаны особенности постэрадикационного периода течения язвенной болезни, заключающиеся в персистирующем течении хронического гастродуоденита, в ряде наблюдений – с колонизацией антрального отдела желудка H. pylori.

Найдено, что течение язвенной болезни имеет четкую эмоциональную окраску, проявляющуюся такими актуальными потребностями, как потребность в индивидуальной любви и близости к родителям, чаще к матери и общественном признании. Выявлено, что большинство больных испытывают чувство незащищенности, тревожности и неполноценности, недоверия к себе, а окружающую их обстановку (в семье, школе) воспринимают как враждебную, агрессивную и конфликтную.

Исследована динамика личностных особенностей больных в процессе индивидуальной либо групповой психотерапии.

Впервые приведены доказательные данные о необходимости включения в комплекс лечебно – оздоровительных мероприятий психокоррекционной работы с больным и членами семьи, позволяющей нормализовать личностные и поведенческие характеристики больных и профилактировать обострения язвенной болезни.

Практическая значимость работы

По результатам анализа клинико-анамнестических данных и морфологических исследований найдены особенности течения язвенной болезни, характеризующиеся хронизацией патологического процесса, возобновлением субъективной абдоминальной болевой симптоматики при наличии эмоционального раздражителя (85,3%). Больным подросткам и их родителям предложено психологическое тестирование с предварительным ознакомлением их с опросником семейных взаимоотношений и последующим проведением психокоррекционной терапии.

Продолжено динамическое наблюдение за больными в течение 3 лет. Представлены важные для практикующих врачей – педиатров данные о благоприятном течении язвенной болезни в тех наблюдениях, когда больному и семье оказана психологическая помощь. И, напротив, неблагоприятное и осложненное течение язвенной болезни (49 больных) при отсутствии помощи психолога.

Обоснована необходимость совершенствования оказания медицинской помощи детям с язвенной болезнью при активном участии психолога для осуществления психологической поддержки родителям и больным.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на ежегодно проводимых конгрессах детских гастроэнтерологов России (Москва 2003); Российской гастроэнтерологической неделе (Москва 2003); на ежегодных научно–практических конференциях «Гастродни на Урале» (2002, 2009); на областной научно - практической конференции «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии» (2008); на годичных научно – практических конференциях ДГКБ № 9; на тематических семинарах гастроэнтерологов – педиатров, проводимых кафедрой педиатрии ФПК и ПП УГМА. По материалам диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 3 - в рецензируемых журналах.

Внедрение результатов исследования

Результаты проводимых исследований внедрены в работу консультативной поликлиники МУ ДГКБ №9, в работу специализированного отделения и дневного гастроэнтерологического стационара ДБ № 11.

МУ ДГКБ № 9 и ДБ № 11 являются базовыми лечебными учреждениями кафедры педиатрии ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, где постоянно повышают свою квалификацию педиатры -гастроэнтерологи.

Материалы диссертационной работы используются в лекциях и практических занятиях для врачей–педиатров, слушателей ФУВ, при проведении занятий с врачами–интернами и клиническими ординаторами. Отдельные положения диссертационной работы внесены в квалификационные тесты по педиатрии, предназначенные для аттестации врачей.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Доля больных, направленных на консультацию к педиатру – гастроэнтерологу либо на стационарное лечение с диагнозом язвенная болезнь не превышает 40,0 %. Последнее связано с полиморфизмом и схожестью клинических симптомов язвенной болезни и хронического гастродуоденита, недостаточностью использования специализированной медицинской помощи, имеющей соответствующий лечебно – диагностический уровень и экономические ресурсы.

2. Дети, больные язвенной болезнью, имеют особенности психологического статуса, демонстрируют неадекватные модели поведения, имеют внутриличностный невротический конфликт и воспринимают свое окружение, как враждебное и агрессивное.

3. Терапевтический комплекс, дополненный проведением психокоррекционной работы, является эффективным методом лечения больных. Способствует заживлению язвы, стойкому купированию абдоминальной болевой симптоматики и желудочной диспепсии, улучшению личностных характеристик больных.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 183 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав собственных исследований, обсуждения результатов работы, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, приложения. Текст иллюстрирован 28 таблицами, 19 рисунками. Список литературы включает 93 отечественных и 28 иностранных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В консультативной поликлинике ДГКБ № 9 ежегодно проводится амбулаторный прием от 3 до 3,5 тыс. детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения, из них больные с заболеваниями гастродуоденальной локализации составляют 27,0 %. Среди детей с указанной патологией 7,9 % составляют больные язвенной болезнью.

Обследовали и наблюдали 143 больных, из них 6 детей (4,1 %) в возрасте от 7 до 10 лет, 24 ребенка (16,8 %) в возрасте от 10 до 12 лет, 60 больных (42,0 %) – от 12 до 15 лет и 53 ребенка (37,1 %) в возрасте от 15 до 18 лет. Проведенными исследованиями установлено преобладание среди больных язвенной болезнью мальчиков (64,3%) младшего (от 12 до 15 лет – 42,0 %) и старшего (от 15 до 18 лет – 37,1%) подросткового возраста, а также семейная (наследственная) отягощенность по линии отца и родственников по линии отца язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (51,0%) и желудка (69,2%).

За всеми больными проводили мониторинг длительностью от одного года до 3 лет. В наблюдении за детьми принимали участие невролог, отоларинголог, стоматолог, вертебролог. Все больные были направлены на консультацию к психологу.

Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска возникновения язвенной болезни устанавливали путем относительности риска. Относительность риска, по определению И.А. Кельмансона, является мерой ассоциации между воздействием и эффектом. Он указывает во сколько раз вероятность возникновения заболевания среди лиц, подвергшихся изучаемому воздействию выше, чем у лиц, не подвергшихся этому воздействию. Поскольку мы использовали сплошной метод набора больных вне зависимости от наличия или отсутствия того или иного заболевания в анамнезе, относительный риск вычисляли как отношение шансов (oddis ratio, OR).

Все больные находились на диспансерном наблюдении, частота осмотров была индивидуальной, что зависело от тяжести течения заболевания и рецидивирования абдоминальной болевой симптоматики. В среднем детей осматривали ежеквартально, реже – с частотой один раз в 6 мес., некоторых больных - ежемесячно.

Обследование всех детей проводили согласно медико–экономических стандартов, и оно включало: общий анализ крови и мочи, копрограмму, биохимический анализ крови, кал на яйца глистов и цисты лямблий,

ультразвуковое исследование брюшной полости. Всем больным выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) аппаратом Olimpus (GIF-P-30).

Во время проведения ЭГДС детям проводили прицельную биопсию слизистой оболочки антрального отдела желудка. Биоптаты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обезвоживали (проводили по спиртам), заливали в парафин. Срезы толщиной 3-4 мк окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван–Гизону, Гимзе, гистохимически выявляли нейтральные мукополисахариды с помощью постановки ШИК–реакции. Морфологические исследования проводили в центральной научно–исследовательской лаборатории Уральской государственной медицинской академии, старшим научным сотрудником, заведующей отделом морфологии к.м.н. С.Ю. Медведевой. Оценивали степень воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка, активность воспалительного процесса, наличие атрофии слизистой оболочки и метаплазии эпителия, степень колонизации H. pylori. Наличие H. pylori определяли гистобактериоскопическим уреазным тестом Гимзы.

Морфологические исследования (эндоскопические и гистологические) проводили во время пребывания детей в специализированном отделении либо при амбулаторном наблюдении, далее через 3 мес., через 6 мес. и далее – по необходимости.

Изучение кислотообразующей функции фундального отдела желудка, ощелачивающей функции и кислотности антрального отдела, характера структурно – морфологических и микроциркуляторных изменений слизистой оболочки желудка проводили с помощью двухчастотной интрагастральной импедансометрии на реогастрографе РГГ q – 01 (разработан Санкт – Петербургским заводом «Радиоприбор», регистрационное удостоверение № 29 /0299109/ 0184-00 в Государственном реестре медицинских изделий, лицензия № 03.В 0492). Показатели кислотообразования в фундальном отделе оценивали по максимальному значению секреции: кислотность ниже 23 ммоль/л экв. HCl оценивали как пониженную, значения от 23 до 32 ммоль/л. экв. HCl как нормальную, значения 33 – 45 ммоль/л. экв. HCl как умеренно повышенную, 46 – 55 ммоль/л. экв. HCl как значительно повышенную и значения выше 55 ммоль /л. экв. HCl как очень высокую кислотообразующую функцию фундального отдела желудка.

Изменения показателей кислотности в антральном отделе желудка характеризовали по пику зональной кислотности: при значениях кислотности 17 -35 ммоль/л. экв. HCl судили об умеренном повышении, значения выше 35 ммоль/л. экв. HCl расценивали как значительно повышенные

Психологические особенности наблюдаемых больных изучали совместно с ассистентом кафедры психологии и педагогики УГМА Е.В. Смирновой (зав. кафедрой доктор психологических наук проф. Т.В. Рогачева).

Для диагностики психологических внутриличностных и индивидуально–типологических особенностей детей использовали личностный опросник Г.Ю. Айзенка, аналитический тест Л. Сонди, тест –

опросник для родителей «Отношение к болезни», методику «Автопортрет» и «Кинетический рисунок семьи».

Тест восьми потребностей (влечений) Л. Сонди (Szondi L, 1939) – в индивидуальной любви, прикреплении к объекту и сцепление с объектом, в активности (пассивности), выставлении себя на показ, в добре (зле), в социальной роли (отказе от нее), потребность в социальном пространстве - относят к проективным тестам второго поколения.

Методика «Автопортрет» выделяет такие показатели психологических расстройств, как незащищенность, тревожность, недоверие к себе, чувство неполноценности, враждебность и агрессия.

Для оценки межличностных отношений психологи нередко используют тест «Кинетический рисунок семьи» (В. Хьюлс, Н. Карман 1972). Данная методика является проективной, т.е. специфическим психодиагностическим методом, способным выявить поведенческие реакции, как ребенка, так и его семьи, а также прогнозировать индивидуальный стиль поведения, переживания и эмоционального реагирования в значимых или конфликтных ситуациях.

Психологическое тестирование с последующей психотерапией было проведено у 94 больных язвенной болезнью после получения информированного согласия.

Объем проведенных исследований представлен в табл. 1.

Таблица1

Объем проведенных исследований у наблюдаемых детей

Вид исследования	Число исследований			Всего
	В периоде обострения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	
ЭГДС	143	143	143	429
Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка	143	143	143	429
Гистологические исследования антрального отдела слизистой оболочки желудка	143	143	143	429
Гистобактериоскопический уреазный тест Гимзы	143	143	143	429
Интрагастральная импедансометрия (РГГ)	143	143	143	429
УЗИ органов брюшной полости	143	143	143	429
Общий анализ периферической крови	143	143	143	429
Анализ кала на яйца глистов и лямблии	143	143	143	429
Копрологический анализ	143	143	143	429
Психологическое тестирование	94	94		188

Статистическую обработку материала проводили на IBM персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ STATISTICA версии 6.0. Для анализа полученных данных были использованы следующие статистические методы:

1. Для описания переменных были вычислены выборочные средние значения (M), выборочные стандартные отклонения, стандартные ошибки средних (m);

2. Для оценки статистической значимости различий двух выборок непараметрический точный метод Фишера и метод Хи – квадрат с коррекцией Йейтса.

Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска на формирование язвенной болезни учитывали путем вычисления относительного риска, как наиболее приспособленного к возможностям эпидемиологического исследования.

Для определения относительного риска были взяты дети этого же возраста, больные хроническим гастродуоденитом без эрозий (84 ребенка).

Поскольку мы анализировали статистические данные в зависимости от наличия или отсутствия того или иного неблагоприятного преморбидного фактора, относительный риск вычисляли как отношение шансов (oddis ratio, OR) следующим образом: OR = [a/c]/[b/d] = ad/bc,

где: a – число наблюдений, подвергшихся действию изучаемого фактора и имеющих заболевание;

в – число наблюдений, подвергшихся действию изучаемого фактора и не имеющих заболевание;

c – число наблюдений, не подвергшихся воздействию и имеющих заболевание;

d – число наблюдений, не подвергшихся воздействию и не имеющих заболевание.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами было обследовано 143 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет, страдающих хроническим рецидивирующим течением язвенной болезни и госпитализированных повторно в гастроэнтерологическое отделение.

Обратило на себя внимание преобладание среди больных язвенной болезнью детей в возрасте от 12 до 15 и от 15 до 18 лет (79,1%) и неблагоприятная наследственность по язвенной болезни по мужской линии.

Анализируя структуру заболеваемости у наблюдаемых детей на первом году жизни, мы установили, что наибольшим риском для развития язвенной болезни были повторные (3 и более раз) респираторные вирусные инфекции, острая кишечная инфекция и повторное применение антибиотиков. Проведение естественного вскармливания до 6 и до 9 мес. не снижало риска возникновения язвенной болезни в старшем возрасте.

В раннем и дошкольном возрасте факторами риска для развития язвенной болезни являлись повторные ОРВИ и заболевания бронхолегочной системы.

Поскольку на сегодняшний день у участковых врачей - педиатров отсутствуют «группы риска» по формированию язвенной болезни, то своевременная диагностика хронической гастродуоденальной патологии не осуществляется. Об этом свидетельствуют полученные нами данные: с диагнозом язвенная болезнь либо хронический гастродуоденит было направлено на консультацию или на стационарное лечение несколько больше одной трети больных (39,8 % и 37,8 % соответственно).

Субъективная абдоминальная болевая клиническая симптоматика и характер диспепсических расстройств отличались полиморфизмом клинических симптомов. Наиболее распространенными из них оказались жалобы на натощаковые боли в эпигастральной области (88,1%), появляющиеся при наличии эмоционального раздражителя (85,3%), исчезающие после приема пищи (77,6%). Как правило, по характеру боли были слабо выраженными, длительными и тупыми (61,5%), заметно реже (21,0%) – приступообразными, повторяющимися несколько раз в день(17,5%). У большинства больных аппетит был сохранен (48,3%) либо повышен (43,3%). Из диспепсических расстройств обращали на себя внимание отрыжка после еды воздухом либо кислым и горечью, изжога (86,0%), что оценивается в настоящее время как желудочная диспепсия. Абдоминальная болевая симптоматика и диспепсические расстройства сопровождались психологическими нарушениями. Почти у всех детей (92,5%) родители отмечали симптомы астено – невротических расстройств в виде изменения поведенческих реакций: раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость, недомогание, излишнее эмоциональное возбуждение, чувство тревоги либо состояния депрессии. Нередко (44,1%) дети жаловались на головные боли и нарушение сна (11,2 %).

Осмотром больных было установлено нормальное, соответствующее возрасту физическое развитие у большинства детей (90,5%), редко физическое развитие опережало возраст (7,4%) либо была отмечена задержка физического развития (2,1%). О длительном нарушении общего состояния и симптомах эндогенной интоксикации у большинства наблюдаемых больных (65,0%) свидетельствовали такие клинические симптомы, как сухая, местами шелушащаяся кожа с очагами гиперпигментации. Ни в одном наблюдении не отмечен нормальной окраски чистый язык. На длительное нарушение функционального состояния желудочно-кишечного тракта указывали такие признаки, как сухой, обложенный густым дурно пахнущим налетом (67,1 %) и отечный («скротальный») с отпечатками зубов язык. При пальпации живота во всех наблюдениях имела место болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной области, а также по ходу кишечника (47,6 %), в пузырной точке (31,5 %), точке и зоне Мейо – Робсона (51,0 %).

Течение язвенной болезни сопровождалось вегето - сосудистой дистонией в виде артериальной гипотензии либо гипертензии (52, 4 %) и нарушениями сердечного ритма и проводимости (62,3 %) по данным ЭКГ. Исходный вегетативный статус у больных оценивали как нормальный с тенденцией к ваготонии. При оценке вегетативной реактивности, т. е. после

проведения ортостатической пробы у большинства больных (82,5 %) определялась гиперсимпатикотония.

Всем больным с диагностической целью была проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и у всех больных были обнаружены язвенные дефекты размером от 0,5 – 1,0 до 1,5см. с отечными краями, окруженные воспалительным валом (клинико-эндоскопическая I стадия «свежей язвы»). Наряду с язвенными дефектами слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, у всех больных найдены изменения в антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишки, характерные для гастрита и дуоденита. Нередко (48,3 %) язвенным дефектам сопутствовали единичные или множественные эрозии в слизистой оболочке желудка (эрозивный гастрит) и двенадцатиперстной кишки (эрозивный дуоденит). При гистологическом исследовании биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка установлена высокая (III) стадия воспалительного процесса в виде инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами собственной пластинки слизистой оболочки и выраженной лимфоцитарно – плазмоцитарной инфильтрацией. Наряду с выраженной клеточной инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки и эпителия выявлялись «внутриклеточные абсцессы». Встречалась гиперплазия лимфоидной ткани и лимфоидные фолликулы. Воспалительный процесс сопровождался структурными изменениями покровноямочного эпителия в виде поверхностных микроэрозий и атрофии железистого эпителия. Таким образом, во всех наших наблюдениях язвенная болезнь сопровождалась гастродуоденитом высокой степени активности.

Проведением гистобактериоскопического уреазного теста Гимзы при работе с биопсийным материалом слизистой оболочки антрального отдела желудка у 130 (90,9%) был обнаружен H. pylori высокой степени колонизации. В редких наблюдениях (9,1%) гистобактериоскопический уреазный тест был отрицательным, т. е. имела место хеликонегативная язвенная болезнь.

Изучением кислотообразующей функции желудка (интрагастральная импедансометрия) было установлено, что только у части больных (41,2%) имело место повышение кислотообразующей активности желудочной секреции. Почти у половины больных (47,6 %) она была нормальной, в некоторых наблюдениях снижена.

Лечение больных в стационаре было многокомпонентным и включало диетотерапию, физиотерапию и назначение специальных схем лечения. К ним были отнесены триплекс (тройная) терапия, назначаемая больным с впервые выявленной язвенной болезнью (86 детей) и квадротерапия, проводимая больным, госпитализированным повторно в связи с безуспешностью ранее проводимой терапии (57 больных). При проведении триплекс терапии были использованы препараты: Де – Нол в комбинации с антибиотиками – амоксициллином, ровамицином, кларитромицином и препаратами группы метронидозола (трихопол) либо препаратами нитрофуранового ряда (макмирор). При назначении квадротерапии схему

тройной терапии дополняли препаратами группы ингибиторов протонной помпы (омепразол, ультоп, нексиум, париет) либо блокаторами Н2 рецепторов (ранитидин). После выписки из стационара родители всех больных получили рекомендации по организации лечебно – охранительного режима, диетотерапии, медикаментозной поддержки в случаях возобновления клинических симптомов желудочной диспепсии и санаторно-курортного лечения.

Через 3 месяца после проведения эрадикационной терапии больные были осмотрены и обследованы повторно. Отмечена положительная динамика в течении постэрадикационного периода язвенной болезни, уменьшение тяжести абдоминального болевого синдрома и диспепсических расстройств. Наряду с этим по-прежнему у многих больных (68,2%) отмечены симптомы астеноневротических расстройств в виде эмоциональной лабильности, неуживчивости в семье и коллективе одноклассников, раздражительности и агрессивности.

При заживлении язвенного дефекта и эрадикации H. pylori у многих больных (67,4 %) при эндоскопическом обследовании и гистологическом исследовании биопсийного материала были обнаружены признаки хронического гастродуоденита. Полученные нами данные, указывающие на неблагополучное течение язвенной болезни, являлись предпосылкой для оптимизации терапевтических подходов к лечению этого заболевания с учетом понимания язвенной болезни как психосоматической патологии и привлечения к реабилитации больных психолога. Проведение психологического тестирования и при необходимости дальнейшей реабилитации в любом варианте – групповой или индивидуальной психотерапии было предложено всем родителям больных детей, но информированное согласие мы получили от 94 родителей и детей. Работа с психологом проводилась в течении 6 мес.

Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью изучали с помощью личностного опросника Г. Айзенка.

Оказалось, что менее половины из числа опрошенных больных (41,6%) по своему темпераменту были отнесены к эмоционально стабильным с равными характерологическими признаками экстраверсии и интроверсии. По шкале эмоциональной стабильности – нестабильности основные клинические симптомы язвенной болезни (боль в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка, изжога), по данным опроса, были выявлены у всех больных – экстравертов, интровертов, эмоционально нестабильных и амбивертов эмоционально уравновешенных.

Особенности личности у больных язвенной болезнью были изучены с помощью теста Л. Сонди. Как известно, с помощью этой методики можно установить актуальные потребности (побуждения, влечения) у изучаемого объекта и тем самым выявить уровень невротизации и степень эмоционального напряжения (рис.1).

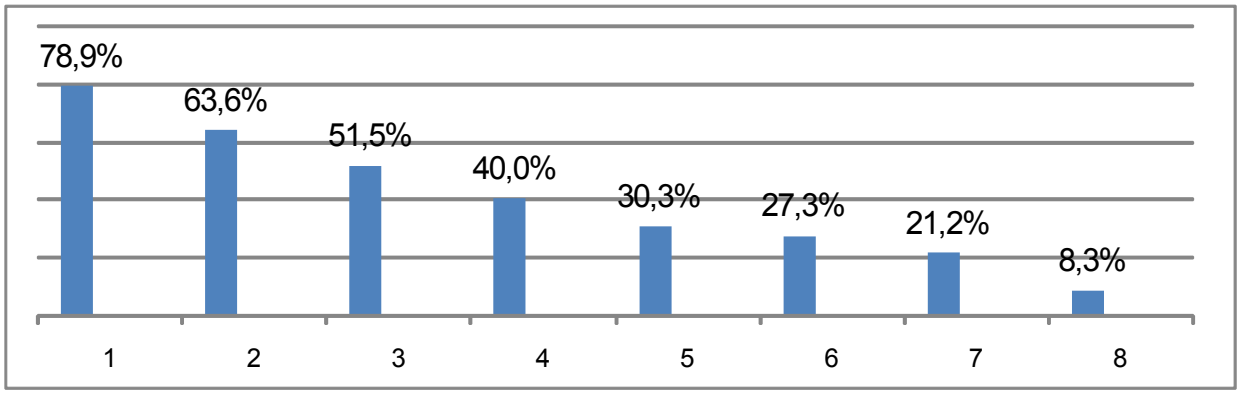


Рисунок 1. **Выявленные актуальные потребности по результатам теста «Сонди».**

Оказалось, что среди всех актуальных потребностей наиболее значимой была потребность в индивидуальной любви (78,9%) и потребность в прикреплении к объекту (63,6 %), в сцеплении с объектом (51,5), т.е. боязнь потерять общение с привычным объектом (родителями, чаще с матерью). Другие потребности – в активности (пассивности) (40,1 %), в выставлении себя на показ либо скрытности (30,3 %), добре (27,3 %), в выполнении социальных ролей (21,2 %), в социальном пространстве (8,3%) прослеживались заметно реже. Характерологические акцентуации личности в определенной мере зависели от длительности болезни. При небольшой длительности болезни (до одного года и от одного года до 3 лет) и при длительности болезни от 3 -5 и более лет оставалась потребность в индивидуальной любви, прикреплении к объекту и потребность в активности. В то же время при большой длительности болезни значительно увеличивалась такая потребность, как сцепление с объектом (поиск защиты у родителей), выставление себя на показ (привлечение внимания к своей болезни), потребность в добре и социальном пространстве. Потребность в социальной роли, т.е. быть лидером либо отказе от этой роли одинаково часто встречалась и при небольшой длительности болезни (до одного года) и при давности заболевания от одного года до 3 лет, от 3 -5 и более лет.

Актуальные потребности больных язвенной болезнью были сопоставлены с характером абдоминальной болевой симптоматики и клиническими симптомами диспепсических расстройств. Оказалось, что потребность в индивидуальной любви, прикреплении и сцеплении с объектом, активности были характерными для больных, предъявляющих жалобы на тупые и периодические боли в животе. У детей, указывающих на острые боли в животе, ярко проявлялась потребность в выставлении себя на показ, добре, стремлении выполнять определенную социальную роль. У одной трети больных, жалующихся на периодическую рвоту, изжогу, отрыжку, отказ от еды, отчетливо проявлялась потребность в индивидуальной любви, прикреплении к объекту, сцеплении с объектом, как правило, с матерью.

Таким образом, все основные симптомы язвенной болезни имели четкую эмоциональную окраску.

Семейные отношения в семье больных детей были диагностированы с помощью опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений». Оказалось, что во всех опрашиваемых семьях были выявлены нарушения стиля семейного воспитания, свойственные гиперопеке или гиперпротекции, чрезмерное внимание и много времени, посвященные детям - компенсация материнской тревоги и чувства вины сверхопекающим поведением, доминированием, недостаточности требований, запретов (45,6%), наказаний за нарушение запретов и невыполнение требований (55,2 %), а также противоречивость предъявляемых ребенку требований, эмоциональная зависимость, псевдозабота – формальное, малоэмоциональное отношение к ребенку, неправильная оценка состояния и потребностей ребенка.

С целью оценки психологических нарушений личности были использованы рисуночные тесты «Автопортрет» и «Кинетический рисунок семьи». Рисуночный тест «Автопортрет» позволяет диагностировать эмоциональные компоненты личности: самоотношение, самооценка, невротические состояния, в частности, тревожность, страх и агрессивность (табл. 2)

Таблица 2

Частота и характер выявляемых личностных особенностей у детей по результатам теста «Автопортрет»

Показатель психологических расстройств по тесту «Автопортрет»	Наблюдаемые дети, n = 94	
	абс	%
1.Незащищенность	74	78,7
2. Тревожность	48	51,0
3.Недоверие к себе	46	48,9
4.Чувство неполноценности	84	89,3
5.Враждебность и агрессия	92	97,8
6. Конфликтность	93	98.9
7. Трудность в общении	31	32,9
8. Депрессивность	49	52,1

В описываемых наблюдениях особенности личности у детей с язвенной болезнью по тесту «Автопортрет» характеризовались незащищенностью, тревожностью, недоверием к себе и чувством неполноценности. Окружающая больных обстановка воспринималась ими, как враждебная и агрессивная, что создавало конфликтность, трудность в общении и депрессивные состояния.

Рисуночный тест «Кинетический рисунок семьи» - специфический и психодиагностический метод, способный выявить определенные аномалии ребенка и его семьи, а также прогнозировать индивидуальный стиль поведения, переживаний и эмоционального реагирования в значимых или конфликтных ситуациях (табл.3).

Таблица 3

Результаты анализа теста «Кинетический рисунок семьи» у наблюдаемых больных язвенной болезнью

Показатель психологических нарушений по тесту «Кинетический рисунок семьи»	Число больных. n = 94	
	абс	%
1. Благоприятная семейная ситуация	4	4,2
2. Конфликтность в семье	61	64,8
3. Чувство неполноценности в семейной ситуации	82	87,2
4. Враждебность в семейной ситуации	54	57,2

Рисуночный тест «Кинетический рисунок семьи» состоит из нескольких разделов. Первый раздел характеризует семейную ситуацию, в которой живет ребенок. Она трактуется, как благоприятная либо неблагоприятная. Оказалось, что почти все дети (95,8 %) жили в неблагоприятной семейной ситуации, о чем свидетельствовали рисунки, в которых отсутствовала деятельность всех членов семьи.

Второй раздел теста касается отражения в рисунках наличия или отсутствия конфликтности в семье. По представленным рисункам (наличие барьеров между фигурами, отсутствие основных частей тела у фигур, изоляция отдельных фигур, отсутствие одежды на членах семьи) можно было заключить, что многие наблюдаемые нами больные воспитывались в условиях конфликтности в семье (64,8%).

Третий раздел теста позволяет ребенку определить свое место в семье. Оказалось, что на большинстве рисунков (87,2%) фигуры располагались в нижней части рисунка, прорисовывались слабой, прерывистой линией (71,2 %) , что указывало на чувство неполноценности в семейной ситуации.

И, наконец, четвертый раздел анализируемого теста свидетельствовал о том, что многие больные дети находились во враждебной семейной ситуации (57,2%).

Полученные данные теста «Кинетический рисунок семьи» были сопоставлены с давностью клинических проявлений язвенной болезни (рис.2).

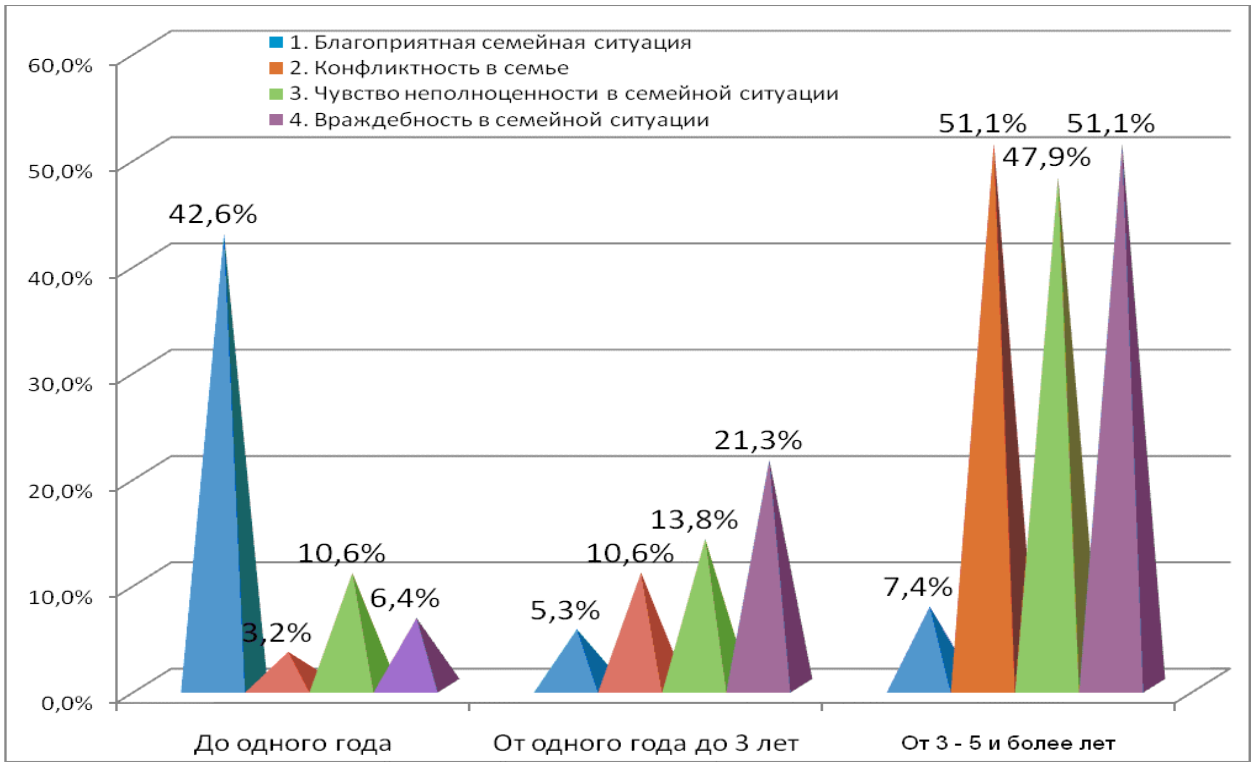


Рисунок 2. **Характеристика теста «Кинетический рисунок семьи» у детей с язвенной болезнью в сопоставлении с длительностью болезни.**

При сопоставлении показателей психологических нарушений по тесту «Кинетический рисунок семьи» с длительностью болезни оказалось, что при длительности болезни до одного года около половины детей (42,6 %) находились в благоприятной семейной ситуации. По мере увеличения длительности болезни благоприятная семейная ситуация исчезала и, напротив, нарастала конфликтность в семье, наиболее выраженная при длительности болезни от 3 -5 и более лет (51,2%). Одновременно с этим нарастала частота наблюдений, оцениваемых, как чувство неполноценности в семье (при длительности болезниот 3 – 5 и более лет – 47,9%) и враждебность в семейной ситуации (при длительности болезни от 3 - 5 и более лет – 51,1 %).

В случаях благоприятной семейной ситуации абдоминальная болевая симптоматика характеризовалась наличием тупой периодической боли. Жалобы на острые приступообразные боли, периодическую рвоту либо отказ от еды были характерными для конфликтности в семье, чувства неполноценности в семье (65,1%) и враждебности в семейной ситуации (42,6 %).

Таким образом, психологический портрет больных язвенной болезнью в периоде обострения характеризовался целым рядом особенностей. Среди них заслуживали внимания такие актуальные потребности, как потребность в индивидуальной любви и близости к родителям («прикреплении к объекту», «сцеплении с объектом»), а также в общественном признании (по тесту Л. Сонди). Личностные особенности характеризовались незащищенностью, тревожностью, недоверием к себе, чувством неполноценности. Такие поведенческие реакции являются источником враждебности и агрессии, конфликтности, при этом возникали трудности в

общении и депрессивность (по тесту «Автопортрет»). Негативизм неблагоприятной социальной среды был наибольшим при длительности болезни от 3 - 5 и более лет, проецировался на тяжесть абдоминальной болевой симптоматики и диспепсических расстройств.

Клиническая характеристика больных язвенной болезнью была прослежена при проспективном наблюдении через 3 мес. после проведения эрадикационной терапии. В динамике наблюдения субъективная клиническая симптоматика заметно улучшилась. Натощаковые боли выявлялись заметно реже (17,5 %, сравнить с 88,1% до лечения) так же, как и в параумбиликальной области (24,5%, сравнить с 58,7% при первичном осмотре больных). В то же время почти в трети наблюдений (28,7 %) боли в животе появлялись при эмоциональном раздражителе. Преобладали слабо выраженные длительные тупые боли (36,4 % сравнить с 61,5% при первичном осмотре). В редких наблюдениях (3,2% сравнить с 21% до проведения лечения) были и кратковременные, неинтенсивные приступообразные боли в эпигастрии, повторяющиеся несколько раз в день, при нормальном аппетите (91,5%, сравнить с 48,3% при первичном обследовании). Довольно часто (38,5%. сравнить с 86,0% при первичном осмотре) больные жаловались на отрыжку после еды воздухом, часто кислым, изжогу, что указывало на сохранение симптомов желудочной диспепсии.

Положительная динамика течения болезни была отмечена не только при опросе, но и при осмотре больных. Заметно увеличилось число больных с нормальной окраской и влажностью кожи (59,6%, сравнить с 10,5% до лечения). У всех больных был чистый влажный, нормальной окраски язык, что указывало на нормализацию функции органов пищеварительной системы. Обращало на себя внимание, что более, чем у половины больных (50,4%) живот оставался болезненным при пальпации. Значительно реже, чем до лечения определялась болезненность в эпигастральной области (40,4 %, сравнить с 100% при первичном осмотре).

Что касается состояния сердечно – сосудистой системы, то в редких наблюдениях была найдена сосудистая дистония (артериальная гипертензия или гипотензия). Заметно реже (36,1%, сравнить с 62,3% до лечения), по данным ЭКГ, сохранялись нарушения сердечного ритма и проводимости. В то же время, у многих детей (61,8%, сравнить с 35, 6% при первичном обследовании) на ЭКГ нарушения сердечного ритма не выявлялись. Почти в 2 раза (42,4 %, сравнить с 82,% при первичном осмотре) уменьшилось число больных с гиперсимпатикотонтей.

Морфологические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки через 3 – 6 мес. после эрадикационной и психокоррекционной терапии характеризовались отсутствием рецидива язвенного дефекта. У большинства больных (63,8 %) определялись следы репарации в виде рубца на слизистой оболочке красного цвета, различной формы (линейной, циркулярной, звездчатой) с деформацией или без деформации стенки двенадцатиперстной кишки. Нередко (36,2%) заживление

язвы было в виде рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.

В ряде наблюдений (20,2%) были обнаружены на слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки единичные эрозии. Наряду с указанными, через 3 мес. после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии у всех больных определялись эндоскопические признаки гастрита и дуоденита в виде гиперемии слизистой оболочки антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Через 6 мес. число таких наблюдений уменьшилось в 2 раза. Заметная положительная динамика касалась и частоты выявления дуоденогастрального рефлюкса: через 3 мес. этот эндоскопический признак был описан более, чем у одной трети больных (38,3 %), а через 6 мес. только в единичных наблюдениях (12,7%).

Гистологические исследования биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка, полученного при эндоскопическом обследовании больных через 3 мес. после эрадикационной и психокоррекционной терапии, указывали на наличие выраженного воспаления (69,1%), через 6 мес. воспаление классифицировалось, как умеренное (88,3%). В свою очередь активность воспалительного процесса через 3 мес. после проведенного лечения во многих наблюдениях характеризовалось, как воспаление II стадии активности, через 6 мес. у всех больных активность воспаления была минимальной.

Гистобактериоскопическим уреазным тестом в отдельных наблюдениях (14,3 %) был обнаружен H. pylori, низкой степени колонизации, через 6 мес. в исследуемом материале бактерии присутствовали только в единичных наблюдениях (4,5%).

Наряду с изучением клинико-эндоскопической и гистологической картины слизистой оболочки антрального отдела желудка были прослежены особенности психологического статуса через 3 -6 мес. после эрадикационной и психокоррекционной терапии, состоящей из 10 групповых и нескольких индивидуальных занятий. Было предусмотрено повторное проведение тех же тестов, что и в начале лечения.

По данным психокоррекционной терапии по шкале эмоциональной стабильности – нестабильности преобладали амбиверты, эмоционально уравновешенные (59,5%) и эмоционально стабильные экстраверты и интроверты (27,7%). Число эмоционально нестабильных экстравертов и интровертов снизилось с 36,1 % до 12,8 %, т. е. более чем в 2 раза. Изменилась и структура актуальных потребностей по Л. Сонди (рис. 3)

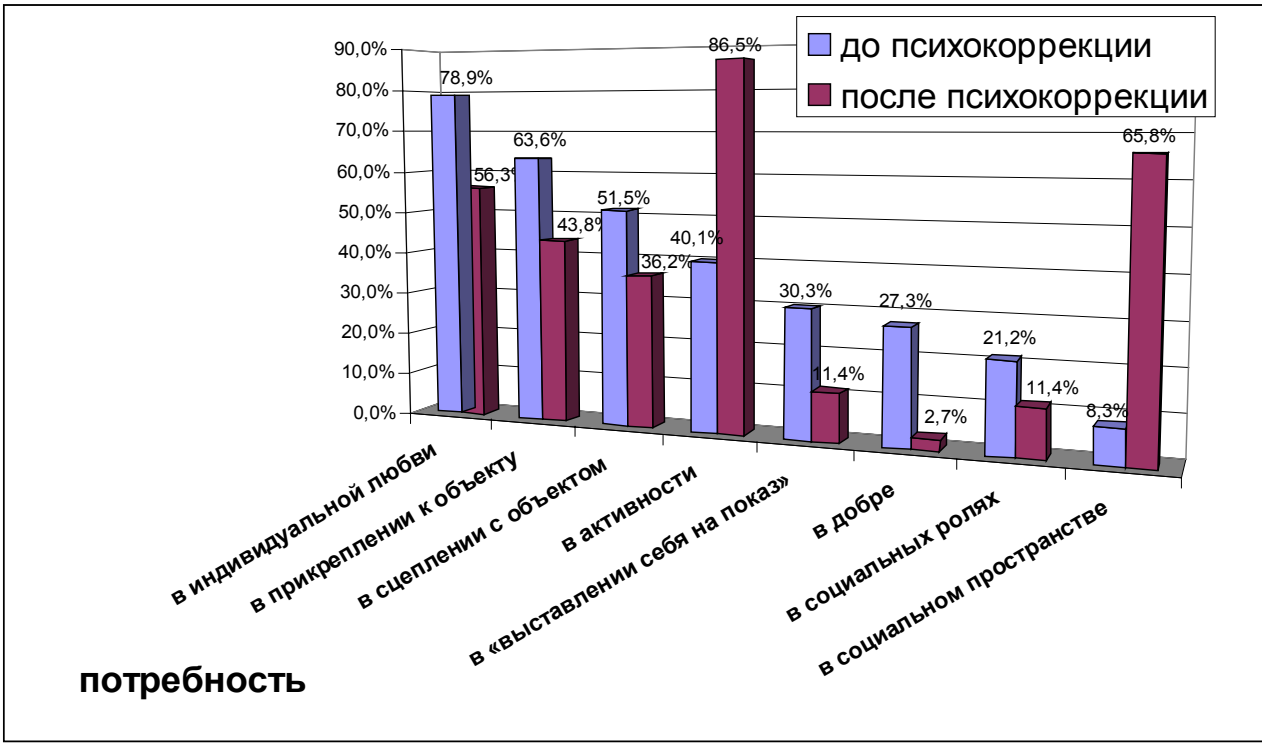


Рисунок 3. **Структура актуальных потребностей по Л. Сонди у больных язвенной болезнью после эрадикационной и психокоррекционной терапии в сравнении.**

Из приведенных данных следует, что более, чем в 2 раза увеличилась потребность в действиях и в активности, многократно увеличилась потребность в социальном пространстве, где возможно проверить себя в различных социальных ролях. Почти в 3 раза реже дети стремились показать себя больными («выставление себя на показ»). В то же время большинство детей по-прежнему испытывали потребность в индивидуальной любви и привязанность к родителям («прикреплении к объекту» и «сцеплении с объектом»).

После проведения психокоррекционной работы с детьми и их родителями у матерей значительно в меньшей степени были диагностированы нарушения стиля воспитания, свойственные гиперопеке или гиперпротекции.

Психокоррекционная терапия оказала позитивное влияние и на личностно – психологические характеристики больных язвенной болезнью (рис.4).

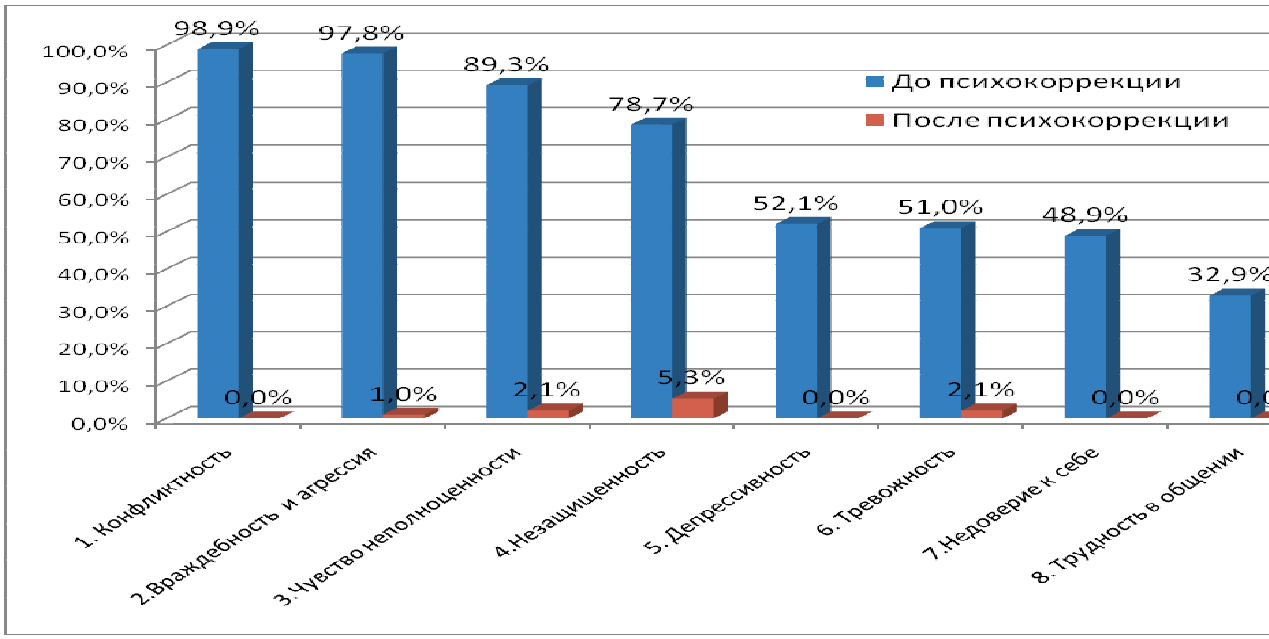


Рисунок 4. **Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии по тесту «Автопортрет».**

Согласно анализу теста «Автопортрет», только в отдельных наблюдениях сохранялись такие показатели, как незащищенность и тревожность. Исчезли такие личностные характеристики, как недоверие к себе, чувство неполноценности, конфликтность, трудности в общении и депрессивность, что указывало на нормализацию эмоционально – волевой сферы в психике больных и улучшение коммуникативно-межличностных взаимодействий.

После завершения курса работы с психологом больным было предложено вновь нарисовать свою семью («Кинетический рисунок семьи», рис 5).

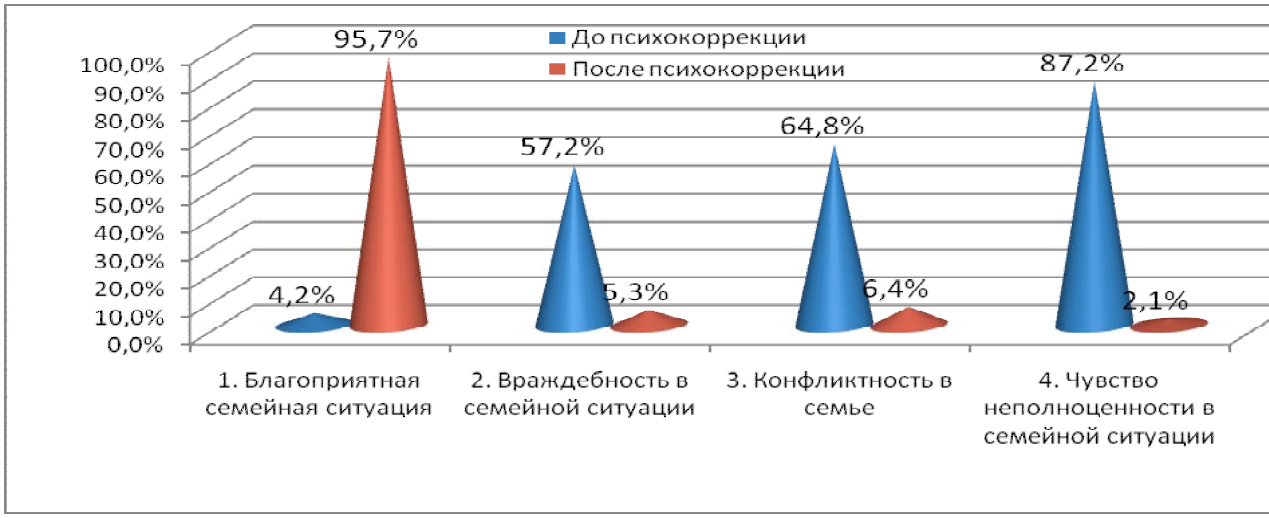


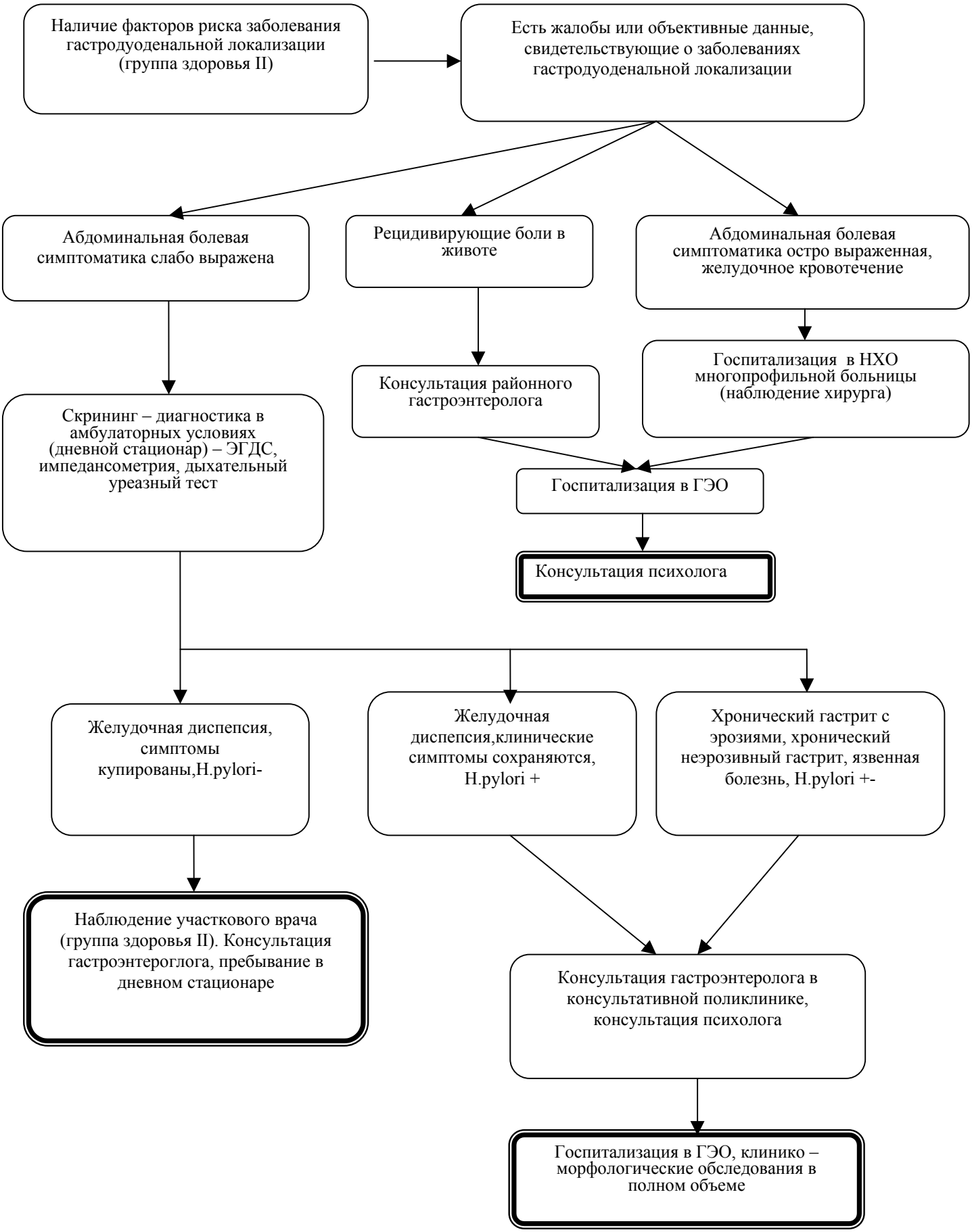
Рисунок 5. **Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии по тесту «Кинетический рисунок семьи».**

Из приведенной диаграммы видно, что у обследуемых детей радикально изменилось свое отношение к семье. Большинство больных оценивали свое окружение, как благоприятную семейную ситуацию, ощущали отсутствие конфликтности и враждебности по отношению к себе. Дети чувствовали

себя полноценными членами семьи, полностью было удовлетворено желание быть с родителями.

Полученные данные свидетельствовали о том, что лечение больных с психосоматическими заболеваниями, каким является язвенная болезнь, не следует ограничивать назначением дието – и медикаментозной терапии. Язвенная болезнь может рассматриваться в аспекте своеобразного «порочного круга», когда болезнь оказывает психологическое воздействие на личность больного, а сформированные личностные особенности могут усугубить течение болезни.

Алгоритм наблюдения больных язвенной болезнью



ВЫВОДЫ

1. По данным клинико – морфологических исследований, язвенная болезнь у детей протекает, как сочетанный патологический процесс гастродуоденальной локализации, при котором язвенному дефекту слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки сопутствует гастродуоденит неэрозивный (100%), хронический антральный гастрит и дуоденит с эрозиями (48,3%), ассоциированный с H. pylori (90,9%).

2. Течение язвенной болезни у детей в современных условиях отличается торпидностью к проведению эрадикационной терапии. При проспективном наблюдении за больными через 3 – 6 месяцев на фоне заживления язвенного дефекта и эрадикации H. pylori сохраняются клинические, эндоскопические и гистологические признаки хронического гастродуоденита.

3. Все основные симптомы язвенной болезни в стадии «свежей язвы» (абдоминальные боли, нарушения аппетита, желудочная диспепсия) сопровождаются астеноневротическим синдромом (92,5%), гиперсимпатикотонией (82,5%) и нарушениями в психоэмоциональной сфере. Последнее характеризуется актуальными потребностями в индивидуальной любви (78,9%) и близости к родителям (63,6%), общественном признании (30,3%), что указывает на социальную дезадаптацию.

4. Больные язвенной болезнью имеют личностные особенности, характеризующиеся незащищенностью (78,7%), тревожностью (51,0%), недоверием к себе (48,9%) и чувством неполноценности (89,3%). Большинство больных (95,8%) воспринимают свою семью как неблагоприятную социальную среду и воспитываются в условиях конфликтности (64,8%), и враждебности в семейной ситуации (57,4%). Частота указанных психологических нарушений нарастает при длительности болезни от 3 – 5 и более лет и проявляется тяжестью абдоминальной болевой симптоматики и желудочной диспепсии.

5. Психокоррекционная терапия таких больных, индивидуальная или групповая позволяет изменить стиль воспитания и создать в семье благоприятную семейную ситуацию (95,7%), выработать адекватные навыки преодоления эмоциональных стрессов, обучить адаптивному поведению как в семье, так и со сверстниками.

6. Восстановительное лечение больных язвенной болезнью требует совершенствования, в частности, включения в реабилитационный процесс помощи психолога, как обязательного компонента немедикаментозной терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На догоспитальном этапе целесообразно использовать алгоритм наблюдения за больными язвенной болезнью у детей младшего и старшего подросткового возраста, что позволяет своевременно выявлять больных с указанной патологией и повысить эффективность проведения лечебных мероприятий.

2. В действующие в настоящее время медико-экономические стандарты (МЭСы) лечения и реабилитации больных язвенной болезнью в рекомендательном плане необходимо ввести консультацию психолога.

3. Учитывая сохранность морфологических признаков хронического гастродуоденита на фоне заживления язвенного дефекта у детей с язвенной болезнью, необходимо проводить диспансерное наблюдение до передачи больных во взрослую сеть по индивидуальному плану с рекомендациями ежеквартального осмотра больных педиатром – гастроэнтерологом. В случаях возобновления абдоминальной болевой симптоматики, симптомов желудочной диспепсии и психосоматических расстройств рекомендовать родителям привлекать к реабилитационному процессу психолога.

4. Восстановительное лечение больных язвенной болезнью, помимо традиционно назначаемого медикаментозно – терапевтического комплекса и лечебно – оздоровительных мероприятий, целесообразно дополнить занятиями с психологом, как самого больного, так и членов его семьи, т. к. при проспективном наблюдении за больными установлено, что проведение психокоррекционной терапии позволяет профилактировать обострения язвенной болезни.

5. В практику работы районных педиатров – гастроэнтерологов необходимо внедрить школы здоровья для больных язвенной болезнью по вопросам организации лечения и профилактики заболеваний гастродуоденальной локализации, поскольку под маской этих заболеваний нередко скрывается язвенная болезнь.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Яргина О. А. Особенности психологического статуса у подростков с язвенной болезнью. / О. А. Яргина, А. М. Чередниченко // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. – Москва. 2002.
2. Яргина О. А. Отношение к болезни родителей подростков с язвенной болезнью. / О. А. Яргина, А. М. Чередниченко // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. – Москва. 2003,т.3, прил.19. – С.75.
3. Яргина О. А. Психосоматические аспекты течения язвенной болезни у подростков и роль семьи в их формировании. / О. А. Яргина, А. М. Чередниченко // Уральский медицинский журнал. – 2007. - №5(33). – С. 41-43.
4. Яргина О. А. Роль семьи в этиологии язвенной болезни у подростков. / О. А. Яргина, А. М. Чередниченко, Т. В Рогачева // Материалы I Всероссийской конференции «Здоровье и образование ребенка». – Пермь. - 2002. – С. 440-442.
5. Яргина О. А. Структура городской гастроэнтерологической службы, объем диагностики и лечения хеликобактерной инфекции у детей. / О. А. Яргина, А. М. Чередниченко, Л. Н Малямова, Г. И. Колпащикова, Т. Л. Савинова, С. А. Ельцова // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. – Москва. 2003,т.3, прил.19. – С.75.
6. Яргина О. А. Язвенная болезнь как психосоматическое заболевание у подростков. / О. А. Яргина, Е. В. Петрова, А. М. Чередниченко// Материалы VI съезда детских гастроэнтерологов. – Москва.2004.
7. Яргина О. А. Язвенная болезнь как психосоматическое заболевание у детей подросткового возраста. / О. А. Яргина, Е. В. Петрова, А. М. Чередниченко// Материалы XI Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – Екатеринбург. – 2004. – С.177.
8. Яргина О. А. Язвенная болезнь как психосоматическое заболевание у детей подросткового возраста. / О. А. Яргина, Е. В. Петрова, А. М. Чередниченко//. Специализированная помощь детям г. Екатеринбурга и области: итоги 20 – летней деятельности и перспективы развития. – Екатеринбург. – 2005. – С. 74.
9. Яргина О. А. Психологический портрет подростков с язвенной болезнью. / О. А. Яргина// Специализированная помощь детям г. Екатеринбурга и области: итоги 20 – летней деятельности и перспективы развития. – Екатеринбург. – 2005. – С. 75.