

## Литература

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей.- СПб.: Речь, 2001- 200с.
2. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Методические рекомендации к пособию «Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей»- М., Владос, 2002
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е перераб. и доп.-М., Медицина, 1995- 560 стр.
4. Пантюхина Г.В., Печера К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни /Под редакцией В.А.Доскина-М., 1996
5. Хабарова Н.М., Пиянзин А.И. Нервно-психическое развитие детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС // Материалы 9 Конгресса педиатров России. Актуальные проблемы педиатрии – Москва, 10-12 февраля 2004г. т. 3 приложение 1. стр. 433

*О.А. Яргина, А.М. Чердиченко*

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

*Кафедра педиатрии ФПК и ПП УГМА*

**Резюме.** Приведены данные об оценке 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*.

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.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, психосоматика, подростки.

**Введение.** 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, диспепсия, 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.

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. Болезнь приобретает хроническое рецидивирующее течение.

Среди многих причин, объясняющих подобную закономерность, является понимание язвенной болезни как психосоматического заболевания. Здоровье или болезнь ребенка многофакторны, биопсихосоциальны. Наряду с биологическими факторами запуск и поддержание заболевания определяются психосоциальными причинами.

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 и к вторичной невротизации. Последнее можно определить, используя специальные психологические методики.

**Цель исследования:** у больных язвенной болезнью оценить психологический статус и обосновать необходимость психокоррекционной терапии.

**Материалы и методы исследования.** В работе представлены данные по наблюдению за детьми школьного возраста. При этом больные в возрасте от 7 до 15 лет лечились в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ № 9, а дети в возрасте от 15 до 18 лет получали лечение либо в специализированном дневном стационаре ДБ № 11, либо в гастроэнтерологическом отделении ГБ № 33. Обследование всех детей проводили согласно медико-экономических стандартов. Всем больным выполняли эзофагогастродуоденоскопию, во время которой проводилась прицельная биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка. Наличие *H. pylori* определяли гистобактериоскопическими исследованиями биоптата слизистой оболочки.

Изучали кислотообразующую функцию желудка с помощью интрагастральной импедансометрии. Всем больным проводили ультразвуковое исследование брюшной полости.

Психологическое обследование было направлено на определение

- Типа и свойств темперамента (тест Айзенка)
- Уровня невротизации и психоэмоционального напряжения (тест Сонди)
- Внутренней картины болезни и её восприятие семьёй больного (тест «Автопортрет»)
- Эмоционального состояния и межличностных отношений («Кинетический рисунок семьи»).

#### **Результаты исследований и их обсуждение**

Жалобы при поступлении у больных были типичны для язвенной болезни, т. е. все дети жаловались на натошачковые боли в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. На что не обратили внимание направляющие врачи – связь возникновения боли в животе с психоэмоциональной нагрузкой и исчезновение ее при эмоциональном покое.

При осмотре болевая абдоминальная симптоматика была также типична для язвенной болезни, т. е. болезненность при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной областях.

При эндоскопическом исследовании во всех случаях был обнаружен язвенный дефект и сопутствующий ему гастродуоденит – эрозивный и неэрозивный.

Гистобактериоскопический уреазный тест был положительный в 90,9% случаев.

При лечении наблюдаемых больных мы назначали стандартные общеизвестные схемы триплекс и квадротерапии. Через 3 месяца после проведения эрадикационной терапии характер клинической болевой симптоматики несколько улучшился. Но сохранялись жалобы на боли в животе, которые исчезали в состоянии эмоционального покоя. Обращали на себя внимание неудовлетворительные данные эндоскопического обследования. Язвенный дефект не обнаружен ни у одного больного, но сохранялись эндоскопические признаки гастрита и дуоденита. Таким образом, торпидное течение язвенной болезни, установленное проводимыми нами клиничко-эндоскопическими обследованиями больных и гистологическим исследованием биопсийного материала, требовало изменения терапевтических подходов к этой болезни как к психосоматической патологии и оптимизации лечебного процесса. Последнее являлось одной из задач нашей работы.

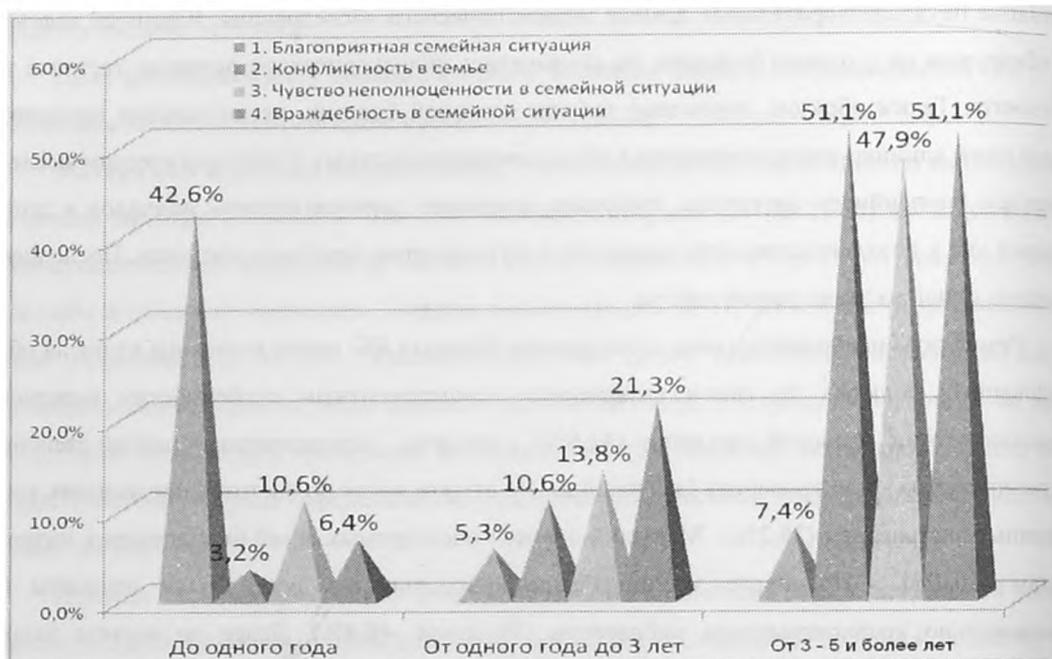
Результаты психологического обследования больных ЯБ: менее половины из числа обследованных больных по своим выраженным темпераментным особенностям являлись представителями «золотой середины» (41,6%) - это дети, проявляющие в равной степени признаки экстра - и интроверсии (амбиверты). На втором месте по частоте определялись выраженные экстраверты (38,2%). Меньший процент обследуемых детей был отнесен к интровертам (20,2%). По шкале эмоциональности большинство детей были отнесены к эмоционально уравновешенным амбивертам (38 детей - 40,4%). Далее по частоте были эмоционально нестабильные экстраверты и интроверты (34 больных - 36,2%). Меньшую часть составили эмоционально стабильные экстраверты и интроверты (22 ребенка - 23,4%).

Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью (по результатам теста Л. Сонди): ведущими потребностями у больных язвенной болезнью были потребность в любви (почти у всех детей), потребность в прикреплении к объекту и сцеплении с объектом. Указанные показатели свидетельствовали о том, что среди родных и близких людей больной ребенок ощущал себя незащищенным и одиноким, что, естественно, не оказывало благоприятного влияния на течение болезни.

Результаты проективного рисуночного теста «Автопортрет»: большинство наблюдаемых нами больных язвенной болезнью испытывали: чувство незащищенности (69,1%), тревожности (32,8%), недоверия к себе (39,3%), чувство неполноценности (76,6%), враждебности, агрессии (73,8%), конфликтность (81,5%), трудность в общении (22,8%), депрессивность (36,5%).

Результаты анализа рисуночного теста «Кинетический рисунок семьи» у наблюдаемых больных язвенной болезнью: у большинства обследованных больных отсутствовала благоприятная семейная ситуация, большинство рисунков указывало, на то, что больные дети находились в конфликтном окружении, так же было характерно для данных рисунков чувство

неполноценности семейной ситуации. Ребенок испытывал чувство враждебности окружающих по отношению к себе. Выяснилось, что только в течение первого года болезни дети находились в благоприятной семейной обстановке. По мере нарастания длительности болезни усиливалась конфликтность в семье и враждебность к ребенку в семейной ситуации.



Через 6 мес. после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии жалоб на боли в животе наши больные не предъявляли. Они появлялись лишь в единичных случаях при эмоциональной нагрузке. При объективном осмотре у 23 % больных сохранялась болезненность при пальпации в эпигастральной и пилорородуоденальной области, что мы объяснили наличием хронического неэрозивного гастродуоденита. Была оценена и психологическая характеристика наблюдаемых больных после эрадикационной и психокоррекционной терапии.

В динамике наблюдения тип темперамента обследуемых больных не изменился.

Число эмоционально нестабильных экстравертов интрвертов снизилось с 36, 2% (34 ребенка) до 12,8% (12 детей), т.е. более, чем в 2 раза.

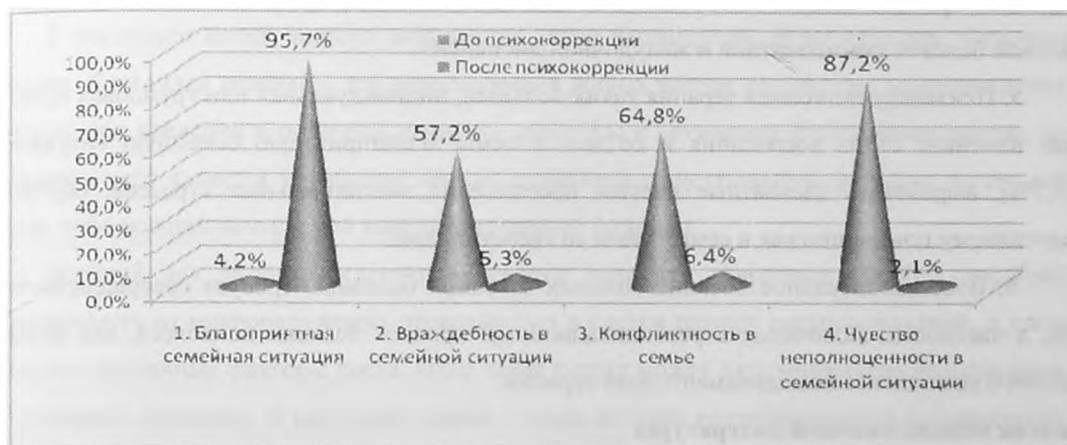
Психологические особенности личности в динамике наблюдения за больными по данным теста Л.Сонди: структура актуальных потребностей у больных, прошедших психокоррекционный тренинг, существенно изменилась.

Потребность в действиях, активности у больных увеличилась более чем в 2 раза и 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»), но, однако, по-прежнему часто они испытывали по-

требность в любви и привязанность к родителям («прикрепление к объекту» и «сцепление с объектом»).

Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии по данным теста «Автопортрет»: психокоррекционная терапия оказала весьма позитивное влияние на личность больных. После проведения психокоррекционной терапии значительно изменился характер рисунка. Больные перестали чувствовать враждебность, агрессию по отношению к себе, не испытывали чувства тревожности и конфликтности, что привело к 0 уровню депрессивности.

Психологические особенности личности у больных язвенной болезнью после проведения эрадикационной и психокоррекционной терапии по результатам теста «Кинетический рисунок семьи».



Из представленных данных следует, что положительная динамика касалась всех разделов этого теста.

### Выводы

1. По данным клинко – 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.

#### **Список использованной литературы**

1. Айзенк Г. Исследования человеческой психики. – М.: ЭКСМО – пресс, 2001. – 341с.
2. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов. – М., 1997. – 198с.
3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам. – М., 1998. – 376с.
4. Брызгунов И. П. Профилактика и лечение психосоматических заболеваний у детей с позиций педиатра и психолога / И. П. Брызгунов // Педиатрия. – 1999. - № 4. – с.106 – 107.
5. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454с.
6. Маховер К. Проективный рисунок человека / Кэтрин Маховер. – М.: Смысл, 1996. – 158с.