

Л.Г. Паламар
М.І. Поліщук
Л.В. Швиґар

МЕЖОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діти, виразкова хвороба, психоемоційні розлади.

Резюме. На підставі аналітичного зіставлення клініко-параклінічних особливостей перебігу виразкової хвороби в дітей з'ясовано, що в патогенезі захворювання переважають розлади психоемоційної сфери: високий і середній рівень реактивної тривожності, фізичної та вербальної агресії, нейротизму, стан субдепресії та легкої депресії, середні значення шкал "виснаження" і "шлункових скарг", високий рівень емоційної лабільності та інтровертованості.

Вступ

Психічні та соматичні чинники розвитку захворювань травної системи досить часто взаємозалежні. Психоемоційні чинники можуть бути тригером у розвитку патології, але й зворотно - соматичне захворювання, що виникло під впливом різних інфекційних, токсичних або аліментарних чинників, може негативно вплинути на психіку хворої дитини. Вторинні психоневрологічні нащарування погіршують перебіг захворювання травного каналу, що створює свого роду "порочне коло".

Спеціальні психологічні дослідження виявляють у дітей із розладами гастродуоденальної зони ознаки невротизації, іноді депресії, підвищену емоційну лабільність. Чим потужніша та триваліша негативна емоція, тим більш значущі та стійкі вісцеровегетативні порушення, тим більше вірогідність хронізації психосоматичних розладів та відповідного іпохондричного розвитку особи.

Мета дослідження

Виявити межові порушення психологічного статусу дітей, хворих на виразкову хворобу гастродуоденальної зони.

Матеріал і методи

Під спостереженням знаходилося 56 дітей віком від 7 до 18 років, які перебували на лікуванні в гастроентерологічних відділеннях Чернівецьких обласної дитячої лікарні №2 та міської дитячої лікарні з діагнозом виразкова хвороба шлунка та/або дванадцятипалої кишки (ВХ). Діти розподілені на підгрупи за віком, статтю та наявністю або відсутністю спадкової схильності до ВХ.

Комплексне клінічно-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження здійснювалося за загальними методами. Основні та супутні діагнози верифікувалися за МКХ-10. З метою

визначення ендоскопічних і функціональних змін верхніх відділів травного шляху виконувалась ФЕГДС за допомогою фіброгастродуоденоскопа "Pentax FG - 24P" з визначенням ендоскопічних критеріїв гелікобактерної інфекції та біопсія слизової оболонки шлунка та ДПК за загальноприйнятими правилами забору з наступним приготуванням мазка-відбитка, фарбуванням та бактеріоскопією. Одночасно з ФЕГДС проводили інтрагастральну рН-метрію з вивченням секреторної і олужнювальної функції шлунка за різницею значень рН в тілі й антрумі (В.М. Чернобровий, 1990).

Вивчення показників психоемоційного стану дітей проводили після ознайомлення зі станом їхнього здоров'я, виключення психічних розладів та неврологічної патології, оцінки стану слухового та зорового аналізаторів (за даними огляду відповідних спеціалістів).

Суб'єктивний аналіз реактивної та особистісної тривожності визначали за допомогою шкали самооцінки Ч.Д. Спілберга. З метою оцінки суб'єктивного ступеня емоційного переживання фізичних немагаць окремої людини застосовувалося Гесенське опитування. Для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії використана методика диференційної діагностики депресивних станів Зунґе в адаптації Т.І.Балашової [1]. Рівень депресії (РД) розраховувався за формулою:

$$РД = \sum_{пр} + \sum_{звр.},$$

де $\sum_{пр}$ - сума закреслених цифр до "прямих" виказувань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\sum_{звр.}$ - сума цифр "зворотних" закреслених виказувань № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. При РД до 50 балів - стан без депресії, РД 50 - 59 - стан легкої депресії ситуаційного або невротичного генезу, РД 60 - 69 - субдепресивний стан або маскування депресії, РД більше ніж 70 - справжній депресивний стан.

Обговорення результатів дослідження

Тестування за опитувальником Спілберга засвідчило, що в підлітків 15-18 років порівняно з молодшою віковою групою спостерігається зростання особистісної тривожності в 2 рази ($56,7 \pm 9,7\%$ проти $25,9 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$). Поряд з цим нормальні значення тесту більш ніж вдвічі домінують ($p < 0,05$) у пацієнтів 10-14 років ($70,0 \pm 8,1\%$ проти $25,1 \pm 5,1\%$ у хворих 15-18 років). У цьому віці зовсім не зафіксовано зниження рівня даного показника в той час, як $7,6\%$ дітей старшої групи мають низький рівень особистісної тривожності. У $67,2 \pm 9,3\%$ хлопчиків спостерігався високий рівень особистісної тривожності проти $43,2 \pm 8,4\%$ у дівчаток. $p > 0,05$. Вірогідною ($p < 0,05$) виявилась лише різниця між статевими групами в рівні реактивної тривожності. Більшість хлопчиків ($65,6 \pm 5,1\%$) мали середній її рівень, а значна частина дівчаток ($68,3 \pm 7,8\%$), продемонстрували низький рівень цього виду тривожності, що свідчить про психологічну фіксацію дівчаток на своїй особистості. При порівнянні тривожності дітей із різними локалізаціями виразок виявилося, що для хворих із локалізацією виразки в ДПК більш характерним є високий ступінь особистісної тривожності ($53,7 \pm 6,3\%$ проти $17,6 \pm 3,1\%$ при локалізації виразки в шлунку, $p < 0,05$). У пацієнтів із локалізацією виразки в шлунку частіше мав місце середній її рівень ($82,4 \pm 9,7\%$, $p < 0,05$).

Характерологічні особливості дітей, хворих на ВХ гастродуоденальної зони в абсолютній більшості випадків виявлялися в підвищеній тривожності ($32,4 \pm 5,5\%$), збудженості ($21,2 \pm 4,7\%$), сенситивності ($23,1 \pm 4,1\%$), відлюдності ($9,2 \pm 3,1\%$), вразливості ($41,6 \pm 11,1\%$), образливості ($33,3 \pm 6,7\%$), нерішучості ($25,9 \pm 3,9$), невпевненості в собі ($50,9 \pm 9,8\%$). Більше половини обстежених дітей відчували різке розчарування після пережитих невдач, а третина мала занижену самооцінку та характеризувалася невмінням вербалізувати власні проблеми.

Характерною особливістю хворих дітей була залежність від оточуючих ($25,9 \pm 3,7\%$), потреба в захисті і соціальній підтримці ($42,5 \pm 6,9\%$), схиль-

ність до песимістичного настрою ($54,6\%$) та песимістичної оцінки оточуючого світу ($33,3 \pm 7,1\%$).

Діти групи порівняння, в основному, характеризувалися незалежністю, впевненістю в собі, товариськістю, розважливостю поведінки. Лише у $16,8\%$ дітей відзначалося підвищення рівня збудженості, занепокоєння, сенситивності.

З метою оцінки ступеня вираженості суб'єктивних страждань дітей, хворих на ВХ гастродуоденальної зони, нами проведено тестування пацієнтів за методикою Гессенського опитування з визначенням шкали "тиск скарг".

Частота вибору хворими дітьми різних шкал при проведенні опитування наведена в таблиці 1.

Встановлено, що у $35,2 \pm 3,1\%$ обстежених дітей основної групи виявляли максимальну кількість балів за шкалою "виснаження", у $32,4\%$ пацієнтів - рівномірну кількість балів за шкалами "виснаження" та "шлункові скарги", у $23,2\%$ - поєднання трьох шкал ("виснаження", "шлункові скарги", "біль в серці"), у $9,2\%$ - інші поєднання шкал. Тобто, майже третина дітей, хворих на ВХ (38 осіб) характеризується неспецифічним фактором виснаження, має загальну втрату життєвої енергії та потребує захисту і допомоги. Ще 35 пацієнтів, окрім неспецифічного виснаження мають психосоматичний генез дигестивних відхилень, ймовірно нейро-вегетативний. Інтенсивність тиску скарг наведено на рисунках 1 та 2.

Отримані в процесі дослідження дані дозволяють стверджувати, що діти, хворі на ВХ гастродуоденальної зони мають неадекватне уявлення про своє місце в системі взаємовідносин із соціальним оточенням, у них порушена здатність до побудови адекватної стратегії поведінки, що утруднює її контакт із однолітками, родичами та медичним персоналом, сприяючи розвитку депресивного стану. З метою диференційованого підходу до діагностики можливих скритих депресивних стадій у дітей, що хворіють на ВХ гастродуоденальної зони нами проведено опитування за допомогою опитувальника Зунге, адаптованого Т.І. Балашовою.

Таблиця 1

Частота вибору різних шкал пацієнтами (%)

Назва шкали	Бали		
	0-9	10-16	17-24
Виснаження	$21,1 \pm 2,1$ n=8	$23,6 \pm 3,1$ n=9	$55,3 \pm 3,3$ n=21
Виснаження + шлункові скарги	$14,3 \pm 2,7$ n=5	$28,5 \pm 3,3$ n=10	$57,2 \pm 3,4$ n=20
Виснаження + шлункові скарги + серцеві скарги	$12,0 \pm 2,9$ n=3	$24,0 \pm 3,5$ n=6	$64,0 \pm 2,1$ n=16

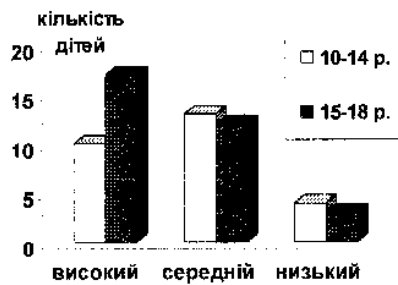


Рис. 1. Інтенсивність шкали "тиск скарг" у дітей, хворих на виразкову хворобу

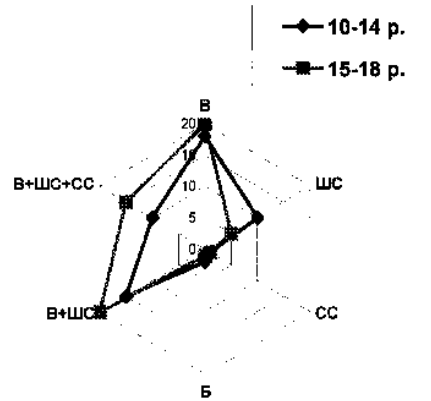


Рис. 2. Показники шкали "тиск скарг" у дітей, хворих на виразкову хворобу

Примітка. В - "виснаження"; ШС - "шлункові скарги"; СС - "серцеві скарги"; Б - "біль в різних частинах тіла"

Таблиця 2

Розподіл дітей залежно від віку, статі та рівня депресивного стану

Рівень депресії (бали)	Вік, роки				Стать			
	10-14 (n=56)		15-18 (n=52)		Хлопчики (n=64)		Дівчатка (n=44)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
до 50	12	17,8±1,3			2	3,1±1,2	8	18,2±3,0
50 – 59	21	37,5±2,1	23	44,2±4,1	28	43,8±3,7	20	45,5±3,5
60 – 69	19	33,9±4,1*	29	55,8±5,4	30	46,9±3,5*	11	25,0±4,1
> 70	4	7,6±2,1			4	6,2±1,1	1	2,2±0,2

Примітка. * - різниця вірогідна (p<0,05)

У більшості обстежених дітей нами виявлено різні рівні депресії. Стан легкої депресії ситуатійного або невротичного генезу зареєстровано в 40,4% осіб, субдепресивний стан - у 44,4% осіб, справжній депресивний стан визначено тільки в 3,7% осіб. Розподіл дітей залежно від віку, статі та рівня депресивного стану наведено в таблиці 2.

Дослідження показало, що у віковій групі дітей 10-14 років депресивний стан різного ступеня виявлено тільки в 78,5% осіб при рівномірному розподілі між станом легкої депресії та субдепресії, однак із наявністю 7,6% дітей в стані депресії, тоді як у віковій групі дітей 15-18 років у 100% реєструвався стан легкої депресії та субдепресії. Варто зауважити, що хлопчики характеризувалися більш вираженими відхиленнями. Так, у стані легкої депресії та субдепресії виявлено 90,6%, тоді як серед дівчаток 70,4%. Таким чином, тривожність, пригніченість, страх є суб'єктивними проявами неблагополуччя і тими негативними емоціями, що формують "першу лінію захисту" особистості.

Висновки

Виявлено статево-вікові психоемоційні особливості перебігу виразкової хвороби: у хлопчиків 10-

14 р. реєструється середній рівень реактивної тривожності, фізичної та вербальної агресії, нейротизму, стан субдепресії та легкої депресії, середні значення шкал "виснаження" і "шлункових скарг", високий рівень емоційної лабільності, почуття власної провини та інтровертованості. З віком підвищується рівень особистісної тривожності, фізичної і опосередкованої агресії, шкали "шлункових скарг", депресії; у дівчаток 10-14 років виявляється високий рівень особистісної тривожності, вербальної агресії, емоційної лабільності, нейротизму, середній рівень вербальної і опосередкованої агресії, почуття власної провини, стан легкої та субдепресії. З віком у дівчаток підвищується рівень інтровертованості, розширюється шкала "тиск скарг".

Перспективи подальших досліджень

Розробка диференційованого підходу до вибору тактики лікування патології.

Література. 1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. - М.: Медицина, 2000. - 496с. 2. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - №2. - С.40-49. 3. Исаев Д.Н. Психосоматические

расстройства у детей.- СПб.: Спец. лит-ра, 2000.-512с.
4. Соловьева А.Д., Шептулин А.А., Аннамamedова Р.С. Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями // Сб. матер. Всерос. науч. практ. конф., СПб., 2006.-С.117.
5. Сорокин Г.В. Особенности психоэмоционального статуса детей, больных на язвенную болезнь // Матер. науч.-практ. конф. "Динамика научных исследований - 2005". - Том 29, Медицина. - Днепропетровск: Наука і освіта, 2005. - С.36-37.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л.Г. Паламар, М.І. Полищук, Л.В. Швыгар

Резюме. На основании аналитического сопоставления клинико-параклинических особенностей течения язвенной болезни в детей установлено, что в патогенезе заболевания одну из главных ролей занимают расстройства психоэмоциональной сферы: высокий и средний уровень реактивной тревожности, физической и вербальной агрессии, нейротизма, состояние субдепрессии и легкой депрессии, средние значения шкал "истощения" и "желудочных жалоб", высокий уровень эмоциональной лабильности и интровертованности.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь, психоэмоциональные расстройства.

BOUNDARY PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN CHILDREN WITH PEPTIC ULCER

L.G. Palamar, M.I. Politschuk, L.V. Shvugar

Abstract. On the basis of analytical comparison of clinico-paraclinical peculiarities of peptic ulcer course in children, it has been determined that disorders of psychoemotional sphere: high and middle level of reactive anxiety, physical and verbal aggression, neurotism, state of subdepression and easy depression, mean values of scales of "exhaustion" and "gastric complaints", high level of emotional lability and introversion play one of the main roles in the disease pathogenesis.

Key words: children, peptic ulcer, psychoemotional disorders.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

*Clin. and experim. pathol. - 2008. - Vol.7, №1. - P.66-69.
Надійшла до редакції 21.02.2008*

Рецензент - проф. Л.О. Безруков