

ПЕДИАТРИЯ

УДК: 616-053.2-058-037-33-342(045)

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ

А.В.Котовский – ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава, ассистент кафедры поликлинической педиатрии; **Е.А.Сироткин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, профессор кафедры госпитальной педиатрии, доктор медицинских наук. E-mail: kotovskij@list.ru

Обследованы 229 детей и подростков в возрасте 10-17 лет: страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 23 человека, хроническим эрозивным гастродуоденитом – 31 человек, хроническим поверхностным гастродуоденитом – 175 человек и 30 практически здоровых детей из группы контроля.

Изучали особенности клинического течения хронических гастродуоденальных заболеваний с негативными типами родительского отношения и формирование индивидуальных психосоциальных черт личности. Проведенные исследования позволили выделить ряд факторов, позволяющих с вероятностью 81% прогнозировать развитие гастродуоденальной патологии.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, прогнозирование развития заболевания.

FORECASTING OF CHARACTER OF COURSE OF DUODENAL ULCER AND CHRONIC GASTRODUODENITIS AT CHILDREN

A.V.Kotovskiy – Penza Institute for Advanced Training of Physicians, Department of Polyclinic Therapy, Assistant; **E.A.Sirotkin** – Saratov State Medical University, Department of Hospital Pediatrics, Doctor of Medical Science. E-mail: kotovskij@list.ru

229 children and teenagers in the age of 10-17 years have been examined: suffering a peptic ulcer of a duodenum – 23 persons; chronic erosive gastroduodenitis – 31 persons; chronic superficial gastroduodenal – 175 persons; and practically healthy – 30 children from the control group.

The features of clinical course of chronic gastroduodenal diseases with negative types of the parent attitude and formation of individual psychosocial features of the person have been studied. Carried out research allowed to allocate the number of factors to forecast the development of gastroduodenal pathology with probability of 81%.

Key words: stomach ulcer, chronic gastroduodenal disease, forecasting of disease development.

В настоящее время хроническая патология желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков занимает значительное место в структуре общей заболеваемости [4,7]. До 30% выявленных заболеваний органов пищеварения у детей в возрасте 5-7 и 9-12 лет являются функциональными расстройствами [6]. Значительная их часть при условии постоянного воздействия на ребенка патогенных факторов прогрессирует и переходит в хронические болезни [1,6]. В возникновении и развитии язвенной болезни и хронического гастродуоденита немалую, а подчас и решающую роль играют психосоциальные факторы [3,10,11]. Остается открытым вопрос о специфичности психосоциального статуса детей и подростков, предрасположенных к развитию язвенной болезни и хронического гастродуоденита [7,8].

Современный подход к организации здравоохранения требует адаптации к существующим условиям простых, доступных и информативных методов обследования, которые позволят сформировать группу риска по развитию язвенной болезни и хронического гастродуоденита на раннем этапе [2, 5, 9].

Наличие в арсенале участкового врача-педиатра возможности прогнозирования развития язвенной болезни и хронического гастродуоденита позволит оптимизировать процесс диспансерного наблюдения, своевременно выделить группу риска, снизить процент возможных осложнений и обострений, уменьшить затраты на лечение. Своевременное выявление детей из группы риска позволит провести коррекцию психо-вегетативно-висцеральных нарушений, что приведет к снижению разви-

тия хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель – разработать алгоритм обследования для прогнозирования возникновения и характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей на основе комплексного изучения психосоциальной структуры модели личности.

Задачи:

Изучить особенности течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и определить частоту семейной отягощенности по заболеваниям органов пищеварения.

Провести анализ особенностей медико-социальных факторов у детей с различными формами заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

Изучить психосоциальный статус, особенности личности по параметрам активности и реактивности функционирования вегетативного отдела нервной системы у детей с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Установить наличие корреляционных связей психосоциального статуса, активности-реактивности, вегетативного профиля и психотравмирующих факторов и особенностей течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Разработать алгоритм прогнозирования течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей на основании выявленных медико-социальных факторов, участвующих в формировании хронической патологии органов гастродуоденальной зоны.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 229 детей и подростков в возрасте 10-17 лет: страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (I гр.) – 23 человека, хроническим эрозивным гастродуоденитом (II гр.) – 31 человек, хроническим поверхностным гастродуоденитом (III гр.) – 175 человек и 30 практически здоровых детей из группы контроля.

Исследование проведено в три этапа. На первом этапе были подобраны методики для пробных диагностических срезов и для математической обработки результатов исследования. На втором этапе были собраны конкретные данные: анамнез заболевания с характеристикой болевого синдрома и диспепсических явлений, УЗИ, ФГДС; параметры вегетативного статуса определяли методом кардиоинтервалографии (КИГ); социально-психологические особенности темперамента выявляли с помощью опросника В.М. Русалова; неблагоприятные семейно-бытовые факторы устанавливали методом анкетного тестирования родителей с использованием опросника родительского отношения Б.Д. Столина; психологические характеристики исследовали с помощью личностного опросника Г. Айзенка; параметры психофизиологического состояния центральной нервной системы оценивали с помощью теста Павловской структуры темперамента Я. Стреляу. Третий этап работы заключался в математико-статистической обработке, обсуждении результатов исследования, формулировке выводов и рекомендаций.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проводили исследование различий между клиническими проявлениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического эрозивного и поверхностного гастродуоденита. Выявляли достоверное

преобладание жалоб на острые режущие (39%) боли у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Очень характерны ночные (43%), поздние (22%) и “голодные” (17%) боли, которые уменьшались с приемом пищи у 30%. Жирная пища усиливала боль у 39% обследованных; 57% пациентов указывали на кратковременный характер боли с локализацией в пилорoduоденальной зоне (43%) и в эпигастрии (35%). Изжога (43%) и склонность к запорам (61%) нередко сопровождали эти проявления. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков I группы составила 82,4%. При УЗИ и ФГДС найдены изъязвления слизистой оболочки, а жидкая среда в полости желудка и двенадцатиперстной кишки была чрезмерно агрессивной. Больные с эрозивным гастродуоденитом чаще предъявляли жалобы на острые режущие боли (39%), которые возникали “натощак” у 23% и через 10-15 минут после приема пищи (26%). Прием пищи вызывал усиление боли в 48% случаев, которая проявлялась в пределах 20-30 минут и локализовалась в пилорoduоденальной зоне. Тошнота сопутствовала 26% пациентам, склонность к запорам – 26%. Начало заболевания в возрасте от 12 до 15 лет наблюдалось у 70% детей и подростков I и II групп. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков II группы составила 67,8%. По данным УЗИ и ФГДС, определены эрозивные изменения слизистой оболочки, что расценивалось как предъязвенное состояние. Пациенты III группы предъявляли жалобы на тупые ноющие боли (27%) и чувство жжения (17%). У 30% пациентов отмечалась боль через 30-40 минут с локализацией в эпигастрии, которая усиливалась после еды у 48%. Жирная и жареная пища провоцировала усиление болевого синдрома у 41% обследованных. Тошнота выявлялась в 69%, рвота – в 54%, отрыжка кислым – в 67% и пустым – в 74%, неустойчивый стул – в 17%, а запоры – в 37% случаев. При анализе сроков развития заболеваний пик смещается в сторону более раннего возраста – 10-14 лет у 72,6%. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков с хроническим поверхностным гастродуоденитом составила 47,5%. На УЗИ и ФГДС выявлены признаки хронического заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, которые не были спровоцированы чрезмерно агрессивной средой.

Анализируя полученные результаты оценки состояния вегетативного тонуса, мы описали обобщенный “вегетативный портрет” пациентов I и II групп. Он характеризовался преобладанием парасимпатической активации, резким повышением вегетативной (гиперсимпатикотонической) реактивности при пониженных показателях вегетативного обеспечения деятельности. Исходный вегетативный тонус по интегральному показателю превышает показатели в группе сравнения в 6 раз, а по вегетативному индексу – в 3 раза. Показатели солитарного рефлекса превышали контрольные в 6 раз. У больных с хроническим поверхностным гастродуоденитом получены данные о дисфункции ВНС с преобладанием симпатической активации (симпатикотонией), повышением вегетативной реактивности при нормальных показателях вегетативного обеспечения деятельности. Исходный вегетативный тонус по интегральному показателю превышает показатели в группе сравнения в 3 раза, а по вегетативному индексу – в 2 раза. Показатели в солитарном рефлексе превышали контрольные в 3 раза.

У больных I, II и III групп достоверно чаще имели место: принятие-отвержение (34,9%, 28,5%, 25,1% соответственно, $p<0,05$), авторитарная гиперсоциализация (26,1%, 16,1%, 16% соответственно, $p<0,05$). Инвалидизация является высокозначимым типом семейного отношения у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 17,4%.

После анализа психотравмирующих факторов были выделены наиболее часто встречающиеся. В группе факторов, связанных с отсутствием или утратой чувства защищенности в семье, у обследованных больных I, II и III групп достоверно чаще, чем у клинически здоровых детей, имели место: жестокая семья (51,2%, 35,5%, 31,4% соответственно, $p<0,05$); эмоционально отвергающая семья (43,5%, 32,3%, 28,6% соответственно, $p<0,05$); семья, не обеспечивающая надзора и ухода (30,4%, 25,8%, 45,1% соответственно, $p<0,05$); чуждое окружение за рамками семьи (30,4%, 30,5%, 38,3% соответственно, $p<0,05$); алкоголизм родителей (43,5%, 38,7%, 26,7% соответственно, $p<0,05$). Эмоциональное угнетение, связанное с длительной госпитализацией, имело большое значение для больных всех трёх групп. Из группы быстротечных будничных событий “стресса обыденной жизни” во всех трех группах больных детей достоверно чаще встречались низкий уровень доходов семьи, нарушение качества питания. Нарушения межличностного общения с одинаковой частотой выбирали как больные, так и здоровые обследованные. В связи с тем, что процесс общения связан с установлением доминирующих позиций, этот показатель отражал фон, на котором происходили все остальные психические процессы.

При изучении психосоциального статуса больных I и II групп достоверно чаще, чем у клинически здоровых детей, находили: предметную эргичность (82,6%, 74,2%; $p<0,05$); социальную эргичность (73,9%, 77,4%; $p<0,05$); эмоциональность (87%, 83,9%; $p<0,05$); социальную эмоциональность (73,9%, 77,4%; $p<0,05$); социальную желательность (91,3%, 87,1%; $p<0,05$). Напротив, у больных III группы чаще наблюдали такие показатели, как пластичность (57,7%), социальная пластичность (52%), темп (56,6%), социальный темп (58,3%), эмоциональность (63%), социальная эмоциональность (73%) и социальная желательность (74,3%). Необходимо еще обязательно учитывать влияние острых значимых ситуаций.

Полученные результаты говорят о том, что среди больных с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки преобладает эмоциональная неустойчивость со сдвигом в сторону интраверсии, а у пациентов с хроническим гастродуоденитом – нейротизм со сдвигом в сторону экстраверсии. В ситуациях со слабыми стимулами более адекватным будет поведение детей с меньшей эмоциональной стабильностью и интровертированностью, поскольку именно он проявляет столь необходимую здесь психологическую чувствительность. Стабильный экстраверт в подобных ситуациях может проявлять раздражение, переходящее в агрессию, ибо он не ощущает слабых, но значимых воздействий и не понимает причин своего несоответствия обстоятельствам. Однако экстраверт более адаптивен в сильных средах (напряженных условиях), в которых интроверт легко впадает в депрессию, вызванную нервным истощением и запредельным торможением. Контролирующее и корректирующее влияние со стороны централь-

ной нервной системы на высшие вегетативные отделы головного мозга определяется функциональным состоянием первой.

Показатели, отражающие психофизиологическое состояние нервной системы обследованных, представлены силой и подвижностью возбуждения и торможения. У больных язвенной болезнью и хроническим эрозивным гастродуоденитом преобладала высокая подвижность (68%) нервных процессов в сторону торможения (75%), что соответственно в 1,7 и 1,5 раза больше показателей детей группы контроля ($p<0,001$). Модель личности характеризовалась как интернальная, с «локусом контроля» во внутренней среде. У пациентов III группы преобладала высокая подвижность (40%) нервных процессов в сторону возбуждения (52%), что соответственно в 5,2 и 3,6 раза было чаще, чем у детей группы контроля ($p<0,05$). “Модель личности” характеризовалась как экстернальная, с «локусом контроля» во внешней среде. Оптимальное состояние равновесия (68%) процессов возбуждения и торможения определено в группе сравнения.

Выводы:

1. У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническими гастродуоденитами выявлены особенности клиники, вегетативного статуса и частоты семейной отягощенности, связанные с наличием эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки.

2. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастродуоденитом выявлено преобладание негативных типов родительского отношения (принятие-отвержение, авторитарная гиперсоциализация, инвалидизация) – 78,4% и 54,3% соответственно. Для них также характерно влияние ситуаций хронического действия (враждебная, жестокая семья, эмоционально отвергающая семья, семья, не обеспечивающая надзора и ухода, чуждое окружение за рамками семьи, алкоголизм родителей, низкий уровень доходов семьи) и эмоционального угнетения. У больных с хроническим гастродуоденитом без эрозии слизистой оболочки преобладали быстротечные и острые значимые психотравмирующие ситуации; чаще отмечали гармоничное воспитание (социальная желательность поведения, симбиоз).

3. У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и эрозивным гастродуоденитом в психосоциальной структуре темперамента наиболее часто встречались предметная и социальная эргичность, эмоциональность, социальная эмоциональность и социальная желательность, нейротизм, интраверсия, преобладали сила и подвижность нервных процессов торможения ($p<0,001$). Для больных с поверхностными гастродуоденитами наиболее характерны пластичность, социальная пластичность, темп, социальный темп, эмоциональность, высокая сила и подвижность нервных процессов возбуждения.

4. Выявлены достоверная прямая и обратная корреляционные внутригрупповые связи между семейно-бытовыми факторами, типами родительского отношения, психосоциальными, психофизиологическими характеристиками, что указывает на сложность механизмов, запускающих психо-вегето-висцеральные нарушения.

5. В качестве прогностических критериев развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки можно использовать следующие показатели: интра-

версия (9,3), инвалидизация (7,2), подвижность процесса торможения (7,2), эмоционально отвергающая семья (6,4), нарушение качества питания (5,3). Для хронического эрозивного гастродуоденита прогностическими являются: интраверсия (8,6), низкий уровень доходов семьи (7,6), подвижность процесса торможения (5,6), нарушение качества питания (5,2), эмоционально отвергающая семья (5,1). Характер течения хронического гастродуоденита без эрозии слизистой оболочки можно прогнозировать по подвижности процессов возбуждения (5,5); семье, не обеспечивающей надзора и ухода (5,3); экстраверсии (5,2). Чувствительность алгоритма прогнозирования – 82%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антропов, Ю.Ф. Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Л.М. Карпина // Педиатрия. – 1997. – №4. – С. 52-56.
2. Баранов, А.А. Проблемы детской гастроэнтерологии на современном этапе / А.А. Баранов // Рос. гастроэнтерол. журнал. – 1995. – №1. – С. 7-11.
3. Болезни органов пищеварения у детей: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Мазурина. – М.: Медицина, 1984. – С. 48-81, 165-183.
4. Васильев, Ю.В. Синдром диспепсии (диагностика, лечение) / Ю.В. Васильев, Н.В. Яшина, Н.Г. Иванова // Актуальные вопросы клинической медицины. – М., 2001. – С. 77-82.
5. Григорьев, К.И. Теория адаптации в практике врача-педиатра / К.И. Григорьев // Актуальные вопросы современной педиатрии. – М., 1997. – С. 27-30.
6. Григорьев, П.Я. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. М., 1993. – 2-е изд. – С. 248-262, 409.
7. Жариков, Н. М. Спорные вопросы в проблеме соматоформных смежных расстройств / Н.М. Жариков, В.Я. Гиндикин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – Т.96. – Вып.4.
8. Заболевания органов пищеварения у детей / Под ред. А.А.Баранова. – М., 1996. – 304с.
9. Колосова, О.А. Роль особенностей личности в формировании психовегетативных нарушений: Заболевания вегетативной нервной системы / О.А. Колосова // Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1991. – С. 385-391.
10. Коростелева, И.С. Психологический анализ невротических и психосоматических расстройств / И.С. Коростелева, С.И. Посохов // Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 1990. – №5. – С.90-93.
11. Кошта, О.С. Психосоциальные факторы здоровья / О.С. Кошта. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т., 1999. – С.39-42.



на заметку

Сотрудниками Саратовского государственного медицинского университета получены патенты:

1. № 2326708 Способ лечения ретикулярного варикоза и телеангиэктазий нижних конечностей/ Р.Г. Чаббаров, В.А. Гаврилов, А.Г. Пятницкий, В.С. Хворостухин.
2. № 74072 Катетер для дренирования и промывания остаточной полости после трансуретральной резекции предстательной железы/ В.И. Маслова, В.А. Башков.
3. № 2327493 Способ нормализации нарушенной линейной скорости кровотока в магистральных сосудах при острой стресс-реакции в эксперименте/ В.Ф. Киричук, А.Н. Иванов, Т.С. Кораблева, В.Д. Тупикин, А.П. Креницкий, А.В. Майбордин.