

©О. Р. Садова, С. Л. Няньковський

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ З НР-АСОЦІЙОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ З НР-АСОЦІЙОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ. У статті наведені дані щодо особливостей якості життя та соціально-психологічного функціонування підлітків віком 14–18 років, що страждають на хронічний гастродуоденіт, асоційований з *H. pylori*. За допомогою спеціальних опитувальників проаналізовано соціально-психологічні особливості та основні показники якості життя підлітків. В результаті дослідження у всіх віково-статевих групах пацієнтів у стадії загострення хронічного гастродуоденіту виявлено підвищення рівня тривожності, відхилення психофізіологічних показників за шкалою «САН», а також значні негативні зміни якості життя (за всіма шкалами опитувальника SF-36).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ. В статье предоставлены данные по поводу особенностей качества жизни и социально-психологического функционирования подростков в возрасте 14–18 лет, страдающих хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*. При помощи специальных опросников проанализированы социально-психологические особенности и основные показатели качества жизни подростков. В результате исследования во всех возрастно-половых группах пациентов в стадии обострения хронического гастродуоденита выявлено повышение уровня тревожности, отклонения психофизиологических показателей по шкале «САН», а также значительные негативные изменения качества жизни (по всем шкалам опросника SF-36).

QUALITY OF LIFE, SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH HP-ASSOCIATED CHRONIC GASTRODUODENITIS The article presents parameters of quality of life, social and psychological activity of adolescents aged 14–18 years suffering from chronic gastroduodenitis (CGD) associated with *H. pylori*. Special questionnaires were using to analyze the social and psychological characteristics and quality of life of adolescents. As a result age and sex groups of patients in the acute stage of CGD identified increasing levels of anxiety, rejection of psychological and physiological parameters on a scale “HAF”, significant negative changes in the quality of life (on all scales of the questionnaire SF- 36).

Ключові слова: діти, підлітки, якість життя, хронічний гастродуоденіт.

Ключевые слова: дети, подростки, качество жизни, хронический гастродуоденит.

Key words: children, adolescents, quality of life, chronic gastroduodenitis.

ВСТУП. Стан здоров'я дітей, їхнє зростання і розвиток мають істотне соціальне та медичне значення, є головними показниками добробуту та здоров'я населення в цілому [1]. Останні десятиліття характеризуються стрімким зростанням поширення гастроентерологічної патології серед дітей в загальному, та захворювань гастродуоденальної зони, зокрема. За інформацією Центру медичної статистики МОЗ України, щороку в країні вперше реєструється майже 50 000 дітей з хронічним гастродуоденітом. Частота хронічного гастриту (ХГ) і хронічного гастродуоденіту (ХГД) становить 31,09 %, що є беззаперечним свідченням тенденції до збільшення захворюваності на ХГД у дітей [2, 3, 4].

Основним етіологічним чинником гастродуоденальної патології є хелікобактерна інфекція, яка зустрічається у 40–56 % дітей, причому факторами ризику є інфікованість членів сім'ї, умови життя, знаходження в дитячому колективі, якість питної води тощо [5].

На сучасному етапі розвитку та вдосконалення медичних знань в галузі педіатрії відомо, що захворювання шлунково-кишкового тракту органічного генезу в дитячому та підлітковому віці протікають на фоні виражених порушень психоемоційного статусу, і при цьому має значення не лише клінічний перебіг основних синдромів захворювання, але й власне оцінка пацієнтом важкості його захворювання [6]. Заслугує на увагу рівень тривожності у підлітків, яка виникає через наявність конфліктних ситуацій переважно

особистісного характеру, що часто стають причиною виникнення різноманітних вегетативних, неврозоподібних або психосоматичних зрушень [7].

В останнє десятиліття велике зацікавлення викликає вичення якості життя (ЯЖ) як інтегрального показника, який описує найбільш важливі функції людини і відображає зміни цих функцій при розвитку хвороби та на фоні лікування [8]. За визначенням ВООЗ, ЯЖ – це індивідуальне співвідношення власного становища в суспільному житті у контексті його культури та систем цінностей з цілями індивідуума, його планами, можливостями, ступенем непристосованості. Історія вивчення ЯЖ у дітей бере свій початок з кінця 80-х років минулого століття, причому кількість досліджень ЯЖ в педіатрії на порядок менша, ніж у дорослих. Разом з тим, актуальність цієї проблеми в педіатрії не викликає сумнівів, адже здоров'я дитини є фундаментальним фактором ЯЖ населення країни, а традиційні методи обстеження дають лише одностороннє уявлення про хворобу і ефективність лікування, не дозволяючи оцінити психологічну, соціальну дезадаптацію дитини та її відношення до захворювання [9].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під нашим спостереженням перебували 65 дітей віком 14–18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Міському дитячому гастроентерологічному центрі м. Львова (що знаходиться на базі Львівської міської дитячої

клінічної лікарні) з діагнозом «Хронічний гастродуоденіт, асоційований з *Helicobacter pylori*, період загострення». Діагноз верифікувався за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів. Окрім загальноклінічних досліджень, для підтвердження діагнозу всім пацієнтам проводилась ендоскопія з прицільною біопсією і подальшою морфологічною оцінкою біоптатів, інтрагастральна рН-метрія, УЗД органів черевної порожнини. Для підтвердження інфікованості *H. pylori* проводився дихальний уреазний тест.

Якість життя (ЯЖ) досліджували за допомогою опитувальника SF-36, який належить до загальних (неспецифічних) опитувальників і широко застосовується в різноманітних дослідженнях ЯЖ. Пункти опитувальника дозволяють оцінити різні сторони якості життя, оскільки згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, біль, загальний стан здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. Отримувані при обробці даних бали для кожної шкали варіюють в межах від 100 (максимальний результат – повне благополуччя) до 0. Шкали об'єднуються в дві групи, які визначають фізичну компоненту здоров'я або фізичне благополуччя, і психологічну компоненту здоров'я, або душевне благополуччя. Даний опитувальник може застосовуватись для пацієнтів віком від 14 років.

Рівень тривоги визначали за допомогою шкали Бека. Шкала є простим, зручним інструментом для попередньої оцінки ступеня вираженості тривожних розладів у широкого кола осіб віком від 14 років при скринінгових дослідженнях. Заповнення шкали займає не більше 10 хвилин, як правило, це можна довірити самому обстежуваному. Кожен пункт включає один з типових симптомів тривоги, тілесних або психічних. Кожен пункт має бути оцінений респондентом від 0 (симптом не турбував) до 3 (симптом турбував дуже сильно). Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали. Значення до 21 бала включно свідчить про незначний рівень тривоги. Значення від 22 до 35 балів означає середню вираженість тривоги. Значення вище 36 балів (при максимумі в 63 бали) свідчить про дуже високу тривогу.

Психологічний статус пацієнтів досліджували за допомогою шкали «САН» («Самопочуття. Активність. Настрій»). Даний опитувальник є у вигляді таблиці, яка містить 30 пар слів, що відображають досліджувані особливості психоемоційного стану (самопочуття, настрої, активність). При розробці методики автори виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність і настрої можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень. Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом: менше 30 балів – низька оцінка; 30–50 балів – середня оцінка; більше 50 балів – висока оцінка.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ: Середній вік підлітків склав $15,34 \pm 0,14$. З них дівчат було 39 (60 %), хлопців – 26 (40 %). При зборі анамнезу враховувалася генетична схильність до патології верхніх відділів ШКТ у найближчих родичів: хронічний гастродуоденіт у 39,51 %, ВХ шлунка і 12-палої кишки – 18,32 %, неуточнені захворювання травного тракту – 9,20 %, онкопатологія – 4,88 %.

При детальному аналізі клінічних проявів ХГД більша увага приділялася диспептичному та больовому синдрому, оскільки вони суттєво погіршують стан пацієнта і змушують звернутися до лікаря. Больовий абдомінальний синдром завжди асоціювався з прийомом їжі, його вираженість і час появи індивідуальні. Болі в ділянці епігастрію спостерігалися у $60,15 \pm 4,55$ %; після прийому їжі через 1,5–2 години – у $29,83 \pm 3,17$ %; «голодні» і «нічні» болі – у $34,95 \pm 3,48$ %, відсутність больового синдрому у $6,76 \pm 2,6$ %. Ознаки диспептичного синдрому з різноманітними клінічними проявами (нудота, блювота, важкість в епігастрії після прийому їжі, печія, відрижка) спостерігалися у $91,27 \pm 4,51$ %, відсутності симптомів – $8,72 \pm 2,29$ %. Про перевагу в пацієнтів одного чи двох проявів диспептичного синдрому судити складно, оскільки у всіх пацієнтів вони проявлялись комплексно і у різній мірі.

При опитуванні підлітків за допомогою анкети «Самопочуття, активність, настрої» отримано наступні результати: знижену оцінку самопочуття (менше 30 балів) мали 25,9 % обстежуваних, добрим (середня оцінка, 30–50 балів) своє самопочуття вважали 23,1 % дітей, відмінним (оцінка 50–60 балів) – 55 % пацієнтів. Активність була оцінена як низька у 26,5 % дітей, середня – 42,6 %, висока – у 30,9 % респондентів. За шкалою настрою низьку оцінку мали 14,2 % дітей, середню – 23,5 %, високу – 62,3 %.

За показниками шкали тривоги Бека виявлено відмінності у вікових групах підлітків з ХГД. Так, у віці 14–15 років питома вага дітей з незначним рівнем тривоги становила 65,2 %, у 16–17 років – 69,4 %, у 18 років – 49,8 %. Середній рівень тривоги (22–35 балів) спостерігався у 17,5 % 14–15-річних дітей, тоді як у вікових групах 16–17 років та 18 років цей показник становив відповідно 20,5 % та 18,3 %. Питома вага високих показників тривоги (більше 36 балів) була найбільшою у віковій групі 18 років (31,9 %), тоді як у групах 14–15 років та 16–17 років висока тривога виявлена у 17,3 % та 11,1 % відповідно.

Опитувальник якості життя SF-36 використовувався нами в перший день госпіталізації та через 1 місяць після ерадикаційної терапії. Усім дітям була призначена стандартна 7-денна схема лікування з урахуванням регіональної стійкості *H. pylori* до антибіотиків. Ефективність ерадикаційної терапії контролювалась за допомогою дихального тесту. Перед початком лікування діти досить низько оцінювали показник загального здоров'я (GH), який становив $51,39 \pm 2,41$ балів, тоді як при повторному опитуванні через 1 місяць він склав $61,55 \pm 1,34$ бали. Показники фізичного функціонування (PF) та рольового функціонування під впливом фізичного стану (RP) до початку лікування становили відповідно $75,29 \pm 1,15$ та $82,36 \pm 2,15$ балів, а при повторному опитуванні зросли до $90,14 \pm 1,72$ (PF) та

85,34±1,98 балів (RP) відповідно. За шкалою болю (BP) теж відзначалося значне зниження показників до початку лікування. Середній показник за даною шкалою становив 49,15±2,16 балів, а після отриманого лікування збільшився до 63,12±1,15 балів, що дозволяє зробити висновок про значне покращення ЯЖ дітей після усунення больового синдрому. Сумарна шкала, яка характеризує соціальне функціонування під впливом фізичного та емоційного стану дитини (SF), теж показала, що усунення симптоматики ХГД суттєво покращує її показники. Так, на початку лікування, показник SF становив 69,18±2,23 бали, а при опитуванні після лікування він зріс до 74,36±3,15 балів. Оскільки під впливом больового синдрому, нудоти, важкості в животі та інших патологічних симптомів хронічного гастродуоденіту значно погіршується загальний емо-

ційний стан дитини, то й показник рольового функціонування під впливом емоційного стану (RE), теж був досить низьким при госпіталізації і становив 68,43±2,15 балів, тоді як після лікування цей показник значно покращився і був у межах 85,65±2,34 бали. Показник за шкалою життєздатності (VT), який залежить від самопочуття пацієнта, його настрою, відчуття повноти сил, у випадку вираженої симптоматики хронічного гастродуоденіту до початку лікування також був досить низьким (59,29±2,13 бали) в порівнянні з показником через місяць після отриманого лікування, який становив 67,25±2,26 балів. За шкалою самооцінки психічного здоров'я (MH), показники до лікування становили 62,28±2,35 балів, а при повторному опитуванні зросли до 72,23±2,13 балів (рис. 1).

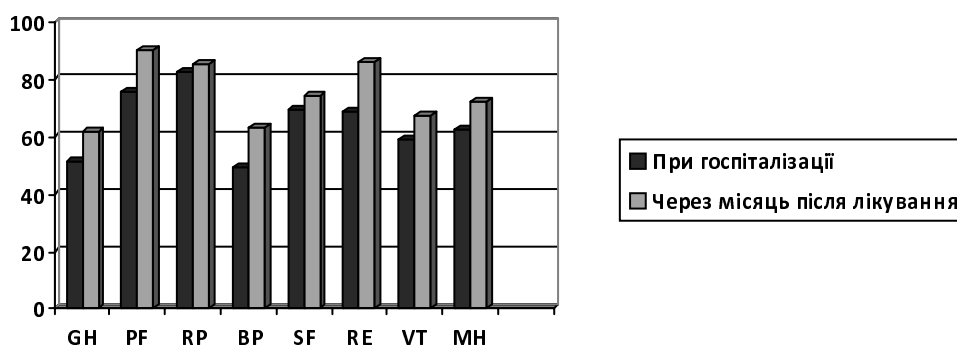


Рис. 1. Динаміка показників якості життя підлітків з HP-асоційованим ХГД.

ВИСНОВКИ. Больовий та диспепсичний синдроми при ХГД мають суттєвий вплив на психосоціальне функціонування підлітків. Існує вікова залежність впливу ХГД на рівень тривожності у даної групи пацієнтів. Ефект від ерадикаційної терапії гелікобактерної інфекції можна оцінити не лише за допомогою загальноприйнятих методик, а й використовуючи оцінку якості життя опитувальником SF-36.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Планується вивчити динаміку показників якості життя та психологічного статусу підлітків з хронічною гастродуоденальною патологією залежно від нозологічних одиниць а також оцінити вплив різних методів і форм лікування (традиційної медикаментозної терапії, ерадикаційної терапії, поєднання медикаментозної терапії та немедикаментозної терапії) та місця лікування (стаціонар, денний стаціонар, амбулаторно) даної групи пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю. Г. Вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку / Ю. Г. Антипкін, Ю. Г. Резніченко, М. О. Ярцева // Перинатологія і педіатрія. – 2012. – № 1. – С. 48–51.
2. Особливості періоду ремісії хронічних захворювань верхніх відділів травного каналу у дітей залежно від етіології захворювання та проведеного лікування / Тяжка О. В., Горобець А. О., Горобець Н. І. [та ін.] // Клин. педіатрія. – 2008. – № 5 (14). – С. 79–82.
3. Боброва В. І. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / В. І. Боброва, О. В. П'янкова, Н. І. Надточій, В. В. Замула // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2. – С. 33–36.
4. Тимошук О. В. Застосування Глутаргіну у лікуванні хронічного гастродуоденіту в дітей / О. В. Тимошук // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 112–115.
5. Дудник В. М. Клініко-ендоскопічна характеристика дітей з хронічною гастродуоденальною патологією, асоційо-

ваною з цитотоксичними штамми *Helicobacter pylori* / В. М. Дудник, Г. М. Руденко // Современная педіатрія. – 2011. – № 3. – С. 130–133.

6. Волосянко А. Б. Поняття внутрішньої картини хвороби при хронічному гастродуоденіті в дітей шкільного віку / А. Б. Волосянко, І. С. Лембрик // Клин. та експерим. патологія. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 16–19.

7. Мосієнко Г. П. Оцінка рівня тривожності у здорових підлітків та хворих на функціональні розлади системи травлення / Г. П. Мосієнко // Перинатологія і педіатрія. – 2012. – № 2. – С. 51–53.

8. Симптоми гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование / О. В. Решетников, С. А. Курилович, Г. И. Симонова [и др.] // Терапевтический архив. – 2008. – № 2. – С. 11–14.

9. Дутчак Г. М. Інтегральна оцінка якості життя у дітей з atopічним дерматитом / Г. М. Дутчак, О. Б. Синьоверська // Архів кліні. медицини. – 2011. – № 2. – С. 16–20.

Отримано 21.01.14