

С.П. Ходаківська,
В.Д. Лукашук,
О.А. Бовкун,
Л.М. Головатюк,
Б.Я.Дмитришин,
В.І. Баб'як,
Т.І. Коротич

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З НР-ІНФЕКЦІЄЮ, У ДІТЕЙ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

За останні десятиріччя хронічний гастродуоденіт (ХГД) вивчають з позиції інфікування *Helicobacter pylori* (Нр) як найбільш істотного або навіть єдиного чинника розвитку захворювання. В етіопатогенезі ХГД інфікування *Helicobacter pylori* є важливим чинником, що діє переважно місцево. Разом з тим є інша точка зору, що ХГД не завжди супроводжується інфікуванням слизової оболонки шлунку Нр [16]. Незважаючи на новітні досягнення діагностики та сучасних технологій лікування, включаючи антихелікобактерну терапію, розповсюдженість та захворюваність на ХГД і далі продовжує збільшуватись [14]. Продовжуються дослідження оптимізації ерадикаційної терапії, отримано високий показник успішного лікування ХГД із застосуванням послідовної схеми Нр-ерадикаційної терапії у дітей [12, 13, 14, 15, 17]. Послідовна ерадикаційна Нр-терапія є основною інновацією для лікування хронічної гастродуоденальної патології (ХГДП), асоційованої з Нр. Відсутні дослідження з вивчення ефективності послідовної ерадикаційної терапії у Нр-інфікованих дітей з урахуванням їх психологічних особливостей.

ХГД є системним захворюванням, в якому соматичне завжди опосередковане психічним [5, 7, 11]. Разом з тим психічні детермінанти є кофакторами, які набувають причинного значення тільки при їх поєднанні з генетичними, конституційними, інфекційними (*Helicobacter pylori*) чинниками, що сприяють виникненню хвороби [11]. Для відновлення порушених механізмів адаптивної регуляції і саморегуляції на різних рівнях потрібно застосовувати як медикаментозне лікування, так і психотерапію для підвищення ефективності лікування [4, 11].

У хворих на ХГД вивчали емоційну сферу, вегетативну регуляцію та адаптаційно-компенсаторні механізми, що складають структуру психовегетативного синдрому. Дію стресу розглядають як один з чинників роз-

витку ХГД патології [2, 3, 5, 11].

Мета дослідження – удосконалення лікування хронічного гастродуоденіту, асоційованого з Нр-інфекцією, у дітей з урахуванням психотравмуючих чинників, емоційного стану, вегетативних порушень та застосування послідовної ерадикаційної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено 88 дітей, хворих на ХГД, асоційований з Нр, у віці 7 – 18 років та 30 практично здорових дітей того ж віку.

Основну групу (І група) склало 58 дітей – отримували медикаментозну терапію (послідовна ерадикаційна терапія за схемою: в перші 5 днів – ранітидин + амоксицилін 2 рази/доба, в наступні 5 днів – ранітидин + амоксицилін + кларитроміцин 2 рази/доба) в поєднанні з психокорекцією або з психотерапією. Групу порівняння (ІІ група) склало 30 дітей – отримували лише медикаментозну терапію (послідовна ерадикаційна антихелікобактерна терапія без психокорекції).

Вивчали клінічні прояви хвороби для оцінки перебігу її. Всім хворим проводили езофагогастродуоденоскопію з морфологічним дослідженням біопатів слизової оболонки шлунка для верифікації діагнозу. Оцінка морфологічних змін слизової оболонки шлунку базувалася на критеріях „Сіднейської класифікації” (1990) та її модифікації (Х'юстон, 1996). Використовували класифікацію гастритів, дуоденітів та гастродуоденітів у дітей, прийняту на VII Конгресі педіатрів Росії та країн СНГ, Москва (2002 р.).

Для ідентифікації хелікобактеріозу використовували експрес-методи: швидкий уреазний тест, бактеріоскопічний (дослідження мазка відбитка біоптату слизової оболонки), НрSA для виявлення антигенів Нр в калі та визначали сумарні антитіла до антигену СаgА Нр за тест-системою "ХелікоБест-антитіла" (Росія).

Всім дітям провели анкетування (за участю їх батьків) стосовно наявності всіх стресових ситуацій, що були у дитини протягом життя.

Для визначення загального емоційного стану особистості в роботі використали комп'ютерний варіант кольорового тесту М. Люшера [6]. Отримували інформацію про особливості емоційного стану та використовували її для діагностики та проведення психокорекції. Оцінювали психічні якості особистості, рівень її активності, ступінь працездатності, стабільності вибору кольору та характеризували лабільність нервової системи та відхилення від автогенної норми. Для визначення психологічного типу особистості, стану емоційної стійкості та ступеня тривожності використовували опитувальник Айзенка. Аналіз реактивності та особистісної тривожності визначали за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілберга [9].

Для дослідження стану вегетативної нервової системи використовували: кардіоінтервалографію (КІГ) з визначенням вихідного вегетативного тону, вегетативної реактивності, вегетативного забезпечення з використанням кліноортостатичної проби; варіаційного аналізу ритму серця (ВРС) з використанням комп'ютерного комплексу „Полі-спектр 12”. Вегетативну реактивність (ВР) характеризували за ступенем змін функціонування вегетативної нервової системи (ВНС), використовуючи кліноортостатичну пробу. Розраховували індекс напруги Баєвського (ІНБ). Вихідний вегетативний тонус оцінювали: нормотонія – збалансований стан вегетативної нервової системи; ваготонія – ІНБ менше середнього рівня; симпатикотонія – коли ІНБ перевищує середній рівень.

Адаптаційні можливості серця оцінювали за показниками варіабельності ритму серця (ВРС). Характеризували вихідний вегетативний тонус та показник активності процесів регуляції (ПАПР), що відображає співвідношення між активністю симпатичного відділу та переважаючим рівнем функціонування синусового вузла і свідчить про механізм реалізації центральної стимуляції – нервовий або гуморальний.

Медико-психологічну допомогу обстеженим дітям надавав медичний психолог.

Отримані результати клінічного та параклінічного матеріалів оброблені методами варіаційної статистики з використанням статистичної програми «Statgraphics»;

застосовані параметричні: середню арифметичну (М), похибку середньої арифметичної (m), сигмальне відхилення (SD) та непараметричні методи статистики: критерій (Холмогорова-Смирнова) та 2. Достовірність відмінності при порівнянні середніх арифметичних величин визначали за допомогою критерію Стьюдента за допомогою програми статаналізу “Medstat”. Характер розподілу оцінювали за допомогою гістограм та коефіцієнтів асиметрії. Обчислювальні операції та аналіз матеріалів проведено науковим співробітником С.М. Лапачем.

Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі, сприяючих чинників виникнення хронічного гастродуоденіту в обстежених дітей, встановлена роль як несприятливих аліментарних чинників, так і психогенних чинників. Порушення харчування мали місце у 84,5% хворих у вигляді великих проміжків між прийомами їжі, нерегулярність прийому її, сухоїдіння, вживання холодної їжі, незбалансований раціон з переважанням вуглеводів або жирів. У 90% дітей виявлена роль негативних психологічних чинників – постійні емоційні перевантаження в школі та вдома.

Психологічне тестування свідчило про особливості характеру з переважанням негативних емоцій (різноманітні страхи, емоційна нестійкість і лабільність, немотивовані зміни настрою). У 60,3% хворих встановлено зв'язок захворювання з психотравмуючими чинниками в родині та школі, а у 65,5% спостерігалось поєднання декількох психогенних чинників.

У обстежених дітей спостерігали скарги на: безпричинні зміни настрою у 25 (28,4%) хворих, порушення сну – у 15 (10,6%) дітей. У частини хворих 26 (29,6%) виявлено прояви психастенії (плаксивість, емоційна лабільність, нерішучість), у частини 22 (25%) дітей астено-депресивні прояви (зниження настрою, підвищена дратівливість, моторна та інтелектуальна загальмованість).

У 55,1% обстежених дітей з ХГД було інтенсивне шкільне та позашкільне навантаження, 8 (9,09%) дітей – були із неповних сімей та 17 (19,3%) – мали незадовільні соціальні умови. У 5 (5,6%) дітей встановлено психічну травму (перехід до нової школи, класу, розлучення батьків, втрата члена родини).

У 62,1 % хвороба виникала на тлі спадкової схильності та наявності гастродуоденальних захворювань у близьких родичів. У 34,5 % дітей діагностика і верифікація захворювання здійснювалася лише через 1-3 роки від початку хвороби, у 30% – через 3-5 років.

Хронічна вогнищева інфекція носогорла виявлена у 63,8 % дітей, гострі кишкові інфекційні захворювання у ранньому віці – у 17,2 % дітей.

Хронічний гастродуоденіт, асоційований з Нр, поєднувався у 71% (65) з гепатобіліарною патологією: у 38 дітей – біліарна дисфункція, у 27 – хронічний холецистит.

У обстежених дітей ендоскопічно виявляли еритематозну гастропатію у вигляді: нодулярного антрального гастриту (36,8%), поверхневого антрального гастриту (26,3%), розповсюдженого гастриту (10,5%) та ерозивні зміни слизової оболонки шлунку та слизової оболонки дуоденум (СОШ та СОД) (15,8%); останні з однаковою частотою зустрічалися у хлопчиків та дівчаток, найчастіше – у дітей старших 10 років.

У 62% обстежених дітей з ХГД, асоційованим з Нр, виявили прояви вегетативної дисфункції. Дослідження функціонального стану ВНС з використанням методу кардіоінтервалографії за 5-ма класичними показниками при загостренні хвороби виявлено зміни показника індексу напруги Баєвського. У 40 (45,4%) дітей з вегетативною дисфункцією за результатами кардіоінтервалографії (КІГ) спостерігали неадекватний тип вегетативної реактивності, у 34 (38,6%) хворих – гіперсимпатикотонічний тип вегетативної реактивності на тлі вихідної амфо- і ваготонії, лише у 6 (16,8%) дітей виявлено асимпатикотонічний тип вегетативної реактивності, нормальна вегетативна реактивність була у 18 (20,4%).

Адаптаційно-приспосувальні механізми характеризували: знижені – у 26 (29,4%) дітей, у 15 (17%) – підвишені, у 17 (19,3%) хворих – незмінні (норма).

За результатами кліно-ортостатичної проби (КОСП) – переважав асимпатикотонічний варіант – 36 (40,9%), гіпердіастолічний виявили у 20 (22,7%) хворих.

Таким чином, аналіз даних анамнезу та клінічних проявів дозволив виявити у більшості дітей з ХГД, асоційованим з Нр, вегетативну дисфункцію.

Психологічні особливості у обстежених дітей. У 82,4% дітей виявили постійне психоемоційне перевантаження, акцентуацію особистості, підвищену тривожність, у частини (27,5%) дітей – субдепресивний стан. Також у значної частини дітей (68,9%) були постійні емоційні перевантаження в школі та вдома. Аналіз сімейної ситуації у обстежених дітей показав, що майже у всіх вона

була оцінена як незадовільна. У половині дітей батьки проживали окремо (40%), і спостерігались внутрішньосімейні конфлікти (51,2%). Варіант виховання у половині дітей був розцінений як гіпопротективний, у третини – гіперпротективний, у решти – недиференційований. У всіх дітей був недостатній емоційний контакт із членами родини.

При дослідженні агресії у дітей з хронічним гастродуоденітом виявили переважання образи, відчуття провини та непрямую агресію. Фруструюче відчуття провини провокує розвиток стану суб'єктивного дистресу і емоційних порушень, що знижує психічну адаптацію, сприяючи розвитку соматичного захворювання у дітей. Стримана агресія до членів сім'ї є тривалим і важко корегованим чинником, а при обтяженій спадковості може сприяти ураженню гастродуоденальної зони у дітей [1, 3, 8, 10, 11].

В стадії загострення визначали відношення дитини до хвороби. Зміна типу акцентуації характеру відбувалася лише у 1/3 хворих, а у (27,5%) дітей домінував астено-депресивний тип, який характеризувався пригніченим настроєм, песимістичним ставленням до прогнозу захворювання.

У обстежених дітей характеризували поведінку та бажання досягнення мети. При первинному обстеженні встановлено, що діти найчастіше надавали перевагу фіолетовому кольору (35%), що свідчить про бажання відокремитись від мікросоціального оточення. На другому ранговому місці у цих дітей домінував зелений колір (22%), який свідчить про необхідність самоствердження та підвищення особистої значущості. Третє місце у них посідав червоний колір (18%), що свідчить про внутрішню необхідність проявляти активність та рішучість. Інша частина дітей (28%) обирала зелений та фіолетовий кольори, що є проявом бути незалежним та вільним від обов'язків. Високий рівень нервової напруги, зумовлений прагненням до самоствердження (зелений) і потреба бути вільним (жовтий), при довгому існуванні призводить до скорочення та спазму м'язів.

Важливо зазначити, що обстежені хворі на останнє місце відклали неприємні кольори. Останні відповідають актуальній проблемі, що найбільше хвилює пацієнта в даний момент і тим станам та бажанням, які дитина пригнічує в собі, оскільки вони нездійснені в даний час. Однак, з цими бажаннями потрібно рахуватись, адже вони є дже-

релом постійного стресу. Про це свідчать результати у обстежених дітей: хворі найчастіше відхилялися сірий колір (28%), 22% – чорний колір, 16% хворих – відхилялися коричневий колір. Зазначене свідчить, що всі ці хворі перебувають в стані значного емоційного напруження, що призводить до браку відпочинку. Саме про це свідчить агресивна поведінка в значній кількості обстежених дітей. Отже, у обстежених дітей встановлено відхилення у «психічній стійкості», яка визначає рівень стресостійкості.

Оскільки психіка визначає регуляцію поведінки та функціонування організму дитини доцільно було розподілити дітей за спрямованістю психічної активності. За варіантами її спрямованості діти з ХГД розподілилися: екстраверти 29 (32,8%), інтроверти – 24 (27,5%), центроверти – 35 (39,7%).

Екстравертам притаманні такі особливості: дигестивний тип конституції, високий зріст; їх психологічна характеристика: середній рівень тривожності та алекситимічності, збережена працездатність на тлі збереженого балансу активності відділів вегетативної нервової системи, нормальної реактивності парасимпатичного відділу та недостатнього вегетативного забезпечення. Перебіг загострення хвороби – циклічний, частота рецидивів – найменша.

У інтровертів домінував астеничний тип конституції; психологічна характеристика – високий рівень тривожності та алекситимія в поєднанні з низькою працездатністю на тлі парасимпатикотонії. У цих хворих домінувала невпевненість в собі, песимізм, а також виявлялась низька самооцінка. Загострення хвороби супроводжувалося вираженим болювим та диспепсичним синдромами; у них найчастіше виявлялися моторно-тонічні порушення у вигляді дуоденогастрального та гастрозофагального рефлюксів, а також була висока частота рецидивів, в тому числі і ранніх.

Центровертам властиве наступне: м'язевий тип конституції; психологічна характеристика – низький рівень тривожності та алекситимії, збережена працездатність та тлі збереженого балансу вегетативної регуляції. Сприятливий перебіг: циклічність загострення і найнижча частота рецидивів.

Оцінювали короткочасну пам'ять та концентрацію уваги. Пізнавальна діяльність у дівчаток була вищою в порівнянні з хлопчиками.

Короткочасна пам'ять була висока лише у частини дітей (37,5%). У 69,2% обстежених дітей з ХГД домінував середній рівень показника концентрації уваги.

Особистісна тривожність за даними опитувальника Спілберга у старшій віковій групі була в 3 рази вищою проти такої у молодшій віковій групі ($p < 0,05$). На противагу цьому, у дітей молодшої вікової групи домінували середні значення тесту.

За результатами методики малюнкової асоціації характеризували спрямованість психологічних реакцій у зв'язку з хворобою на зовнішні чинники – виявили екстрапунітивні реакції у $37,5 \pm 2,1$ %, зокрема домінували завищені вимоги до медперсоналу. Частота інтрапунітивних реакцій, спрямованих на внутрішні чинники у вигляді утрудненого контакту з батьками та лікарем, втратою інтересу до лікування спостерігалась у $20,8 \pm 1,8$ %. Заслуговує на увагу те, що у дітей з тривалістю хвороби понад 5 років суттєво зросла частота реакцій імпульсивного характеру, коли діти заперечували фруструючу ситуацію і займали безобвинувальну пасивну позицію. Крім того, у цих дітей встановлено низький рівень знань про свою хворобу. Лише $41,6 \pm 2,3$ % обстежених хворих могли пояснити сутність свого захворювання, уявляли причини і прояви її; всі інші хворі не могли дати визначення своєї хвороби, хоча мали бажання щось знати про неї.

Психологічне обстеження хворих виявило схильність до „соматизації” свого захворювання, бо трактували його, винятково як „хворобу тіла”. Крім того, встановлено, що вони не були готові до подолання подібного сприйняття своєї хвороби. Таке сприйняття може пояснювати небажання багатьох дітей що-небудь знати про своє захворювання, незацікавленість у розумінні його природи.

Таким чином, у більшості обстежених дітей з ХГД, асоційованим з Нр, спостерігається незбалансованість емоційних реакцій, що у старших школярів проявляється високим рівнем особистісної тривожності і є характерним для астенії. Зазначене в поєднанні з емоційною напругою може бути зумовлено із обмеженням волі під впливом батьків та вчителів і посилюється власним світосприйняттям. Пізнавальна діяльність у обстежених хворих зберігається на високому рівні. У меншій частині обстежених дітей з ХГД встановлено значну фізичну та емоційну втомленість, дефіцит енергетичних ресурсів, що супроводжується низьким рівнем

особистісної тривожності та появи емоційної індіферентності. Зазначений стан не впливає на пізнавальну діяльність і поєднується з підвищенням концентрації уваги.

Загалом, різноманітні нервово-психічні порушення виявлені у 82,4% хворих, в той час як педіатри діагностували їх лише у 36,2% (в 2 рази менше).

В підсумку можна узагальнити, що у дітей та підлітків з ХГД, асоційованим з Нр:

- виявлено значне психоемоційне перевантаження в школі в поєднанні з внутрішньородинними проблемами, що є наслідком шкільної дезадаптації. Зниження пізнавальної діяльності на тлі тривожності та агресії свідчать про довготривалу надмірну емоційну напругу;

- у 1/3 обстежених високий рівень пізнавальної активності супроводжується фізичною та емоційною втомленістю або навіть емоційною індіферентністю;

- виявлено 2 типи спрямованості психічної активності: екстраверти 32,8% та інтроверти 27,5%. У інтровертів домінують прояви астеничного синдрому та вегетативної дисфункції – гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність і недостатня вегетативна забезпеченість;

- фенотипічні, вегетативні, емоційні особливості дітей та підлітків представляють єдину систему властивостей та відображають тип психосоматичної конституції; той чи інший тип психосоматичної конституції визначає особливості перебігу хронічного гастродуоденального захворювання, що потрібно враховувати при проведенні психологічної допомоги дітям.

Для усунення психосоматичних розладів у дітей використовували психокорекцію, а також призначали психотропні фітопрепарати; батькам та іншим членам родини також надавали психологічну допомогу.

Оцінку ефективності лікування проводили за критеріями: успішність ерадикації Нр, тривалість астеновегетативного, больового та диспепсичного синдромів, зникнення вегетативних порушень, ліквідація афективно-когнітивних порушень.

Під впливом лікування в I групі була більш сприятлива динаміка клінічних проявів (больовий і диспепсичний синдром), нормалізувався вегетативний гомеостаз, на що вказував індекс напруги, а також нормалізувався вихідний вегетативний тонус та вегетативна реактивність (у 80% проти 60,7% у II групі).

Вивчали вплив ерадикації Нр на ліквідацію клінічних проявів, а також досліджували чинники, що могли вплинути на результати лікування. Ерадикаційну терапію отримали 88 дітей; зазначене лікування вони отримували вперше. Рівень ерадикації становив 92%.

В I групі успішна ерадикація була у 94,8% (у 55 із 58 хворих). Показник ерадикації в II групі (група порівняння) становив 86,7%. Побічних ефектів ерадикаційної терапії не спостерігали.

Результати обстеження дітей після лікування показали, що в I групі наступило зменшення психоастеничних проявів у 26 (із 30), астенодепресивних у 12 (із 15), зменшення головних болей у 26 (із 28), ліквідація або зменшення метеозалежності у 12 (із 16); спостерігали підвищення працездатності та зменшення тривоги у 12 (із 18), покращення когнітивних функцій у 18 (із 24) дітей.

Після проведеного лікування в I групі нормалізувалась вегетативна реактивність у 35 (40%) дітей за даними КІГ. За показниками КОСП нормалізувалась забезпеченість вегетативного статусу у 90% обстежених, у 75% дітей нормалізувалась вегетативна реактивність та у 86,7% хворих встановлено задовільний стан адаптаційно-приспосувальних механізмів.

Сприятливою також була динаміка емоційних порушень в I (л) групі: показник особистісної тривожності хоча і не змінювався (складав після лікування $41,7 \pm 1,8$ у.о. та $39,3 \pm 2,6$ у.о. до лікування, $p > 0,05$), але зменшилось число хворих із симпатикотонічним ВВТ до 10,0% (до лікування 43,3%, $p < 0,05$), а також зменшилось число ваготоніків – 8,7% (до лікування 17,2%, $p < 0,05$). Спостерігали також зміни і в когнітивній сфері. Суттєво поліпшилися показники пам'яті у дітей з початково-високим рівнем тривоги – $0,88 \pm 0,036$ у.о. проти $0,46 \pm 0,048$, $p < 0,05$. При низькому рівні тривоги пам'ять після лікування лишалася на тому ж рівні, як і до лікування.

В II (л) групі під впливом лікування спостерігали також зміни в емоційній сфері: відмічали підвищення особистісної тривожності з $46,7 \pm 2,1$ до $55,6 \pm 3,2$ у.о. ($p < 0,05$), тобто із середнього рівня показник перемістився до високого рівня. Крім того, збільшувався діапазон коливань показників активності та працездатності у дітей з різним ступенем тривоги, але різниця у відхиленні від автогенної норми при високому та нормальному рівні тривоги залишалась суттєвою – $53,2 \pm 5,2$ у.о. проти $36,8 \pm 3,9$ у.о. ($p < 0,05$).

Таким чином, найбільш суттєві зміни в емоційному статусі спостерігали в І (л) групі: знижувався рівень тривоги та покращувався показник когнітивної сфери.

Різною була частота рецидивів через 6 місяців: в І основній групі вона складала 10,0%, а в контрольній – 28,6%. Через 1 рік ці показники погіршились – в ІІ – 64,3%, проти 13,3% в І групі.

Отже, послідовна ерадикаційна терапія та психологічна допомога дітям в періоді загострення та реабілітаційні заходи в періоді ремісії хвороби підвищують ефективність лікування. Хворих на хронічний ХГД має спостерігати як педіатр, так і медичний психолог, який вивчає індивідуальний психологічний портрет особистості і проводить психологічне консультування, а

при потребі формує групу для проведення психотерапії.

В підсумку можна заключити:

- у дітей та підлітків, хворих на ХГД, асоційований з Нр, виявлено вегетативні та нервово-психічні порушення, що визначають особливості перебігу хвороби;

- у дітей при ХГД, асоційованому з Нр, спостерігається значне психоемоційне перенапруження, яке проявляється схильністю до тривоги, страху, агресії, що необхідно враховувати при наданні психологічної допомоги;

- проведення психологічної допомоги дітям з ХГД знижує особистісну тривожність, покращує функціонування когнітивної сфери, сприяючи ліквідації вегетативних порушень, а також забезпечує високий показник успішної ерадикації.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С НР-ИНФЕКЦИЕЙ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

*С.П. Хоодаковска, В.Д. Лукашук, О.А. Бовкун, Л.М. Головатюк,
Б.Я. Дмитришин, В.И. Баб'як, Т.И. Коротич*

Резюме. В работе представлены результаты психологического обследования 88 детей в возрасте 7-18 лет с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с Нр-инфекцией с целью оптимизации психологической составляющей их комплексного лечения. Включение в комплексное лечение ХГД последовательной эрадикационной терапии и проведение психокоррекции ликвидирует вегетативные нарушения и повышает психологическую адаптацию детей.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, ассоциированный с Нр, психовегетативный синдром, психокоррекция, последовательная эрадикационная терапия.

THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GASTRODUODENITIS ASSOCIATED WITH HP INFECTION IN CHILDREN: THE PSYCHOSOMATIC APPROACH

*S.P. Khodakivska, V.D. Lykashuk, O.A. Bovkun, L.M. Golovatyuk,
B.Y. Dmytryshyn, V.I. Bab'yak, T.I. Korotych*

Abstract. The results of psychological examination of 88 children in aged 7-18 years with chronic gastroduodenitis associated with Hp infection with to optimize the psychological component of their comprehensive treatment. Inclusion in integrated management of CGD consistent eradikatsionnoy therapy and conducting psychocorrection eliminate autonomic disorders and improves psychological adaptation of the children.

Keywords: chronic gastroduodenitis associated with HP infection, psychovegetative syndrome, consecutive eradication therapy.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арон И.С. Психосоматические аспекты личности детей, страдающих соматическим заболеванием // Казанский медицинский журнал.-2000. - №2. – С. 133.
2. Бурлай В.Г. Стан церебральной гемодинамики у дітей з вегетативними дисфункціями і можливість корекції інстеноном // ПАГ. – 2001. - №1.-С.17-20.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей.-С.Пб.: Питер,2000.-512с.
4. Лапшин В.Ф., Шадрін О.Г., Пушкарьова Т.М. Комплексна терапія психоемоційних розладів у дітей з синдромом подразненого кишечника із застосуванням Релакс-Флори // Ліки. – 2004. - № 5/6. – С.97-102.

5. Лукьянова Е.М., Тараховский М.Л., Бобко С.А., Мороз А.Д., Цветкова Е.В. Особенности адаптации при хронических стрессах у детей с заболеваниями органов дыхания и пище-варения // Педиатрия-1995, №5.-С.69-72.
6. Люшер М. Цвет вашего характера. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1996. – 400с.
7. Мальцев С.В., Волгина С.Я. Особенности психовегетативного состояния при хрони-ческом гастродуодените у детей старшего возраста // Педиатрия – 1996. №4.-С.38-42.
8. С. Максименко, К. Максименко, О.Главник. Адаптація дитини до школи / К.: Мікрос-СВС, 2003. -111с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. – Самара: Бахрах-медицина. – 2001. -340 с.
10. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клинико-психологических методов в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерологии гепатологии, колопроктологии. – 1997. - №6. - С.38-44.
11. Цимерман Я.С., Белоусов Ф.В. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни (обзор). Клиническая медицина.-1999.-№8.-С.9-15.
12. De Francesco V, Delia VN, Stoppino V, Amoroso A, Muscatiello N, Panella C, lerardi E. Effectiveness and pharmaceutical cost of sequential treatment for Helicobacter pylori in patients with non-ulcer dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2004;19:993-998.
13. De Francesco V, Margiotta M, Zullo A, Hassan C, Troiani L, Burat-tini O, Stella F, Di Leo A, Russo F, Marangi S, Monno R, Stoppino V, Morini S, Panella C, lerardi E. Clarithromycin-resistant geno- types and eradication of Helicobacter pylori. Ann Intern Med 2006;144:94-100.
14. Viara D., Zullo F., Vakil N. et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for Helicobacter pylori eradication: a randomized trail // Ann. Int. Med. – 2007. – 146. – P. 556 – 563.
15. Gisbert JP, Marcos S, Gisbert JL, Pajares JM. High efficacy of ranitidine bismuth citrate, amoxicillin, clarithromycin and metro- nidazole twice daily for only five days in Helicobacter pylori erad-ication. Helicobacter 2001;6:157-162.
16. Malfertheiner P., Megraud F., O'Moran C. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – The Maastricht III Consensus Report. Gut. – 2007. – 56. – P.772-781.
17. Francavilla R, Lionetti E, Castellaneta SP, Magista AM, Boscarelli G, Piscitelli D, Amoroso A, Di LA, Miniello VL, Francavilla A, Cavallo L, lerardi E. Improved efficacy of 10-day sequential treat-ment for Helicobacter pylori eradication in children: a randomized trial. Gastroenterology 2005;129:1414-1419.