

УДК 616.33/34-008-053.2-06:616.89

© О.М. Платонова, Л.Е. Ерастова, 2012.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

О. М. Платонова¹, Л. Є. Ерастова²¹Одеський національний медичний університет, ²Одеський обласний психоневрологічний диспансер, м. Одеса.

CHARACTERISTICS OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF CHILDREN WITH THE FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

O.M. Platonova, L.E. Erastova

SUMMARY

The study was aimed to assess the psychoemotional status of children with functional gastrointestinal disorders. 63 children age 6-17 years diagnosed with irritable bowel syndrome and 40 of practically healthy children of the same age were observed. There was demonstrated that the majority of children with irritable bowel syndrome have disorders of psychoemotional status: the manifestations of psychosomatic disorientation and poor stress resistance (92,1±3,4) %, high level of anxiety – (58,7±6,2) % and poor self-image – (50,8±6,2) %. Established correlations of intensity of clinical symptoms and disorders of the psychoemotional status.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Е.М. Платонова, Л.Е. Ерастова

РЕЗЮМЕ

Целью работы было оценить психоэмоциональное состояние детей с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Проведено обследование 63 детей в возрасте 6-17 лет с синдромом раздраженного кишечника и 40 практически здоровых детей того же возраста. Показано, что у большинства детей с синдромом раздраженного кишечника наблюдаются нарушения психоэмоционального состояния: признаки психосоматической дезориентации и нестойкости к стрессу (92,1±3,4) %, высокий уровень тревожности – (58,7±6,2) % и низкий уровень самооценки – (50,8±6,2) %. Установлены корреляционные связи выраженности клинических симптомов и нарушений психоэмоционального состояния.

Ключові слова: функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, діти, психоемоційний стан

Функціональні розлади (ФР) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займають одне з провідних місць у структурі патології органів травлення дитячого контингенту. Так, наприклад, рекурентні абдомінальні болі в дітей мають функціональний характер в 90-95 % випадків [8, 10]. Наразі через особливості середовищних умов, зростання впливу несприятливих соціальних факторів, як-то стресогенні навантаження шкільної програми, економічні сімейні негаразди, спостерігається зростання функціональних та органічних психосоматичних порушень [2, 8]. Відповідно до сучасних уявлень, ФР ШКТ являють собою гетерогенну групу нозологічних одиниць, спільними рисами яких є наявність порушень секреторної та моторної функції, що супроводжуються больовим синдромом, за умов відсутності органічних змін [8, 10].

Класифікація функціональних розладів ШКТ у дитячому віці була запропонована Комітетом з вивчення функціональних розладів у дітей і

Міжнародною робочою групою по розробці критеріїв функціональних розладів (Римська група II, III) разом зі співробітниками клініки Монреальського Університету (Committee on Childhood Functional Gastrointestinal Disorders, Multinational Working Teams to Develop Criteria for Functional Disorders [Rome II, III], University of Montreal, Quebec, Canada) [6]. Дана класифікація побудована за клінічними критеріями, з урахуванням переважаючого характеру розладів (блювота, абдомінальний біль та/або розлади дефекації), однак не враховує особливості психоемоційного стану хворого. Втім взаємодія психосоматичних факторів та соматопсихічних порушень формує або посилює ФР ШКТ.

Особливе місце серед ФР ШКТ займає синдром подразненого кишечника (СПК), що проявляється абдомінальним болем і/або порушеннями дефекації й/або метеоризмом. СПК – одне з частих захворювань у гастроентерологічній практиці: 40-70 % пацієнтів, що звертаються до гастроентеролога,

мають СПК. Він може маніфестуватися в будь-якому віці й частіше виникає у дівчат [1, 5].

Незважаючи на успіхи у вивченні патогенезу СПК та інших ФР ШКТ, ще донедавна вітчизняні фахівці приділяли недостатньо уваги дослідженням психоемоційної сфери хворих, і особливо, дитячого віку.

Метою роботи поставлено визначити психоемоційний стан дітей з ФР ШКТ та його кореляцію з клінічними симптомами захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконане на базі ДКМЛ №1 ім. Б.Я. Резніка, м. Одеса. У дослідженні прийняли участь 63 дитини у віці 6-17 років з верифікованим діагнозом синдрому подразненого кишечника. Відповідно до Римських критеріїв – III та чинного протоколу СПК визначається як рекурентний абдомінальний біль або дискомфорт протягом принаймні 3 днів на місяць протягом останніх 3 місяців, поєднаний з двома чи більше симптомами: полегшення після дефекації; асоціація початку болювого синдрому зі змінами частоти випорожнень або їх консистенції. Термін «дискомфорт» означає неприємні відчуття, які не підпадають під визначення болю [11]. Інтенсивність абдомінального болю визначали за допомогою п'ятибальної візуально-аналогової шкали (VAS).

Пацієнти із СПК одержували терапію відповідно до сучасного клінічного протоколу [4].

Для виявлення особливостей психоемоційного стану дітей, які прийняли участь у дослідженні, визначали рівень соціальної адаптації, стійкість до стресу, а також рівень тривожності та самооцінки. Діти тестувалися за «Анкетами психосоматичної орієнтації», визначали рівень тривожності за тестом «Діагностика невротичних розладів у дітей молодшого й середнього шкільного віку», самооцінку – за методикою Дембо-Рубінштейн [3].

У якості контролю досліджували аналогічні показники 40 практично здорових дітей віком від 6 до 17 років.

Вірогідність розходжень між порівнюваними групами по частотах окремих клінічних симптомів або виходів вивчали за допомогою критерію χ^2 з урахуванням поправки Йетса для парних порівнянь та поправки Бонфероні для множинних порівнянь із показниками контрольної групи. Проводили кореляційний аналіз з використанням коефіцієнту рангової кореляції Спірмена. Достовірністю вважали $p < 0,05$. Статистична обробка проведена за допомогою програмного комплексу Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених дітей склав $11,3 \pm 0,2$ років в основній й $10,9 \pm 0,2$ років у контрольній групі. В обох групах порівняння переважали дівчата

– відповідно ($58,7 \pm 6,1$) % (основна група) та ($62,5 \pm 7,6$) % (контрольна), $p < 0,05$.

У клінічній картині СПК домінували симптоми кишкової дисфункції у вигляді закрепів ($61,9 \pm 6,1$) %, пронос мав місце у ($38,1 \pm 6,1$) % дітей. Абдомінальний біль (як найтипovий прояв), здебільшого ($93,7 \pm 3,1$) % локалізувався у параумбілікальній ділянці. Інтенсивність, характер болю та частота нападів варіювали від 1 до 4 балів за VAS й склали в середньому $2,8 \pm 0,1$ балів. На метеоризм скаржились ($76,1 \pm 5,3$) % хворих. Частими супутніми симптомами були зниження апетиту, нудота, головний біль.

Внаслідок проведених досліджень психоемоційного стану було виявлено, що більшість дітей з СПК – ($92,1 \pm 3,4$) % мали ознаки психосоматичної дезорієнтації та нестійкості до стресу (при шести або більше ствердних відповідях на питання анкети), в той час як у групі здорових – тільки ($12,5 \pm 5,2$) %, $p < 0,001$.

Відповідно до мети роботи аналізували рівень тривожності дітей, які перебували під наглядом. Тривожність – це є індивідуальна психодинамічна особливість, яка породжує стан невпевненості в своїх діях, негативні думки, високу чутливість до стресу, загальну тенденцію реагувати напружено, формує агресивність, депресії. Важливо підкреслити, що в групі дітей, хворих на СПК, у ($58,7 \pm 6,2$) % випадків спостерігали високий рівень тривожності, в той час як у групі здорових такий рівень доведено у ($7,5 \pm 4,1$) %. Описані відмінності є статистично достовірними ($\chi^2 = 46,9$, $p < 0,001$). Натомість, низький рівень тривожності, що теж є несприятливим психологічним фактором, був притаманний ($7,9 \pm 3,4$) % дітей основної групи та лише ($2,5 \pm 2,4$) % – контрольної. Середній рівень тривожності спостерігався у ($33,3 \pm 5,9$) % дітей, хворих на СПК.

Подібні результати отримано у дослідженні Waters A.M. et al. (2012), у 40,7 % дітей з тривожними розладами було діагностовано ФР ШКТ, тоді як серед дітей з нормальним психоемоційним фоном частота даної патології не перевищувала 5,9 % [8]. На підставі даного дослідження автори рекомендують включати у склад комплексної терапії ФР ШКТ елементи психологічної корекції, зокрема, когнітивної біхевіоральної терапії [7, 12].

Проведений аналіз вікових особливостей щодо рівня тривожності показав, що високий рівень тривожності найчастіше констатували у пацієнтів пубертатного віку, що може бути пов'язано із загальною напругою адаптаційних механізмів. Стосовно гендерної залежності встановлено, що низький рівень достовірно ($p < 0,05$) частіше зустрічався у хлопців-підлітків, високий – у дівчат.

Визначення кореляційних зв'язків рівня тривожності у пацієнтів з синдромом подразненого кишечника та болювого синдрому демонструвало прямий сильний зв'язок – $r = 0,78$, $p < 0,001$ (рис. 1).

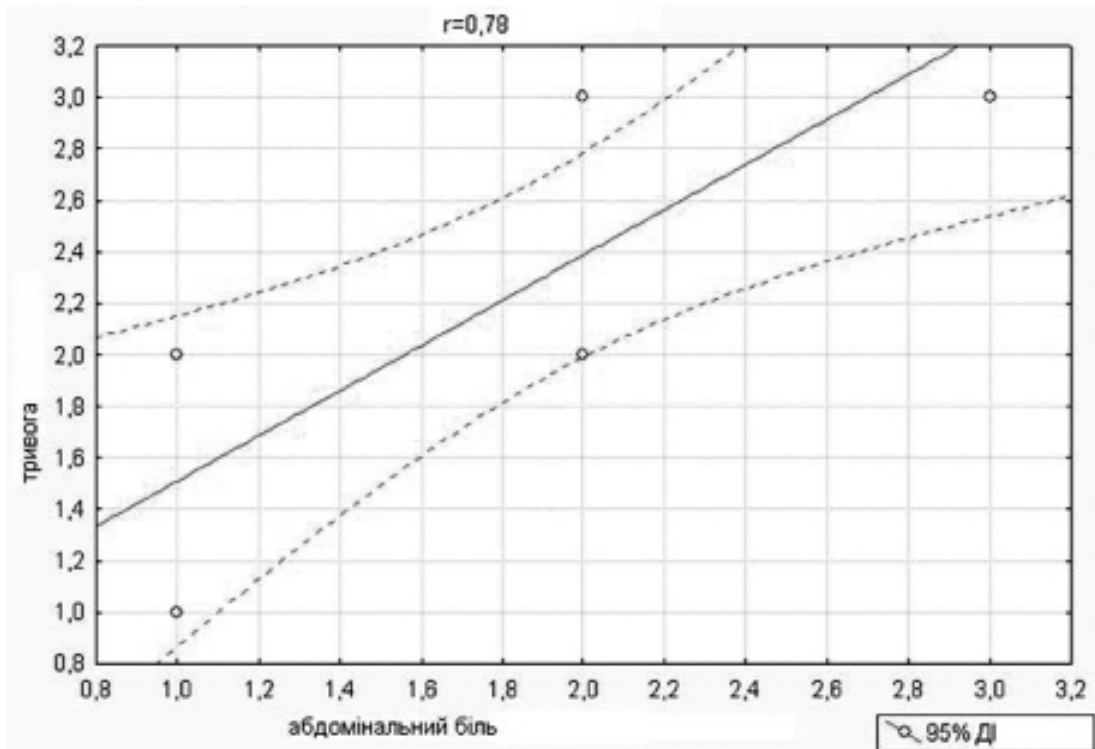


Рис. 1. Взаємозв'язок рівня тривожності та інтенсивності больового синдрому.

У ході роботи вивчали також рівень самооцінки дітей з СПК. Занижена самооцінка реєструвалася у $(50,8 \pm 6,2)$ % хворих, переважно у хлопчиків, а у здорових – у $(15,0 \pm 5,6)$ %. Висока самооцінка відзначалася у $(20,6 \pm 5,1)$ % дітей з СПК та у $(52,5 \pm 7,8)$ % дітей групи контролю, нормальна – відповідно у $(28,5 \pm 5,7)$ % й у $(32,5 \pm 5,9)$ %.

Отримані результати свідчать, що самооцінка дітей, хворих на СПК значно відрізняється від самооцінки здорових дітей, $\chi^2 = 101,9$, $p < 0,001$.

При співставленні показників самооцінки у дітей, хворих на СПК, з вираженістю больового синдрому встановлено зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r = -0,41$, $p < 0,01$), що демонструє рисунок 2.

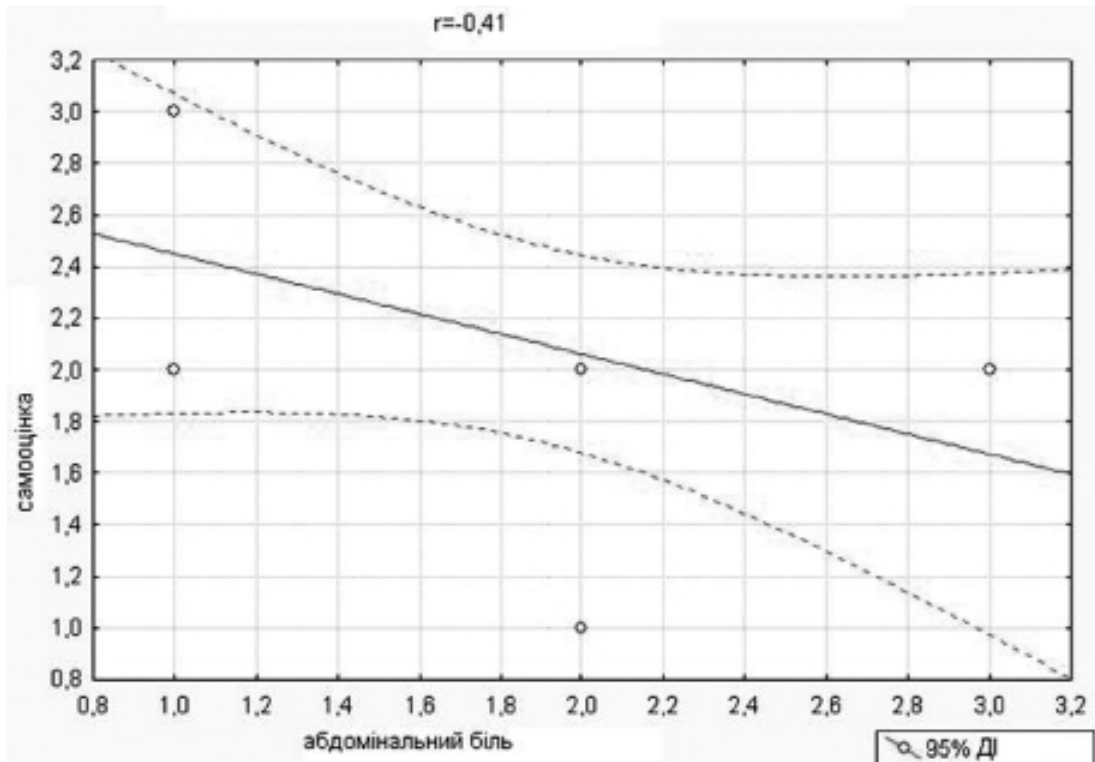


Рис. 2. Взаємозв'язок рівня самооцінки та інтенсивності больового синдрому.

Самооцінка, оцінка дитиною самого себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей, належить до ядра особистості і є емоційною складовою образу «Я», що являє собою важливий регулятор поведінки. Неправильна, неадекватна оцінка призводить до того, що неадекватною стає поведінка, порушуються механізми адаптації у соціумі - виникають емоційні зриви, підвищується тривожність і агресивність. Самооцінка є невід'ємною частиною самопізнання, без якої неможливий подальший розвиток особистості.

ВИСНОВКИ

1. У більшості дітей з СПК спостерігаються порушення психоемоційного стану: ознаки психосоматичної дезорієнтації та нестійкість до стресу ($92,1 \pm 3,4$), високий рівень тривожності – ($58,7 \pm 6,2$) % та низький рівень самооцінки – ($50,8 \pm 6,2$) %.

2. Визначення кореляційних зв'язків психоемоційних розладів і клінічних симптомів демонструвало, що вираженість больового синдрому в дітей з СПК високо корелює з рівнем тривожності ($r = 0,78$, $p < 0,001$) та зворотно середньої сили з рівнем самооцінки ($r = -0,41$, $p < 0,01$).

3. Отримані дані обумовлюють доцільність урахування індивідуальних психологічних особливостей пацієнтів з ФР ШКТ для оптимізації ефективності комплексної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / под. ред. проф. Н. П. Шабалова. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.

2. Профилактическая педиатрия / под ред. проф. А. В. Зубаренко, проф. Л. Г. Кравченко / Одесса : Пресс-курьер, 2011. – 348 с.

3. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина: В 2 т. - П86 М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - Т. 1. - 312 с.

4. Протокол лікування синдрому подразненого кишечника у дітей. (Додаток до наказу МОЗ №471 від 10-08-2007) <http://medstandart.net/browse/2500>

5. Шадрін О. Г. Прогнозування розвитку, діагностика та лікування синдрому подразненого кишечника у дітей: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.10 / О. Г. Шадрін; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2005. – 35 с.

6. Boyce P. M. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? / P. M. Boyce, N.A. Koloski, N. J. Talley // *Am J Gastroenterol.* – 2000. – Vol. 95(11). – P. 3176-3183.

7. Crandall W.V. Anxiety and pain symptoms in children with inflammatory bowel disease and functional gastrointestinal disorders undergoing colonoscopy / W.V. Crandall, T.E. Halterman, L.M. Mackner // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* – 2007. – Vol. 44(1). – P. 63-67.

8. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey / E. Miele, D. Simeone, A. Marino [et al.] // *Pediatrics.* – 2004. – Vol. 114(1). – P. 73-78.

9. Functional Gastrointestinal Symptoms in Children with Anxiety Disorders / A.M. Waters, E. Schilpzand, C. Bell [et al.] // *J Abnorm Child Psychol.* – 2012. – Vol. 65(3). – P. 123-125.

10. How reliable are the Rome III criteria for the assessment of functional gastrointestinal disorders in children? / A. Chogle, G. Dhroove, M. Sztainberg [et al.] // *Am J Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 105(12). – P. 2697-2701.

11. Rome Foundation. Guidelines--Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders // *J Gastrointest Liver Dis.* – 2006. – Vol. 15(3). – P. 307-312.

12. Spectra of functional gastrointestinal disorders diagnosed by Rome III integrative questionnaire in a Japanese outpatient office and the impact of overlapping / S. Nakajima, K. Takahashi, J. Sato [et al.] // *J Gastroenterol Hepatol.* – 2010. – Vol. 25 Suppl 1. – S. 138-143.