

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

ВАЛЕЕВА Ж.А., ЯКОВЛЕВА Л.В.

Муниципальное бюджетное учреждение «Детский многопрофильный санаторий «Росток» городского округа, город Октябрьский Республики Башкортостан» Республика Башкортостан, г.Октябрьский, ул.Кувыкина, 28 e-mail: rostok.oktb@mail.ru

УДК 616.33/342-002-036.12-053.5/6-05

АННОТАЦИЯ

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), составляющих в структуре общей заболеваемости детей и подростков 60-70% [1, 2, 3]. Заболеваемость детей хроническими формами болезни ЖКТ возрастает за последние пять лет почти на 10% в год (за пятилетие выросло почти на 40%) [4, 5].

Ключевые слова: хроническая гастродуоденальная патология, психологические особенности, SPA-капсула, тестирование, типы отношения к болезни.

Keywords: chronic gastroduodenalis pathology, psychological features, SPA - capsule, testing, the types of the attitude to illness.

ВВЕДЕНИЕ

Результаты клинических наблюдений, эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, заставили обратить внимание на так называемую группу функциональных психосоматических заболеваний как фактор риска хронизации патологии. Еще гиппократическая школа Косса трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью [6]. Психосоматический подход к любому больному постулируется на данном этапе развития медицины как универсальный принцип [7, 8, 9]. Заболевания ЖКТ в настоящее время рассматриваются как психосоматические [10, 11]. У детей с их ранимой и своеобразной психикой соматогенные факторы играют важную роль в невротизации личности, и хотя дети редко говорят о своих переживаниях по поводу болезни, клинические наблюдения позволяют считать, что болезнь их беспокоит значительно больше, чем они о ней говорят [12, 13].

В литературе имеются сообщения, свидетельствующие о наличии у значительной части взрослых больных язвенной болезнью и хроническим гастритом, неадекватного (невротического) отношения к болезни, что затрудняет взаимоотношения врача и больного, снижает уровень доверия, создает трудности в реализации современных лечебно-профилактических программ [14].

По данным литературы, тревожность является многоаспектным свойством, включающим в качестве одного из компонентов страх за свое здоровье [15]. У практически здоровых людей, как правило, превалирует низкий уровень личностной тревожности, приблизительно в 30% случаев констатируется средний уровень и довольно редко выявляются лица с высоким уровнем личностной тревожности [16, 17]. На уровень реактивной и личностной тревожности влияют возраст пациента, длительность за-

болевания и нетрудоспособности, сопутствующие заболевания, усиление депрессии. У большинства пациентов детского возраста при соматической патологии определяется низкая реактивная тревожность и умеренная личностная [18, 19, 20].

Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика, черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т.е. о его склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревожности различного уровня. Личностная тревожность активизируется при восприятии определенных «опасных» стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида [21, 22].

Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождающимися активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различным по интенсивности и является достаточно динамичным и изменчивым по времени [23, 24, 25].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИСЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования изучение влияния SPA-терапии в комплексном лечении детей с хроническим гастродуоденитом в стадии неполной ремиссии в условиях местного муниципального санатория на уровень личностной и реактивной тревожности.

Обследовано 80 детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в стадии неполной ремиссии. Возраст детей составил от 11 до 15 лет, из них 59 (73,8%) девочек и 21 (26,7%) мальчик. Анализ анамнестических данных выявил следующее: дети из неполных семей – 36 человек (45%), сироты – 6 человек (7,5%), опекаемые – 3 человека (3,75%), из социально неблагополучных семей – 5 человек (6,25%), сироты по одному из родителей – 4 человека (5%). Дети, имеющие в анамнезе отягощенную наследственность по заболеванию ЖКТ, – 68 человек (85%).

Всем детям перед началом лечения проводились общеклинические методы исследования, ФГДС. Уровень личностной и реактивной тревожности был определен по методу Спилбергера-Ханина в первые 1-3 дня поступления в санаторий, до начала лечения. Результаты сравнивались с контрольной группой – 42 практически здоровых ребенка.

Все больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу. Разделение детей осуществлялось методом случайной подборки. В первую группу входило 40 человек (50%), которые

получали комплексное санаторное лечение, состоящее из:

1. Диета. В санатории организовано 6-разовое питание по основному варианту диеты. Питание осуществляется согласно Приказа № 330 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 августа 2003 года «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

Три раза в неделю дети получают кумыс, ежедневно – фрукты, овощные и фруктовые соки, кисломолочные продукты.

2. Медикаментозная терапия. Все дети получают:

- витаминные препараты в возрастной дозировке, нами применялась однонедельная квадротерапия ДРАМа (принятая на IX съезде педиатров России «Детское здравоохранение России: стратегия развития», г. Москва, 19-22 февраля 2001 года);
- ингибиторы протонной помпы – рабепразол 0,5 мг/кг;
- препараты солей висмута – висмута трикалия дицитрат, 8 мг/кг;
- антибиотикотерапия – амоксициллин 25 мг/кг;
- противомикробный препарат - нифуратель 5 мг/кг.

2. Реабилитационно-восстановительные мероприятия:

- прием слабоминерализованной гидрокарбонатной кальцево-магниево-водной воды внутрь по схеме, назначенной врачом. В возрастных дозировках в теплом виде. Вода вызывает усиление диуреза, способствует выведению из почек солей, слизи, оказывает антиспазмическое и анальгезирующее действие, вызывает расслабление желчевыводящих путей и усиливает отток желчи, стимулирует перистальтику кишечника и его выделительные функции;

- фитотерапия (желудочный сбор);
- физические методы:

– противовоспалительные методы УВЧ-терапии с лечебно-профилактическими полиминеральными салфетками. Общая сумма биологически активных компонентов на салфетке – не менее 12 мг. Лечебный эффект обусловлен воздействием химического и физического факторов. Химический фактор представлен комплексом биологически активных компонентов минеральной воды, физический – токами, посредством которых вводятся компоненты препарата. При воздействии химического фактора в организме происходят: улучшение проводимости по нерву, стимуляция холинергической передачи, повышение тонуса скелетных и гладких мышц, регуляция тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы, усиление процессов диссимиляции, рассасывающее, противовоспалительное, десенсибилизирующее, антисептическое, противоотечное действие. Лечебное действие физического фактора образуется из реакции различных органов и систем на возбуждение чувствительных и двигательных нервов, рецепторов, мышечных волокон. Это, прежде всего активация кровообращения, уменьшение воспаления, улучшение трофики тканей;

– анестезирующий метод – электрофорез с 2%-ным раствором новокаина;

– вегетокорректирующий метод – гидромассаж общий, кислородный коктейль, спелеотерапия, лечебная физкультура, массаж шейно-воротниковой зоны;

– трофостимулирующие методы – пелоидотерапия. Исходным субстратом аппликатора является карбонатный сапропель, механизм действия которого обусловлен температурными и химическими факторами.

Вторую группу составили 40 детей (50%), которые в дополнение к стандартным протоколам получали лечение в SPA-капсуле (Dermalife SPA-jet) в режиме «водный» №10 через день. Пациенты обеих групп проходили санаторно-курортное лечение в течение 21 дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе уровня тревожности дети с хроническим гастроудоденитом имели достоверно более высокий уровень реактивной и личностной тревожности по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$) (табл. 1)

Таблица 1.

Показатели тревожности у детей с хроническим гастроудоденитом, (M + m)

Показатели теста	Группа с хроническим гастроудоденитом (n = 80)	Контрольная группа (n = 42)	p
Реактивная тревожность	47,7±0,7	30,1±0,5	<0,001
Личностная тревожность	44,6±0,5	28,2±0,6	<0,001

Высокие показатели тревожности могут отражать как реальное состояние, так и демонстративное манифестирование собственным состоянием. Низкие показатели тревоги могут означать как действительное отсутствие тревоги, так и стремление закрыться от среды, отказаться от ее помощи при реально существующем высоком уровне тревоги. В целом повышение уровня тревожности считалось показателем неблагоприятного психофизиологического статуса.

Исходно низкий уровень реактивной тревожности установлен у 6,25% пациентов с хроническим гастроудоденитом, умеренный – у 17,5%, высокий – 76,25% (рис. 1).

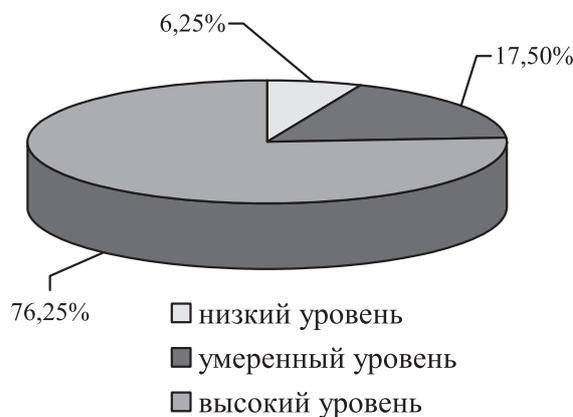


Рис. 1. Структура реактивного уровня тревожности у детей с хроническим гастроудоденитом до начала лечения.

При анализе личностной тревожности преобладал высокий уровень – у 60%, умеренный уровень отмечался у 35%, низкий – у 5% (рис. 2).



Рис. 2. Структура личностной тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом до начала лечения.

После проведенного лечения проводился анализ реактивной и личностной тревожности. Показатели уровня реактивной тревожности в первой группе оценивались как умеренная тревожность и составила $42,9 \pm 0,7$ балла. Во второй группе составила – $40,8 \pm 0,8$ балла и оценивались также – умеренной.

Личностная тревожность в первой группе оценивалась как умеренная и составила $42,3 \pm 0,5$ балла, во второй группе – $32,4 \pm 0,6$ балла и оценивалась как низкая, причем в этой группе уровня высокой тревожности не определено ни у одного человека. (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом после проведенного лечения.

Показатели теста	I группа (n = 40)	II группа (n = 40)	Группа с хроническим гастродуоденитом до лечения (n = 80)
Реактивная тревожность	$42,9 \pm 0,7$ p1-3 < 0,05 p1-2 < 0,05	$40,8 \pm 0,8$ p2-3 < 0,001	$47,7 \pm 0,7$
Личностная тревожность	$42,3 \pm 0,5$ p1-3 < 0,05 p1-2 < 0,01	$32,4 \pm 0,6$ p2-3 < 0,001	$44,6 \pm 0,5$

После проведенного лечения в I группе детей с хроническим гастродуоденитом низкую реактивную тревожность имели 22,5%, умеренную – 32,5%, высокую – 45%. Во II группе низкая реактивная тревожность имела у 32,5%, умеренная – 67,5%, высокая – не отмечена (рис. 3)

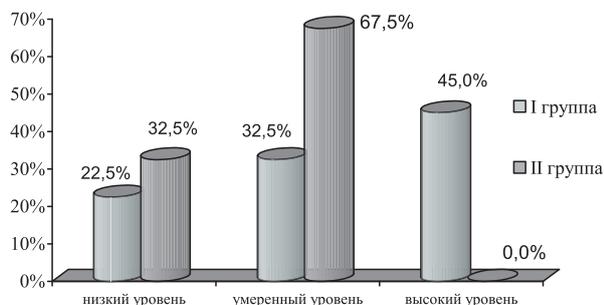


Рис. 3. Показатели реактивной тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом после проведенного лечения.

Показатели низкой личностной тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом после проведенного лечения составили в I группе 15%, умеренной – 32,5%, высокой – 52,5%. Во II группе низкая личностная тревожность отмечалась у 45% детей, умеренная – у 55%, высокая – не отмечена ни у одного ребенка (рис. 4)

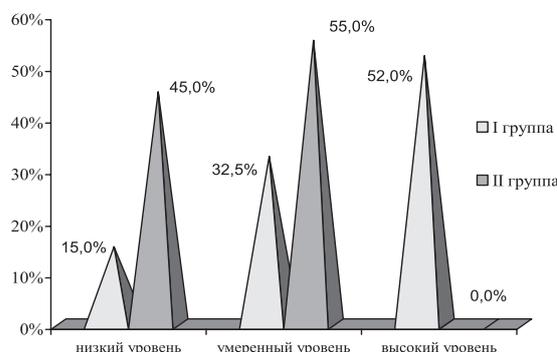


Рис. 4. Показатели личностной тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом после проведенного лечения.

Установлено, что дети с хроническим гастродуоденитом в стадии неполной ремиссии до лечения имеют исходно высокий уровень:

- реактивной тревожности, которая характеризует напряжение, беспокойство, нервозность;
- личностной тревожности, то есть устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

После проведенной комплексной реабилитации полученные данные свидетельствуют о том, что:

- в обеих группах детей отмечается уменьшение уровня как реактивной, так и личностной тревожности;
- во второй группе процент низкого и среднего уровня как реактивной (32,5%), так и личностной (67,%) тревожности значительно выше, а случаев высокого уровня тревожности не выявлено ни у одного пациента.

Таким образом, применение в лечении детей с хроническим гастродуоденитом SPA-терапии способствует более быстрому преодолению стрессовых ситуаций, улучшает психоэмоциональный статус больного и ускоряет наступление периода ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии // А.А.Баранов. Педиатрия. – 2002. – № 3 – С.12-18.
2. Жуйкова В.Г. Реабилитация детей с патологией органов пищеварения в санаторных условиях. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы XII конгресса детских гастроэнтерологов России. – М., 2005. – С.143-144.
3. Ямолдинов Р.Н. Восстановительное лечение и профилактика заболеваний органов пищеварения у детей // Р.Н.Ямолдинов, Л.С.Мякишева. – Ижевск, 2003. – 116 с.
4. Ахметова Р.А. Хронические заболевания органов пищеварения у детей в сельской местности и в городе с развитой химической и биотехнологической промышленностью: Дисс. ... докт. мед. наук. – М, 1994. – С. 42
5. Корсунский А.А. «Профилактика заболеваний органов пищеварения у детей: проблемы и пути решения // Лекция для врачей. – Москва, 2006. – С. 64.

6. О проблемах глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья на всех в XXI веке // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2002. – № 4 (28). – С. 26-37.
7. Бройтигам В. Психосоматическая медицина // В.Бройтигам, П. Кристиан. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
8. Брызгунов И.П. Профилактика и лечение психосоматических заболеваний с позиции педиатра и психолога // И.П.Брызгунов, А.Н. Михайлов // Педиатрия. – 1999. – №4. – С. 23-25.
9. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: рук-во для врачей // Д.Н.Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
10. Руководство по реабилитации для лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам // Под редакцией акад. РАМН В.И. Покровского. – М.: Медицина, 2004. – 400 с.
11. Судаков К.В. Системная организация функций человека: теоретические аспекты // Успехи физиологических наук. – 2003. – Т.31 – № 1. – С. 1-17.
12. Волкова Е.В. Воротынецев Г.Ф. Психотерапевтическая реабилитация пациентов, перенесших оперативное лечение язвенной и желчекаменной болезней, в условиях санатория // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, журнал. – Москва, Медицина. – 2008. – №1. С.43-44.
13. Шабанова Г.Ж. Клинико-морфологические и психосоматические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, не ассоциированной с пилорическим хеликобактериозом у лиц молодого возраста: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2000.
14. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
15. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М., 1997. – 83 с.
16. Бордин Д.С. Жалобы как отражение психогенного статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Д.С.Бордин, Е.С.Мазур Г.С.Беляева. Терапевтический архив. – 2000. – № 2. – С.15-16.
17. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: рук-во для врачей // Д.Н.Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – С. 512.
18. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary resuscitation and emergency Cardiovascular Care science with treatment recommendations. Part 7: Neonatal resuscitation / International liaison committee on Resuscitation. – 2005. – Vol. 67 (2 – 3). – P. 293-303
19. Фельдман Н.Б. Клинико-психологические особенности больных с психосоматическими заболеваниями и невротическими расстройствами: Дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1998. – 24 с.
20. Бородин Д.С. Жалобы как отражение психогенного статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Д.С.Бородин, Е.С.Мазур, Г.С.Беляева. Терапевтический архив. – 2000. – №2. – С.15-16.
21. Арсланова С.Ю. Клинико-социальные и экономические аспекты лечебно-профилактической помощи детям с хронической гастродуоденальной патологией: Дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2005. – 132 с.
22. Nissen, G. Depressions in childhood and adolescence // G. Nissen. Triangl. – 1982 – № 21. – P 77-83.
23. Клинические варианты соматической патологии и внутренняя картина болезни // А.Б. Смулевич, В.И. Макошкин, А.Л. Сыркин [и др.]. «Человек и лекарство: мед. доклад Рос. национального конгресса. – М., 1997. – С.179
24. Исаев, Д.Н. Организация помощи детям с психосоматическими расстройствами // Д.Н.Исаев. Всесоюзная науч.-практич. конф. по детской неврологии и психиатрии. – Вильнюс. 1989. – С.136-139
25. Лурия Р.А. Лекции по общей психологии. Учебное пособие – С-Пб.: Питер, 2004. – 320 с.

РЕЗЮМЕ

Автором представлены результаты исследования о влиянии SPA-терапии на уровень личностной и реактивной тревожности по данным шкалы Спилберга-Ханина у детей с хроническим гастродуоденитом в стадии неполной ремиссии на этапе санаторно-курортной реабилитации в условиях местного муниципального санатория. Показано, что применение SPA-капсулы положительно влияет на изменение уровня реактивной и личностной тревожности у детей с хроническим гастродуоденитом в стадии неполной ремиссии.

ABSTRACT

The autor presented the results of the research about the influence of SPA - therapy on the level of personal and responsive uneasiness according to Spilberger - Khanin's scale on children with chronic gastroduodenitis in stage of incomplete remission during sanatorium rehabilitation in conditions of the local municipal sanatorium. It is shown that application of SPA capsule positively influences on the change of the responsive and personal uneasiness of children with chronic gastroduodenitis in the stage of incomplete remission.