

УДК 616.33-002.44-053.2:612.821

Т.В.Сорокман, Л.Г.Паламар

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ**Кафедра педіатрії та медичної генетики (зав. – проф. Т.В.Сорокман)
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

Резюме. У роботі узагальнено дані літератури щодо медико-психологічних аспектів виразкової хвороби в дітей.

Ключові слова: діти, виразкова хвороба, медико-психологічні чинники.

Вступ. За даними епідеміологічних досліджень, в останні роки серед дітей значно збільшилася кількість тих соматичних захворювань, у патогенезі яких велику роль відіграють емоційні чинники, і яких називають психосоматичними, або хворобами адаптації [6]. Серед них найчастіше спостерігаються хвороби органів травлення, поширеність яких у дітей за останні роки зросла з 85 до 130% [13]. Поширеність виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХ) серед дитячого населення, за даними різних авторів, становить 4-12% [4]. Нозологічну форму ВХ нині розглядають як мультифакторне захворювання, яке є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних, генетичних та соціальних чинників [18]. Дійсно, нині визначені генетичні маркери схильності та резистентності до розвитку ВХ у дітей [11]. Встановлено, що хворі на ВХ мають ряд генетичних особливостей [15]. Наприкінці ХХ сторіччя встановлено провідний, на думку багатьох дослідників, чи не єдиний чинник виразкоутворення - гелікобактерну інфекцію [5]. Однак незважаючи на широке впровадження як у нашій країні, так і за кордоном антигелікобактерних схем терапії ВХ, кількість хворих із даною нозологією не тільки не зменшилась, але продовжує збільшуватися.

Більшість дослідників відносять ВХ до захворювань, в етіології і патогенезі яких важливу роль відіграють соціально-психологічні чинники [3]. Однак оцінці відносної значимості кожного з чинників приділяється надзвичайно мало уваги [7]. Вченими зареєстровано, що причини високої поширеності ВХ вивчені недостатньо, а дані про роль психоемоційних чинників у виникненні патології в дітей спірні та поодинокі.

Питання, чому під впливом психогенних чинників в одних розвивається ВХ, в інших – гіпертонічна хвороба чи бронхіальна астма, залишається відкритим. Для того, щоб наблизитися до відповіді на нього, експерти ВООЗ запропонували декілька критеріїв. Згідно з їх думкою на вибір органа-мішені впливає наступна група чинників: конституційна схильність пацієнта, попереднє послаблення органа-мішені внаслідок травм, інфекції, збіг у часі активності діяльності органа-мішені з періодом максимальної емоційної напруги, символічна роль органа-мішені в системі значимого особистісного конфлікту [15].

Чинником патогенезу захворювання при емоційному стресі є накопичення в тканинах вільних радикалів, що призводить до переокисного окиснення ліпідів мембран різних клітин, особливо нейронів головного мозку. При цьому в ЦНС, особливо в структурах лімбіко-ретиккулярного комплексу, відбуваються зміни чутливості нейронів до нейромедiatorів та олігопептидів. Це, у свою чергу, призводить до формування «застійного» емоційного збудження в ЦНС, яке призводить до стійкого порушення механізмів саморегуляції артеріального тиску, оновлення слизових оболонок шлунково-кишкового тракту та підвищення проникливості сполучнотканинних мембран у різних органах [9]. Емоційний стрес призводить до генералізованого розповсюдження симпатичних та парасимпатичних збуджень, що проявляється в одних порушеннях діяльності серцево-судинної системи, в інших – шлунково-кишкового тракту [1].

Таким чином, хронічний стрес руйнує тіло, сприяючи кількісному зростанню хвороб і навіть смертності [9].

Особливістю дитячого віку є незрілість нервової системи і, зокрема, регуляторних механізмів, що здійснюють координацію та інтеграцію співдружної діяльності вегетативної нервової системи [2]. Надсегментарні вегетативні апарати нерозривно пов'язані з мозковими механізмами поведінки, лімбіко-ретиккулярним комплексом, який у тісному взаємозв'язку з новою корою здійснює формування потреб, конкретну мотиваційну мету поведінки та забезпечує реалізацію актів поведінки. Лімбічна система є водночас «вісцеральним» та «емоційним» мозком і бере участь у регулюванні вегето-вісцеро-гормональних реакцій, а також корегує системи, які забезпечують сон, бадьорість, увагу, емоційну сферу та процеси пам'яті [8].

Психовегетативні відносини налагоджені та закономірно функціонують у здорової дитини. За умов хвороби формується вже патологічний психовегетативний синдром, всередині якого зберігаються взаємовідношення між порушеною мотиваційно-емоційною системою і неадекватним вегетативним супроводом [1]. Будь-яка негативна емоція (тривога, депресія) неодмінно супроводжується змінами у вегетативній нервовій системі: підвищується артеріальний тиск, частота дихання, змінюється тонус сечового міхура, секре-

ція залоз шкіри, секреторна та моторна активність шлунково-кишкового тракту, напруження скелетних м'язів, підвищується швидкість згортання крові [9].

Показано [16], що під впливом тривалого стресу страждає той орган чи система, яка, за уявою пацієнта, є найбільш вразливою і найбільш важливою для життєдіяльності. Висловлюється також думка про те, що вибір органа-мішені залежить від кіркових структур, які визначають оптимальний еферентний шлях для виходу емоцій, викликаних стресом, на периферію. У свою чергу, виникнення стресу пояснюється невідповідністю між вимогами середовища і здатністю індивідуума до адекватного реагування на них. Таким чином, стресова реакція є порушенням рівноваги взаємовідношення особистості з навколишнім середовищем. Якраз сумація вищенаведених чинників і спостерігається при ВХ [5].

Як показали результати дослідження [17], психосоматичний генез виразкової хвороби простежується у 85,5% хворих дітей. Проведений автором факторний аналіз причин розвитку ВХ дозволив виявити найбільш значущі з них: несприятливий преморбідний соматичний фон, який включає обтяжливу спадковість щодо ВХ, інших психосоматичних і нервово-психічних захворювань, конституційні особливості, психологічні особливості особистості хворого, у тому числі показники товарищескості, сенситивності, тривожності, соціальної адаптованості, несприятливі мікросоціальні умови.

Проблема „омолодження” ВХ, зростання тяжкості її перебігу, розвиток ускладнень за умов недостатнього вивчення психосоматичних та нейровегетативних аспектів захворювання набуває важливого значення в педіатрії і стає приводом до більш глибокого вивчення цієї проблеми.

Оскільки виразкова хвороба відноситься до захворювань, що проходять хронічно, то вона дає дитині тривалий негативний тілесний досвід, зокрема больовий, який відрізняє її від ровесників. Окрім того, тіло хворої дитини є не тільки джерелом больових або інших негативних відчуттів, але стає об'єктом маніпуляцій з боку інших осіб (батьків, лікарів), що може призводити до відчуття неповноцінності, додаткової психологічної травми і, як наслідок, порушення шляху психічного розвитку [19]. Тяжке хронічне соматичне захворювання суттєво змінює, перш за все, всю соціальну ситуацію розвитку, що призводить до зниження рівня психічних можливостей дитини в здійсненні діяльності, обмеження контактів з іншими дітьми, зміни об'єктивного місця в житті, а тим самим і до його внутрішньої позиції щодо всіх обставин життя [18]. Тривале захворювання зумовлює затримку емоційного розвитку, емоційну незрілість дитини. Хронічна фізична і психічна астения стримують розвиток активних форм діяльності, сприяють формуванню таких рис особистості, як невпевненість у собі, боягузливість. Ці ж риси детермінують і створення для хворого

підлітка режиму обмежень і заборон. Затримка емоційного розвитку проявляється у формуванні егоцентричних установок, нездатності до вольового зусилля, до праці.

Аналіз досліджень психологічних особливостей хворих на ВХ показав, що дослідники більше приділяють увагу вивченню відношення пацієнта до хвороби, виділенню психопатологічних синдромів, акцентуації характеру, описують порушення емоційної сфери та психологічні захисні реакції.

За даними [13], психотравмуючі ситуації в сім'ї спостерігалися в 75,3% дітей, хворих на ВХ, конфліктні відношення між батьками в сім'ї відмічені в 37,9% хворих дітей, розлучення батьків і виховання в умовах неповної сім'ї - у 30%, смерть і тяжкі хвороби рідних - у 29,1%, незадовільні побутові умови - у 40,5%, сильний страх пережили 26,7% дітей. Більшість дітей, хворих на ВХ (89,7%), перебували в умовах неадекватного виховання: частіше - за типом підвищених вимог, рівною мірою визначалися гіпер- чи гіпоопіка, рідше траплялася зміна типів виховання, суперечливе виховання, що призводило до зниження адаптаційних можливостей дитячого організму, перш за все емоційної сфери [19]. При вивченні анамнезу в 60% хворих дітей наявні дитячі психотравми. Психогеніями слугували соціальна стигматизація сімейних стосунків, порушення взаємовідносин між батьками і неправильна їх поведінка щодо дітей, неправильні типи виховання дітей, зокрема обмеження їх активності з ровесниками, недостатнє піклування батьків [12]. При цьому відмічено, якщо несприятливі стресові чинники були в шкільному дитячому віці, виразкова хвороба характеризувалася тяжким перебігом, вираженим больовим синдромом, розвитком ускладнень [11]. Якщо ж несприятливі психосоціальні чинники виникли вперше в підлітковому віці - хвороба проходить значно сприятливіше.

Значна кількість хворих має низку загальних рис, таких, як конфліктність, підвищена ранимість, замкнутість, тривожність, непереносимість невдач і труднощів, підвищена збудливість [6]. Для усередненого профілю хворого на ВХ характерно виражений психовегетативний синдром, що характеризується іпохондричними, тривожно-депресивними рисами особистості і вегетативними розладами [5].

У дітей, хворих на ВХ, інтравертований тип поведінки (56,5%) і підвищені показники нейротизму (77,6%) траплялися частіше, ніж у дітей групи порівняння (28,5 та 26,7% відповідно) [7]. Хворі з високим рівнем нейротизму відрізнялися нерівноваженим нервово-психічним процесів, емоційно-психологічною нестійкістю і лабільністю вегетативної нервової системи. Більше половини дітей перебувають у стані тривоги і напруження, а ще третина - у стані емоційного стресу і втоми.

Результати, отримані за допомогою теста С.Розенцвейга, свідчать, що серед дітей, хворих

на ВХ, переважно імунітивна спрямованість реакцій (57,6%) і перешкоджаючо-домінантний тип реагування на фруструючу ситуацію (16,9%) траплялися вірогідно частіше, ніж серед здорових дітей [13]. Діти, хворі на ВХ, частіше мають інтрапунітивно спрямовані реакції і необхідно-упертий тип реагування, у той час як для здорових дітей характерне переважання екстрапунітивних реакцій (56,8%) і самозахисного типу реагування при фрустрації (70,7%).

Хворі на ВХ мають неадекватне уявлення про своє місце в системі взаємовідносин із соціальним оточенням, у них порушена здатність до побудови адекватної стратегії поведінки, що знижує комунікативність дитини й утруднює її контакт з однолітками, родичами і медичним персоналом, сприяючи розвитку негативної внутрішньої картини хвороби [18]. У частини дітей формується позиція «тяжкохворої» дитини, а поява в клінічній картині захворювання виражених іпохондричних переживань і встановлення астеничного фону сприяє в подальшому ще більшому заглибленню в хворобу.

Для дітей із психосоматичними захворюваннями характерно не тільки зниження ідеальних уявлень про себе, але має місце захисний чи компенсаторний механізм самообману: зниження ідеальних уявлень про себе порівняно з потенціальними можливостями. Такі діти мають несприятливий прогноз розвитку особистісних якостей [17].

За кордоном велика увага приділяється опису психосоматичної сім'ї, в якій хвороба дитини, як спосіб вирішення життєвих конфліктних ситуацій, «умовно необхідна» для підтримки балансу в сімейній системі [19].

Серед чинників, що зумовлюють формування психосоматичного симптому, виділено особливий тип сімейної організації і функціонування, який характеризується надпротекцією (члени родини дуже опікуються благополуччям кожного), ригідністю (у родині прийняті жорсткі правила) більш вагомою значимістю сімейного союзу в порівнянні з окремими його членами.

Відзначено, що розвиток ВХ у молодшому шкільному віці переважно зумовлений ендогенними чинниками, які чітко корелюють із обтяжливою спадковістю і конституційними особливостями дитини, тимчасом як у старшій віковій групі вирішальними в маніфестації хвороби зазвичай є комплекс екзогенних чинників [20].

Будь-які значні зміни в житті, як негативні, так і позитивні, можуть викликати стрес. Останнім часом на перше місце виходить різке збільшення кількості негативних втручань, зумовлених соціально-політичною та економічною нестабільністю в суспільстві, зниженням життєвого рівня населення, погіршенням якості життя. На другому – величезна кількість інформації, постійно зростаючі темпи життя, зменшення частки фізичної праці.

Особливого значення ці проблеми набувають саме зараз, коли людство зіштовхнулося з глобаль-

ними змінами природного середовища та клімату, які мають найчастіше антропогенне походження. До числа таких чинників відносять електромагнітне випромінювання, дію різного роду хімічних сполук, довготривалий вплив малих доз іонізуючої радіації, інформаційне комп'ютерне середовище. Особливість цих чинників полягає в тому, що вони пов'язані зі стрімким науково-технічним розвитком суспільства. Тому в організмі немає напрацьованих впродовж еволюції спеціальних механізмів захисту або компенсації [14].

Наш час складний ще й тим, що перевантаження накладається одне на одне, один стресор змінюється іншим, не залишаючи часу на адаптацію. Ще п'ятдесят років тому Дж. Д. Радкліфф написав, що «психічне перевантаження забирає більше життів, ніж усі хвороби разом узяті» [21].

Проведені комплексні дослідження встановили прямий взаємозв'язок між ступенем вираженості психовегетативного синдрому, клінічною картиною хвороби, вмістом біологічно активних речовин і станом захисного шару слизового бар'єра [10]. Чим більше виражений психовегетативний синдром, тим у більшій мірі виражені больовий і диспепсичний синдроми (у прямій залежності від тривалості хвороби), чим значніше змінюється співвідношення вазорегуляторів у бік вазоконстрикторів, тим більше понижуються вміст гастральних муцинів у слизовій оболонці, підвищується рівень продуктів перекисного окиснення ліпідів і понижуються рівень показників антиоксидантної системи [10].

Таким чином, психоемоційний стрес сприяє переходу від преморбідного, компенсованого стану гастродуоденальної системи до виразкової хвороби. У цьому процесі важливу роль відіграють психологічні особливості особистості дитини і конституційно-генетичні чинники, які визначають її індивідуальну стресочутливість. Виконуючи роль пускового механізму, психоемоційний чинник створює умови для розвитку виразкової хвороби шляхом формування стійких функціональних і структурних змін у гастродуоденальній ділянці.

Література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 250 с.
3. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способы их коррекции // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – №2. – С. 65-67.
4. Белоусов Ю.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка у детей: механизмы формирования, клиника, диагностика и лечение: Методические рекомендации. – Одесса, 2003. – 30 с.
5. Белобородова Э.И., Писаренко И.В., Дорохова Т.А. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от типа лич-

- ности и эффективность дифференцированной психотропной терапии //Терапевт. арх. - 2002. - Т. 74, № 8. - С. 60-63.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей.- СПб.: Спец. лит-ра, 2000.-512с.
7. Казак С.С., Бекетова Г.В., Погодаева Г.А., Зайченко О.К. Вегетативные синдромы при сочетанном поражении пищеварительной системы у детей // Теоретические и клинические вопросы детской кардиологии. - Харьков, 1993. - С. 61.
8. Медведев В.И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации // Физиол. человека. - 1998. - Т.24, № 4. - С. 7-13.
9. Механизмы развития стресса //Под ред. Ф.И.Фурдуй. - Кишинев: Штиинца, 1987. - 235 с.
10. Опарин А.А. Влияние оксида азота и гормонов стресса на состояние защитного слизистого барьера у больных язвенной болезнью // Врач.практика.-2003.-№4.-С.5-6.
11. Сокольник С.В. Порівняльний аналіз багатоконпонентних комбінацій генетичних маркерів у дітей, хворих на виразкову хворобу // Бук. мед.вісник. - 2003. - №3. - С.76-79.
12. Соловьева А.Д., Шептулин А.А., Аннамамова Р.С. Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями // Сб.матер. Всерос. науч.-практ. конф., СПб., 2006.-С.117.
13. Сорокман Т.В. Особливості психоемоційного стану дітей, хворих на виразкову хворобу // Матер. 4-ї Міжнар. наук.-практ. конф. „Динаміка наукових досліджень – 2005”. – Том 29. Медицина. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2005. – 36-37.
14. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 367 с.
15. Фролькис А.В. Заболевания желудочно-кишечного тракта и наследственность.- СПб.: Спец.лит-ра, 2005.-288с.
16. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни //Scand.in Gastroenterol.-2004.-Suppl.206.-P.37-39.
17. Kitikorn M. Quality of line //Int.J.Ment.Health.-2006.-Vol.23, №3.-P.23-27.
18. Korman M. Quality of line in duodenal ulcer// Scand.in Gastroenterol.-2006.-Suppl.213.-P.7-9.
19. Minuchin S. Family and Family Therapy.- Cambridge, 2005.-233P.
20. Murray D.R., Flynn J., Ratchiffe Effect of acute physical and psychological stresses on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome // Gastroenterology. - 2004. – Vol.127, № 12. – P. 1695-1703.
21. Xu X., Zbu H., J.D.Z.Chen Pyloric electrical stimulation reduces food intake by inhibition of gastric motility in dogs // Gastroenterology. - 2005. – Vol. 128, № 2. – P. 43-50.

MEDICO- PSYCHOLOGIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN

T.V.Sorokman, L.G.Palamar

Abstract. The paper systematizes and generalizes the bibliographical data pertaining the medico-psychological aspects of peptic ulcer in children.

Key words: children, peptic ulcer, medico-psychologic factors

Рецензент – проф. В.М.Пашковський

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.131-134

Надійшла до редакції 11.12.2006 року