



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20635 (13) U

(51) МПК (2006)

A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ *HELICOBACTER PYLORI*-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ

1

2

(21) u200601943

(22) 23.02.2006

(24) 15.02.2007

(46) 15.02.2007, Бюл. № 2, 2007 р.

(72) Іваніна Інна Володимирівна, Крючко Тетяна Олександрівна, Тамакова Тетяна Анатоліївна, Таняньська Світлана Михайлівна

(73) Іваніна Інна Володимирівна, Крючко Тетяна Олександрівна, Тамакова Тетяна Анатоліївна, Таняньська Світлана Михайлівна

(57) Спосіб лікування хронічних *Helicobacter pylori*-асоційованих гастроудоденальних хвороб у дітей,

що включає застосування комплексу традиційних лікувальних засобів (колоїдний вісмуту субцитрат 40мг/кг/добу в 4 прийоми протягом 4 тижнів, метронідазол 40мг/кг/добу в 2 прийоми та амоксицилін дозою 25мг/кг/добу в 3 прийоми протягом 7 днів), який **відрізняється** тим, що додатково застосовують етапну психокорекцію у формі групової чи індивідуальної психотерапії 2 рази на тиждень із використанням арт- та гештальт-терапевтичних технік протягом стаціонарного лікування та надалі протягом 6 місяців на амбулаторному етапі.

Запропонована корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до педіатрії.

Проблема ефективної терапії патології шлунково-кишкового тракту у дітей нині має велике медико-соціальне значення. Поширеність гастроентерологічних хвороб серед дітей за останніми роками в Україні не зменшується, а навпаки, має тенденцію до зростання. Захворюваність дітей (0-14 років) хворобами органів травлення зросла в 2004 році, у порівнянні з 1990 роком, на 57,1% (з 33,8 до 53,1 випадки на 1000 дітей). Поширеність захворювань даного класу серед дітей за цей період збільшилася на 61,1% (з 85,7 до 138,1 випадки на 1000 дітей) (статистичні дані МОЗ України). Це свідчить про недостатню ефективність запроваджуваних заходів щодо запобігання розвитку хронічної гастроудоденальної патології у дітей. Сучасні дослідження свідчать, що характерною рисою гастроентерологічної, зокрема гастроудоденальної, патології є її соціально-біологічна, психосоматична обумовленість. Ігнорування психосоматичних аспектів проблеми призводить до недостатньої ефективності традиційних

Відомі способи лікування хронічного гастроудоденіту: Няньковський С.Л., Івахненко О.С. Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики хелікобактеріозу у дітей з урахуванням сімейного характеру інфекції // Сучасна гастроентерологія. - 2002. - №1(7). - С19-23; Звягінцева Т.Д., Мірзоева

Л.А., Сіроджа О.І., Войцехова О.В. Ефективність стандартної антигелікобактерної терапії в комбінації з препаратом «Еглоніл» у лікуванні дуоденальних виразок // Медицина залізничного транспорту України. - 2004. - №3. - С.48-50; Крючко Т.О., Гладка Г.М. Досвід застосування "Альтану" у комплексній реабілітації дітей з хронічними гастроудоденітами // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2003. - №3. - С.27-30; Малямова Л.Н., Чередниченко А.М., Медведєва С.Ю. Клинико-морфологические особенности хронического гастрита у детей и эффективность лечения // Российский педиатрический журнал. - 2002. - №4. - С.12-17; Няньковський С.Л., Дедишин Л.П., Івахненко О.С. Сучасні підходи до діагностики та принципів лікування *Helicobacter Pylori* асоційованих захворювань гастроудоденальної зони у дітей. - Львів, "Простір М". - 2000. - 20с.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування хронічних *Helicobacter pylori*-асоційованих гастроудоденальних захворювань, який включає призначення схем традиційної ерадикаційної терапії (з включенням, залежно від клінічної ситуації, препаратів вісмуту, амоксициліну, метронідазолу, кларитроміцину, фуразолідону, фамотидину, омепразолу) у вікових дозах [Бабак О.Я., Фадєєнко Г.Д., Савво В.М. Рациональна терапия язвочковой хвороби та гастриту типу В у взрослых та дітей (методичні рекомендації). - Харків, 2001. - 16с.]

(13) U

(11) 20635

(19) UA

Недоліком відомого способу є недостатній ступінь ефективності, обумовлений тим, що він не враховує психосоматичного компоненту формування хвороб органів травлення, не сприяє нормалізації психоемоційного стану дитини, що не дає змоги досягти комплексного ефекту від терапії, який полягає не тільки у зменшенні проявів болювого, диспептичного та астеновегетативного синдромів, а й у перериванні патогенетичних ланцюгів формування та прогресування хвороби.

В основу корисної моделі поставлена задача створити спосіб лікування хронічних *Helicobacter pylori*-асоційованих гастродуоденальних захворювань у дітей шляхом удосконалення відомого, досягти комплексного впливу на патогенетичні ланцюги формування захворювання і забезпечити підвищення ступеню ефективності стаціонарного та амбулаторного лікування даного контингенту хворих.

Поставлену задачу вирішують створенням способу лікування хронічних *Helicobacter pylori*-асоційованих гастродуоденальних захворювань у дітей із застосуванням традиційної ерадикаційної терапії (колоїдний вісмут субцитрат 40мг/кг/добу в 4 прийоми протягом 4 тижнів, метронідазол 40мг/кг/добу в 2 прийоми та амоксицилін дозою 25мг/кг/добу в 3 прийоми протягом 7 днів), який, згідно корисної моделі, відрізняється додатковим застосуванням в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів арт- та гештальт-терапевтичних технік у формі групової чи індивідуальної психотерапії 2 рази на тиждень протягом стаціонарного лікування та надалі протягом 6 місяців на амбулаторному етапі.

Узагальнену формулу взаємозв'язку психогенних впливів із соматичними проявами А.М. Вейн (2000) уявляє таким чином: психічні порушення → зміни у вегетативній нервовій та ендокринній системах → соматичні розлади, або психоемоційні впливи → реакція лімбіко-ретикулярних структур (центри емоцій мають тісні асоціативні зв'язки з центрами вегетативної регуляції) → реакція вегетативної нервової та ендокринної систем → імунологічні зрушення, вісцеральні патологічні ефекти.

Гештальт-терапія (нім. Gestalt - образ, символ) - сучасний ефективний метод психотерапії, який застосовують з метою лікування психосоматичних розладів. Патологічні симптоми виникають, згідно з теорією гештальт-терапії, коли не задовольняються базові потреби людини - фізична безпека, матеріальний добробут, соціальний статус та ін. Головною метою психотерапії є усвідомлення пацієнтом та психотерапевтом найбільш значимих незадоволених потреб, які призвели до психосоматичних порушень, а також пошук варіантів поведінки, які б дозволили їх задовольнити.

Зважаючи на те, що і підлітки, і, особливо, діти, часто утруднюються у вербалізації своїх проблем і переживань, в роботі з ними виникає необхідність застосування технік арт-терапії. Творчість як одна з форм сублімації дозволяє проявити, усвідомити та відреагувати соціально прийнятним способом інстинктивні імпульси й емоційні стани.

Аналіз сучасних досліджень із терапії мистецтвом пояснює корисність цього методу лікування

тим, що він надає можливість для вираження агресивних відчуттів соціально прийнятним способом; дає підстави для діагностичної роботи в процесі терапії; дозволяє працювати з думками та відчуттями, які здаються нездоланими; пришвидшує прогрес у терапії, допомагає зміцнити терапевтичні взаємовідносини. Підсвідомі конфлікти та внутрішні переживання легше виразити за допомогою зорових образів, чим у розмові під час вербальної психотерапії. Невербальні форми комунікації можуть із вищою вірогідністю уникнути цензури свідомості. Творча продукція реальна і тому не може нехтуватися пацієнтом. Іноді невербальні засоби стають єдиним інструментом, що може розкрити і прояснити травматичні відчуття. Спільні елементи в художній творчості членів групи можуть пришвидшити розвиток емпатії та позитивних відчуттів.

Психотерапевтичні заняття можуть бути структурованими і неструктурованими. Для перших характерна заданість теми та/або засобів зображення. Однак зміст творчої діяльності, форма реалізації, темп роботи визначаються самим учасником. На неструктурованих заняттях учасники самостійно обирають тему, матеріали, інструменти. Заняття, на яких використовуються музика, співи, рухи, драма, поезія, вигадкування історій, називаються мультимедійними.

У структурі кожного заняття можна виділити дві основні частини.

Перша - невербальна, творча, неструктурована. Основний засіб самовираження - малюнок (живопис).

Друга - вербальна, аперцептивна та формальна - більш структурована. Вона передбачає вербальну інтерпретацію намальованих об'єктів та асоціацій, що виникли.

Таким чином, завдяки патогенетичній спрямованості, враховуючи загальновідомі дані про психоемоційні порушення у дітей з хронічними гастродуоденітами, зокрема, *Helicobacter pylori*-асоційованими, ефективними та адекватними методами психокорекції в дитячому та підлітковому віці є арт- та гештальт-терапія.

Включення в комплекс лікувально-реабілітаційних заходів у дітей з хронічними *Helicobacter pylori*-асоційованими гастродуоденальними хворобами психотерапевтичних методів лікування дозволить підвищити ефективність лікування хронічних гастродуоденальних хвороб у дітей: покращити психоемоційний стан дитини, зменшити термін перебування хворого в стаціонарі за рахунок скорочення тривалості болювого, диспептичного та астеновегетативного синдромів, покращити адаптацію до психологічних подразників, збільшити тривалість ремісії та попередити можливі рецидиви захворювання.

Спосіб здійснюють наступним чином; признають комплекс загальноприйнятих лікувальних засобів (колоїдний вісмут субцитрат 40мг/кг/добу в 4 прийоми протягом 4 тижнів, метронідазол 40мг/кг/добу в 2 прийоми та амоксицилін дозою 25мг/кг/добу в 3 прийоми протягом 7 днів) і, згідно корисної моделі, додатково застосовують етапну психокорекцію у формі групової чи індивідуальної

психотерапії 2 рази на тиждень із використанням арт- та гештальт-терапевтичних технік протягом стаціонарного лікування та надалі протягом 6 місяців на амбулаторному етапі.

Приклад конкретного виконання

Хворий П., 13 років, мешкає у м.Полтава, надійшов для стаціонарного лікування в гастроентерологічне відділення Полтавської дитячої обласної клінічної лікарні 18.01.05р. з приводу хронічного хелікобактер-асоційованого гастродуоденіту з підвищеною кислотоутворювальною функцією шлунка, період загострення. При надходженні хлопчик виявляв скарги на біль у верхній половині живота натще та через 30-40 хвилин після їжі, періодичну нудоту натщесерце та після їжі, зрідка - блювання, що приносить полегшення, підвищену втомлюваність. Біль у животі полегшується після прийому альмагелю, маалоксу протягом 5-10 хвилин. З анамнезу відомо, що дитина хворіє протягом 4 років з часу, коли вперше з'явився біль в животі й батьки звернулись за лікарською допомогою. Щороку дитина надходить для стаціонарного лікування до гастроентерологічного відділення Полтавської дитячої обласної клінічної лікарні. Загострення хвороби пов'язані зазвичай із емоційними стресами (від'їзд батька, підвищення навчального навантаження наприкінці чверті). Вагітність у матері хлопчика перебігала із загрозою переривання (у 17-24 тижні). Пологи перебігали без ускладнень, у 39 тижнів. Вигодовування на першому році життя було грудним до 3 місяців, потім - штучним. Ріс, розвивався хлопчик згідно віку. У 4 роки перехворів на вітряну віспу, 2-3 рази на рік хворіє на гострі респіраторні інфекції. Спадковість обтяжена з боку батька на виразкову хворобу. На даний момент харчування дитини нерегулярне. Хлопчик відвідує клас із поглибленим вивченням математики (навчається 6 днів на тиждень). Батько хлопчика протягом чотирьох останніх років працює в іншій місцевості і буває вдома 2 місяці на рік.

При обстеженні виявлено обкладення язика білим налітом, болючість при пальпації епігастрія та пілородуоденальної зони. За даними фіброскофагастроудуоденоскопії встановлена наявність катарального антрального гастриту та дуоденіту. Згідно результатів дослідження біопатів СОШ морфологічним (пофарбування гематоксилін-еозином, пікрофуксином за Ван-Гізеном), гістохімічним (ШИК-реакція), цитологічним (пофарбування за Романовським-Гімзою) напівкількісними методами виявлено: інфікованість *Helicobacter pylori* +++, товщина слизу ++, запальна інфільтрація +++, гіпертрофія ямкового епітелію ++, розростання сполучної тканини у підслизовому шарі ++. Кислотоутворювальна функція за даними рН-метрії підвищена ($pH_{(антрум)} - 3,5$; $pH_{(корпус)} - 1$ ДХ кислотно-нейтралізуюча функція антрума субкомпенсована. За даними ультрасонографії шлунок натще містить помірну кількість вмісту з гіперехогенними включеннями, інших структурних та функціональних патологічних змін не виявлено. Згідно даних кардіоінтервалографії вихідний вегетативний тонус хлопчика характеризується переважанням ваготонічних впливів ($AMo_1=16\%$, $Mo_1=0,92c$, $BP_1=0,32c$, $IN_1=27,17$); в результаті проведення

кліноортостатичної проби встановлена гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність ($AMo_2=36\%$, $Mo_2=0,5c$, $BP_2=0,3c$, $IN_2=120$; $IN_2/IN_1=4,42$). Дитині було проведено психодіагностичне обстеження. За даними тесту для визначення рівня тривожності Дж. Тейлора встановлено високий рівень тривожності (38 балів) при достатньому рівні відвертості (2 бали). Про схильність дитини до високого рівня тривоги свідчать результати тесту Г. Айзенка: 10 балів за шкалою екстраверсії, 15 - за шкалою нейротизму, що відповідає меланхолічному типу темпераменту (при достатньому рівні відвертості - 3 бали). Аналізуючи результати тесту "Незакінчені речення" за Саксом-Сіднеєм, "Малюнок сім'ї" встановлена наявність міжособистісного конфлікту хлопчика зі старшим братом (17 років), причиною якого є змагання за увагу та любов матері. Виховує дитину переважно мати, за типом домінуючої гіперпротекції. Значимою фігурою для дитини є батько, але він, працюючи в іншій місцевості, практично весь час відсутній. Аналізуючи результати фрустраційного тесту Розенцвейга виявлена недостатня адаптація дитини до соціального оточення, а також особливості поведінки у фрустраційній ситуації: переважно інтропунітивна спрямованість реакцій з фіксацією на перешкоді.

Дитині було призначено лікування: дієта №5, колоїдний вісмуту субцитрат 40мг/кг/добу в 4 прийоми протягом 4 тижнів, метронідазол 40мг/кг/добу в 2 прийоми та амоксицилін дозою 25мг/кг/добу в 3 прийоми протягом 7 днів і, згідно корисної моделі, додатково застосували етапну психокорекцію у формі групової та індивідуальної психотерапії 2 рази на тиждень із використанням арт- та гештальт-терапевтичних технік протягом стаціонарного лікування та надалі протягом 6 місяців на амбулаторному етапі. З батьками та братом хлопчика проводились індивідуальні консультації, застосовувались арт-терапевтичні техніки в парі з дитиною.

Ефективність призначеного лікування оцінювалася на початку лікування, а також через 1, 3 та 6 місяців за динамікою клінічних проявів захворювання у дитини (зникнення больового, диспептичного та астеновеgetативного синдромів, зменшення медикаментозного навантаження на організм дитини, скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі, подовження ремісії та запобігання виникненню рецидивів захворювання), за даними інструментальних та психодіагностичних досліджень (зникнення порушень афективно-когнітивної сфери, вегетативного гомеостазу, підвищення адаптації дитини до психологічних подразників).

У результаті проведеного лікування больовий синдром у дитини зник на 4 добу, диспептичний - на 6 добу. Тривалість астеновеgetативного синдрому складала 8 діб.

Вже через місяць після початку комплексного лікування значно знизилася тривожність (25 балів згідно даних тесту Дж. Тейлора), через 3 та 6 місяців після початку лікування рівень тривожності утримувався в межах середнього (17 та 12 балів відповідно).

У динаміці лікування, згідно даних тесту Розенцвейга, хлопчик змінив свою спрямованість та тип реагування: наприкінці терміну спостереження переважала імунітивна спрямованість реакцій та необхідно-наполегливий тип реагування, що свідчить про підвищення стресостійкості дитини до психологічних подразників.

Позитивним наслідком застосування психотерапевтичних методів лікування виявилось зменшення медикаментозного навантаження на дитину під час стаціонарного лікування (за даними листів призначень) та протягом реабілітаційного періоду, в основному за рахунок симптоматичних засобів.

Протягом всього періоду спостереження (12 місяців) хлопчик не відмічав повторення клінічних симптомів захворювання, в той час як раніше біль в животі турбував його якнайменше двічі на рік.

Запропонованим способом в умовах гастроентерологічного відділення Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні проліковано 12 дітей з хронічним *Helicobacter pylori*-асоційованим гастродуоденітом віком від 8 до 15 років. Аналіз результатів лікування свідчить про ефективність запропонованого способу.

В результаті проведеного комплексного лікування у більшості хворих больовий синдром зник на 3-4 доби раніше, ніж у дітей, пролікованих згідно з традиційними схемами, диспепсичний - на 4-5 діб. Тривалість астеновегетативного синдрому складала $8,4 \pm 1,2$ діб у дітей, що відвідували психокорекційні заняття, проти $13,2 \pm 2,5$ серед дітей, які отримували лише традиційне лікування ($p < 0,05$). Вже під час стаціонарного лікування у дітей, що отримували комплексну терапію, зменшилась тривожність, що розцінювали як позитивне явище, оскільки зростання тривожності провокує розвиток психоемоційного стресу, веде до відповідних змін вегетативно-гуморальної регуляції, збільшує вірогідність зриву адаптивних процесів, сприяє розвитку соматичного захворювання, в тому числі хронічних гастродуоденальних хвороб у дітей. Динаміка зменшення тривожності у дітей, які отримували комплексне лікування, була стабільною протягом 6 місяців, в той час як серед дітей, які отримували лише традиційну терапію, позитивні зміни були короточасними.

Таблиця

Рівень тривожності дітей з хронічним гастродуоденітом в динаміці лікування за даними тесту Тейлора, бали

Обстежені групи	Кількість хворих	До лікування	Через 1 місяць після лікування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування
Традиційне лікування + етапна психотерапія	15	$37,6 \pm 3,8$	$25,7 \pm 2,3^* \#$	$20,1 \pm 2,5^* \#$	$18,2 \pm 3,3^*$
Традиційне лікування	30	$35,8 \pm 3,7$	$30,3 \pm 2,6 \#$	$28,7 \pm 4,5$	$29,4 \pm 6,5$

* - $p < 0,05$ достовірна різниця в порівнянні другою групою

- $p < 0,05$ достовірна різниця в межах групи

Стійкість досягнутих успіхів під час психотерапії корелювала з її тривалістю. Одним з найважливіших показників ефективності лікування хронічних захворювань гастродуоденальної зони можна вважати стійкість ремісії. Так, 6 з 30 дітей (20%), що отримували традиційне лікування протягом 6 місяців спостереження були вимушені звернутись повторно за медичною допомогою з приводу рецидиву хвороби, тоді як протягом усього періоду спостереження жодна дитина з групи, що отримували медикаментозну терапію та етапну психокорекцію не була госпіталізована повторно.

Впровадження даного способу дозволило підвищити ефективність комплексного лікування хронічних *Helicobacter pylori*-асоційованих гастродуоденальних хвороб у дітей: покращити психоемоційний стан дитини, зменшити термін перебування хворого в стаціонарі за рахунок скорочення тривалості больового, диспепсичного та астеновегетативного синдромів, покращити адаптацію до психологічних подразників, збільшити тривалість ремісії та попередити можливі рецидиви захворювання.