

ЮРЧИК К.В., СУКАЛО А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Аннотация

В статье изучены личностные характеристики детей с различными клиническими вариантами синдрома раздраженного кишечника, проанализированы основные параметры качества жизни детей с данной патологией.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, личностные особенности, качество жизни.

Key words: irritable bowel syndrome, personality traits, quality of life.

В последнее время не угасает интерес врачей гастроэнтерологического профиля к функциональным заболеваниям, одним из которых является синдром раздраженного кишечника (СРК). По последним эпидемиологическим данным распространенность данной патологии составляет 10 – 15% среди взрослого населения, а данные относительно детского возраста встречаются в единичных публикациях [1,2,3,4]. Поскольку при СРК отсутствует четко определяемое нарушение структуры при явном нарушении функции, в основу постановки диагноза положены критерии, основанные на симптомах, при доказанном отсутствии органической патологии. В настоящее время СРК рассматривается как биопсихосоциальное заболевание. Связь психических расстройств и СРК фактически доказана. Так, у 60% больных с функциональными гастроэнтерологическими расстройствами диагностируется тревожное или депрессивное расстройство, вегетативные и гормональные сдвиги [4, 5, 6, 7]. В настоящее время D. A. Drossman [8] предложена биопсихосоциальная концепция патогенеза и клинических проявлений СРК. Многие исследователи пытаются доказать взаимосвязь особенностей личностного

реагирования на стрессовые факторы с развитием различных клинических вариантов СРК.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей личности и качества жизни детей с различными клиническими вариантами СРК.

Задачи исследования: проведение психологического тестирования детей с СРК с помощью психометрических методик, оценка качества жизни детей с заболеванием и сравнение полученных данных с оценкой родителей пациентов.

Материал и методы. Группу наблюдения составили 87 пациентов 7 – 17 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении 4 детской клинической больницы г. Минска в 2009 – 2011 годах, у которых после комплексного обследования, включавшего инструментальные и методы исследования, а также консультации невропатолога, психотерапевта и в некоторых случаях – психиатра, был установлен (в соответствии с Римскими критериями III) в качестве основного диагноз «синдром раздражённого кишечника». У 17 пациентов был диагностирован недифференцированный вариант СРК, у 30 – диарейная форма заболевания, у 40 – СРК с запорами. Все дети были протестированы с помощью анкеты Леонгарда, опросника Балашовой и анкеты PedsQL (исследование качества жизни), дети старшего возраста (13 – 17 лет; n=50) были опрошены с помощью теста Кеттела (HSPQ – для подростков) и Кондаша, пациенты младшего возраста (7 – 12 лет; n=37) отвечали на вопросы теста Филлипса.

Контрольную группу для психологического тестирования составили 40 здоровых школьников, для исследования качества жизни – 34 ученика 5 – 6 и 10 – 11 классов гимназии №2 г. Минска.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью критерия Манна – Уитни при сравнении двух групп и критерия Крускала –

Уоллеса при сравнении трех и более групп для порядковых чисел, критерия χ^2 для качественных признаков.

Результаты. Тест Леонгарда, применяемый в исследовании, предназначен для выявления акцентуаций характера. Термином «акцентуированные личности» обозначают людей, характер и реагирование которых находится на границе нормы и патологии. При появлении неблагоприятных факторов (к которым, безусловно, можно отнести и болезнь) акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. В ходе проведенного исследования установлены различия между группой здоровых детей и пациентами с СРК (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика типов акцентуаций у здоровых детей и пациентов с СРК.

Тип акцентуации	Число детей с акцентуациями		p
	СРК (n=87)	Здоровые (n=40)	
Гипертимическая	13 (14,94%)	10 (25,0%)	-
Тревожная	22 (25,29%)	2 (5,0%)	=0,014
Дистимическая	16 (18,39%)	4 (10,0%)	-
Педантическая	17 (19,54%)	2 (5,0%)	-
Возбудимая	21 (24,14%)	2 (5,0%)	=0,015
Эмотивная	20 (22,99%)	4 (10,0%)	-
Застревающая	21 (24,14%)	0	=0,002
Демонстративная	20 (22,99%)	4 (10,0%)	-
Циклотимическая	26 (29,89%)	6 (15,0%)	-
Экзальтированная	24 (27,59%)	5 (12,5%)	-

Следует отметить, что в группе контроля реже встречались акцентуированные черты, что свидетельствует о гармоничном развитии личности детей. Пациенты с СРК достоверно чаще испытывают чувство

тревоги, неуверенность в себе, мнительность. У них нередко возникают трудности в общении со сверстниками и взрослыми. В отличие от здоровых школьников, у них реже встречаются черты гипертимного типа (14,95% у СРК и 25,0% в группе контроля), для которого характерны общительность, энергичность, инициативность.

Полученные данные свидетельствуют, что дети с СРК имеют ряд особенностей характера, которые, с одной стороны, способствуют развитию психосоматического заболевания, а с другой – усугубляют течение болезни.

Нам показалось интересным проанализировать особенности личностных черт у детей с различными вариантами СРК (таблица 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика детей с различными клиническими вариантами СРК.

Тип акцентуации	Число детей с акцентуациями			
	СРК недиф. (n=17)	СРК с диареей (n=30)	СРК с запорами (n=40)	P
Гипертимическая	3 (17,65%)	4 (13,33%)	6 (15,0%)	-
Тревожная	5 (29,41%)	9 (30%)	8 (20,0%)	-
Дистимическая	3 (17,65%)	3 (10,0%)	10 (25,0%)	-
Педантическая	2 (11,76%)	3 (10,0%)	12 (30,0%)	=0,005
Возбудимая	5 (29,41%)	5 (16,67%)	11 (27,5%)	-
Эмотивная	5 (29,41%)	8 (26,67%)	7 (17,5%)	-
Застревающая	2 (11,76%)	4 (13,33%)	15 (37,5%)	=0,03
Демонстративная	6 (35,29%)	9 (30,0%)	5 (12,5%)	-
Циклотимическая	8 (47,06%)	7 (23,33%)	11 (27,5%)	-
Экзальтированная	6 (35,29%)	13 (43,33%)	5 (12,5%)	=0,016

Обнаружено, что у детей с запорами преобладал застревающий и возбудимый типы, реже встречающиеся в двух других группах. Такие люди отличаются недоверчивостью по отношению к другим, чувствительны к обидам и огорчениям, честолюбивы, при этом весьма раздражительны и нередко плохо уживаются в коллективе. Для них характерна замедленность реакций и тяжеловесность поступков.

Дети с диареей и недифференцированным вариантом СРК значительно чаще обнаруживали экзальтированную акцентуацию, а, значит, они склонны к частой перемене настроения. Их настроение быстро меняется от восторженного до глубокой печали. В то же время дети данных двух групп нередко отмечали у себя черты тревожной личности (почти у 30% опрошенных). Учитывая достаточно высокую частоту встречаемости элементов демонстративности у данных детей (30-35%), можно предположить, что за внешней словоохотливостью, активностью и, порой конфликтностью, скрывается внутренняя неуверенность в себе, потребность в признании и внимании, излишняя самокритичность.

Следует отметить, что многих детей, особенно с недифференцированным СРК, проявлялись признаки циклотимического типа, которые весьма характерны для детей пре- и пубертатного возраста, и наблюдались у 15,0% здоровых школьников.

Использованный в исследовании опросник Кеттела предназначен для оценки 14 основных личных качеств у подростков. Полученные в результате опроса баллы были переведены в стень (1-10) согласно нормативным данным (таблица 3). Низкими считались стень 1-3, высокими - 8-10.

Таблица 3. Личностный профиль пациентов с СРК в сравнении со здоровыми сверстниками.

Факторы	Число детей со стенами 1-3		P	Число детей со стенами 8-10		P
	СРК (n=50)	здоровые (n=40)		СРК (n=50)	здоровые (n=40)	
A	9 (18,0%)	2 (5,0%)	-	2 (4,0%)	10 (25,0%)	=0,005
B	3 (6,0%)	2 (5,0%)	-	12 (24,0%)	2 (5,0%)	=0,018
C	16 (32,0%)	3 (7,5%)	=0,005	4 (8,0%)	6 (15,0%)	-
D	1 (2,0%)	5 (12,5%)	-	12 (24,0%)	6 (15,0%)	-
E	2 (4,0%)	4 (10,0%)	-	5 (10,0%)	9 (22,5%)	-
F	14 (28,0%)	3 (7,5%)	=0,016	4 (8,0%)	7 (17,5%)	-
G	8 (16,0%)	6 (15,0%)	-	7 (14,0%)	4 (10,0%)	-
H	6 (12,0%)	3 (7,5%)	-	7 (14,0%)	12 (30,0%)	-
I	5 (10,0%)	6 (15,0%)	-	9 (18,0%)	5 (12,5%)	-
J	3 (6,0%)	4 (10,0%)	-	6 (12,0%)	8 (20,0%)	-
O	4 (8,0%)	2 (5,0%)	-	5 (10,0%)	8 (20,0%)	-
Q2	3 (6,0%)	10 (25,0%)	=0,015	4 (8,0%)	7 (17,5%)	-
Q3	8 (16,0%)	4 (10,0%)	-	6 (12,0%)	6 (15,0%)	-
Q4	8 (16,0%)	3 (7,5%)	-	11 (22,0%)	2 (5,0%)	-

Подростки с СРК имели низкие показатели по фактору С (слабость «Я») и F (десургенсия) при достаточно высоких показателях В (интеллект). Такие люди характеризуются массой невротических симптомов, повышенной тревожностью, подозрительностью. Они малообщительны, склонны все усложнять, их постоянно беспокоит возможность неудач и несчастий. Учитывая довольно часто встречающиеся среди детей с СРК низкие оценки А (шизотимия - у 18,0%), высокие D (возбудимость – 24,0%), можно утверждать, что подростки из данной группы часто испытывают чувство беспокойства, склонны к бурным эмоциональным реакциям и их состояние

сильно зависит от их настроения. Эти данные хорошо согласуются с результатами тестирования по опроснику Леонгарда, описанному в предыдущем разделе.

В то же время здоровые школьники демонстрировали несколько иной результат. Среди них чаще встречались высокие показатели А (аффектотимия), F (сургенсия – 17,5%), Н (смелость – 30,0%). Здоровые школьники более открыты и доверчивы, имеют простой и оптимистичный характер, легко вступают в контакты и быстро забывают о неудачах.

Учитывая данные литературы о возможном развитии повышенной тревожности среди пациентов с СРК, а также результаты исследования личностных характеристик, мы провели анкетирование детей с целью определения уровня тревожности. Следует отметить, что не существует методики, применимой для детей всех возрастов, а используемый многими исследователями тест Спилбергера-Ханина применим лишь с 16-17 лет и игнорирует такой важный в детском возрасте показатель, как школьная тревожность. Для получения более достоверных результатов мы разделили детей на две группы. В младшей (7-12 лет) количество испытуемых составило 36 пациентов, в старшей (13-17 лет) – 51 человек. Группы контроля для обеих возрастных групп насчитывали по 20 детей.

Для младшей группы тестирование проводилось с помощью теста Филлипса (таблица 4).

Таблица 4. Сравнение уровня школьной тревожности среди детей с СРК и здоровых школьников.

Факторы	СРК (n=36)	здоровые (n=20)	z	p
Общий балл	39,11	24,45	5,62	<0,001
Общая тревожность	13,09	7,35	4,21	<0,001

Социальный стресс	6,26	3,9	4,19	<0,001
Фрустрация потребности в достижении успеха	4,46	4,05	0,82	-
Страх самовыражения	3,04	2	2,37	=0,018
Боязнь проверки знаний	3,55	2	4,21	<0,001
Страх несоответствовать ожиданиям окружающих	2,5	1,2	4,72	<0,001
Низкая сопротивляемость стрессу	2,94	1,15	5,71	<0,001
Проблемы в отношениях с учителями	4,37	2,8	3,63	<0,001

Средние баллы по параметрам общей тревожности, страха проверки знаний, проблем с учителями и общего оценочного балла превышают нормальные показатели на 50-69% в группе детей с СРК. В отличие от них, в группе здоровых школьников все показатели находятся в пределах нормы. Практически по всем факторам, за исключением фрустрации потребности в достижении успеха, дети с СРК имеют значительно более высокие баллы, чем группа контроля. Причины повышенной тревожности пациентов связаны как с ситуациями из школьной жизни, так и с самооценкой (страх самовыражения, боязнь несоответствовать ожиданиям), и с общением (социальный стресс).

Старшие дети (n=51) были опрошены с помощью методики Кондаша (таблица 5). Контрольную группу составили 20 детей соответствующего возраста.

Таблица 5. Уровень тревожности у пациентов с СРК и здоровых детей.

Виды тревожности	СРК (n=51)	здоровые (n=20)	z	p
Школьная	20,41±0,86	13,05±1,19	4,2	<0,001
Самооценочная	21,67±0,83	15,95±1,46	3,232	=0,001
Межличностная	22,76±0,98	15,8±1,31	3,598	<0,001
Общая	64,84±1,92	44,8±2,86	4,66	<0,001

По всем видам тревожности подростки с СРК набрали не менее половины возможных баллов, что достоверно выше показателей здоровых детей (p<0,001).

Поскольку у взрослых пациентов с СРК часто отмечаются депрессивные расстройства, было проведено анкетирование пациентов с СРК по методике Балашовой (таблица 6).

Таблица 6. Депрессивные расстройства у пациентов с СРК в сравнении со здоровыми сверстниками.

Уровень депрессии	Пациенты с СРК (n=87)	Здоровые дети (n=40)	Z	P
Средний балл	44,45±0,72	39,15±1,27	3,65	<0,001
Число детей с баллом 50-	25	6	-	-

59				
Число детей с баллом >60	1	0	-	-

Средний балл по показателям тревожности был несколько выше в группе детей с СРК, и 29,73% опрошенных из этой группы имели легкую депрессию ситуативного характера, однако эти различия не были достоверными. Разницы в частоте встречаемости депрессии среди детей с различными вариантами заболевания не выявлено.

Для изучения качества жизни детей с СРК было проведено анкетирование 87 пациентов с синдромом и их родителей по методике PedsQL. Группу контроля составили 34 здоровых школьников (девочек – 21, мальчиков – 13, средний возраст 13,37). Качество жизни оценивалось по 4 основным параметрам: физическое функционирование (0-800 баллов), эмоциональное и социальное функционирование (0-500 баллов) и жизнь в школе (0-500 баллов). Чем меньше балл – тем сильнее влияние болезни на жизнь ребенка.

Сравнение пациентов с СРК и школьников (таблица 7) выявило значительное влияние заболевания на все показатели качества жизни ($p < 0,01$ по всем параметрам).

Таблица 7. Сравнительная характеристика оценки качества жизни у пациентов с СРК и здоровых детей.

Показатель	Дети с СРК (n=87)	Контрольная группа (n=34)	Z	P
Физическое функционирование	518,97±11,04	680,15±13,51	6,79	<0,001

Эмоциональное функционирование	279,31±6,83	337,65±12,42	3,91	<0,001
Социальное функционирование	356,9±8,85	437,5±8,72	5,4	<0,001
Жизнь в школе	259,2±7,84	384,56±8,83	7,2	<0,001

Далее осуществлялся анализ показателей качества жизни среди пациентов с различными вариантами СРК. При сравнении 3 групп пациентов по показателю физического функционирования выявлено их достоверное различие между собой ($p < 0,001$). Попарное сравнение с применением критерия Данна установило, что большее ограничение физической активности в связи с болезнью отмечают дети с запорами и недифференцированным вариантом заболевания ($504,38 \pm 15,55$ и $461,76 \pm 20,24$ баллов соответственно), чем дети с преобладанием диареи ($570,83 \pm 17,9$) $p < 0,05$.

Схожие данные получены и при анализе эмоционального состояния пациентов. Обнаружено различие между всеми тремя группами ($p = 0,006$). При этом дети с недифференцированным вариантом заболевания более склонны к грусти, агрессии и переживаниям, по сравнению с пациентами с диареей или запорами (таблица 8).

Таблица 8 - Сравнительная характеристика параметров качества жизни детей с различными вариантами СРК

Показатели качества жизни	Клинический вариант СРК		
	с болями	с диареей	с запорами
	группа 1 (n=17)	группа 2 (n=30)	группа 3 (n=40)
Физическое	461,8±20,2	570,8±17,9*	504,4±15,6**

состояние			
Эмоциональное состояние	242,7±10,9	300,0±12,9***	279,4±9,4
Социальная активность	352,9±15,9	363,3±16,1	359,4±13,3
Жизнь в школе	230,9±19,8	270,0±13,2	263,1±10,9

Примечания

* различия между 1 и 2 группами достоверны, $z=3,87$; $p<0,01$

** различия между 2 и 3 группами достоверны, $z=2,83$; $p<0,05$

*** различия между 1 и 2 группами достоверны, $z=3,2$; $p<0,01$

Показатели социального функционирования детей всех групп демонстрировали несколько более высокие оценки по сравнению с остальными параметрами качества жизни. Дети реже испытывают трудности в общении и взаимодействии со сверстниками, чем взрослые [9]. Однако у всех трех групп пациентов полученные оценки были более, чем в два раза ниже средней оценки у здоровых школьников.

Далее мы распределили анализируемые группы пациентов с СРК и здоровых детей по полу. В обеих группах девочки существенно преобладали над мальчиками (66 и 21 - в группе СРК; 21 и 13 - в контрольной группе).

Оценка зависимости физического и эмоционального функционирования от пола детей показало отсутствие значимых различий в полученных данных среди детей с СРК (таблица 9). Однако в контрольной группе девочки оценивали свое состояние хуже мальчиков по обоим параметрам.

Таблица 9 – Влияние пола на оценку параметров качества жизни

Критерий качества жизни	Группы детей			
	СРК		здоровые	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
	группа 1 (n=87)	группа 2 (n=87)	группа 3 (n=34)	группа 4 (n=34)

Физический	528,6±18,4	229,0±7,1	717,3±19,7	657,1±16,6*
Эмоциональный	282,1±11,3	278,4±8,3	390,8±16,3	304,8±13,1**
Социальный	334,5±14,6	364,0±10,6***	388,5±16,7	382,1±10,2
Жизнь в школе	270,2±12,5	255,7±9,6	315,4±17,1	344,1±14,9

Примечания

*различия достоверны между 3 и 4 группами, $z=2,4$; $p=0,016$

** различия достоверны между 3 и 4 группами, $z=3,3$; $p<0,001$

***различия достоверны между 1 и 2 группами, $z=2,08$; $p<0,038$

При анализе социального функционирования детей разного пола выявлено, что достоверных различий в группе здоровых школьников нет. Однако, среди пациентов с СРК трудности с общением чаще испытывают мальчики, чем девочки. Влияния пола на школьную активность ни в одной группе не обнаружено.

В дальнейшем все опрошенные были разделены на группы в зависимости от возраста. Младшую группу составили дети 7-12 лет ($n=36$ в группе с СРК, $n=17$ в группе школьников), старшую – 13-18 лет ($n=51$ и $n=17$ соответственно). Оценка влияния возраста на результаты анкетирования установила, что пациенты двух возрастных групп различались только по параметрам общения и качества школьной жизни. Младшие дети испытывают меньше проблем с учебным процессом ($298,61\pm9,55$), по сравнению с более взрослыми детьми ($231,37\pm9,9$ балл; $z=4,56$; $p<0,001$). При этом по социальным параметрам выявлена обратная закономерность: подростки лучше общаются со сверстниками ($367,65\pm12,59$), чем младшие дети ($341,67\pm11,53$; $z=2,15$; $p=0,031$). В контрольной группе подобной зависимости не установлено.

При сопоставлении ответов детей и их родителей выявлены некоторые отличия (таблица 10). Оказалось, что родители обеих групп оценивают

физическую активность своих детей ниже, чем сами дети ($p < 0,01$). Ответы детей и взрослых относительно эмоционального состояния и социальной активности были сопоставимы во всех группах.

Анализ оценки школьной активности выявил существенные различия: дети были склонны указывать лучшие результаты, по сравнению с их родителями в обеих группах.

Таблица 10 - Сравнение оценки качества жизни по ответам детей и родителей

Критерий качества жизни	Группы опрошенных			
	СРК		здоровые	
	дети	родители	дети	родители
	группа 1 (n=87)	группа 2 (n=87)	группа 3 (n=34)	группа 4 (n=34)
Физический	519,0±11,0	488,5±8,7*	680,2±13,5	597,1±17,8**
Социальный	356,9±8,9	377,9±7,8	437,5±8,7	416,9±11,5
Жизнь в школе	259,2±7,8	219,5±7,5***	384,6±8,8	333,0±11,4****

Примечания

*различия достоверны между 1 и 2 группами, $z=2,52$; $p=0,01$

** различия достоверны между 3 и 4 группами, $z=3,54$; $p < 0,001$

*** различия достоверны между 1 и 2 группами, $z=4,08$; $p < 0,001$

**** *различия достоверны между 2 и 3 группами, $z=3,27$; $p=0,001$

Ответы относительно эмоционального состояния были сопоставимы. Следует отметить, что родители из группы с СРК часто недооценивают влияние болезни на социальную активность их детей ($p < 0,05$).

Учитывая полученные данные относительно личностных особенностей детей с СРК, было предположено возможное положительное влияние психотерапевтической коррекции на самочувствие пациентов.

Были выбраны случайным образом 32 ребенка с различными клиническими вариантами СРК и проконсультированы у психотерапевта. Половине детей было назначено психотерапевтическое лечение (7 – 10 сеансов), они составили группу 1. Оставшимся 16 пациентам были даны рекомендации без сеансов психотерапии (группа 2). Всем детям было проведено определение качества жизни, изучение частоты и характера стула при поступлении в стационар и через 1 месяц после выписки. Также мы проанализировали динамику таких диспепсических жалоб, как вздутие живота, метеоризм и чувство тяжести, учитывая их значительный вклад в оценку качества жизни пациентов.

В первую группу вошли 4 (25,0%) мальчика и 12 (75,0%) девочек, средний возраст составил $12,4 \pm 0,9$ лет. СРК с болями был установлен у 2 (12,5%) пациентов, с диареей – у 3 (18,8%), с запорами – у 11 (68,8%). Во второй группе число мальчиков составило 6 (37,5%), девочек – 10 (62,5%) человек. У 3 (18,8%) пациентов был установлен СРК с болями, у 5 (31,3%) – с диареей, у 8 (50,0%) – с запорами. При сравнении двух групп по основным параметрам качества жизни достоверных различий между ними не было выявлено.

Все дети получали в качестве терапии спазмолитик (дротаверин 0,04 по 1 таблетке 3 раза в день), лактулозу (в дозе 10-20 мл 1 раз в день утром) при запорах, пробиотик (линекс по 1 капсуле 3 раза в день) при наличии диареи. По результатам копрограммы некоторым детям назначался ферментный препарат (креон по 1 капсуле 3 раза в день).

После окончания лечения у детей из обеих групп отмечалась положительная динамика всех параметров качества жизни (таблица 11). Исчезновение или значительное снижение интенсивности основных симптомов СРК на фоне лечения способствовало нормализации эмоционального фона детей. Пациенты отмечали уменьшение признаков вспыльчивости и обидчивости, повышение настроения и, как результат, у них

улучшалось взаимопонимание и общение со сверстниками. Показатели физического здоровья и школьной активности изменились в процессе лечения не так значительно. Вероятно для улучшения параметров, входящих в состав данных категорий качества жизни требуется больше времени (например, для повышения работоспособности в школе или выносливости при физической нагрузке) и их динамика происходит медленнее.

Таблица 11 - Изменение параметров качества жизни после проведенного лечения

Показатели функционирования	Группы пациентов в зависимости от вида лечения		
	с психотерапией	без психотерапии	Р
	группа 1 (n=16)	группа 2 (n=16)	
Физический	575,0±21,8	559,4±21,4	-
Эмоциональный	400,0±14,3	295,3±15,0	<0,001
Социальный	445,3±14,3	359,4±17,1	<0,001
Жизнь в школе	384,4±13,3	359,4±16,4	-

При сравнении результатов между двумя группами выявлен ряд отличий. Так, у пациентов, получавших психотерапевтическое лечение, наблюдалось более выраженное улучшение показателей эмоционального и социального функционирования ($p < 0,001$). При этом показатели физического функционирования и жизни в школе были сравнимы с детьми из второй группы. Таким образом, психотерапевтическое лечение оказывает

значительное положительное влияние на эмоциональный фон детей ($r_s=0,687$; $p<0,01$) и помогает им преодолевать проблемы в общении ($r_s=0,597$; $p<0,01$).

Средняя частота стула до лечения (раз в неделю) была практически нормальной, вероятно за счет пациентов с недифференцированным вариантом, и составила 4,8 раз/нед в первой группе, 4,9 раз/нед – во второй. Через 1 месяц после выписки из стационара у детей первой группы стул наблюдался с частотой 6,3 раза/нед, а во второй – 6,1 раз/нед. Схожие результаты были получены и при изучении характера стула (по Бристольской шкале). До лечения пациенты первой группы имели в среднем тип 2,8, после лечения – 3,6, то есть, практически нормальный стул. Дети из второй группы до начала терапии отмечали в среднем тип 3,4, а после лечения – 3,7.

Все дети при поступлении в стационар имели жалобы на боли в животе. После проведенного психотерапевтического лечения болевой синдром сохранялся у 1 (6,3%) ребенка, при этом пациент отмечал значительное снижение интенсивности болей. Во второй группе показатели были несколько хуже, поскольку периодические боли в животе отмечали 4 (25,0%) детей с СРК.

Была проанализирована динамика жалоб на чувство тяжести в животе, приносящих значительный дискомфорт пациентам и весьма характерных для СРК. Оказалось, что до начала терапии у 7 (43,8%) детей первой и у 8 (50%) – второй групп присутствовали данные жалобы. Среди получавших психотерапевтическую коррекцию ни один ребенок не отметил сохранения чувства тяжести в животе при повторном осмотре. В то же время 5 (31,3%) пациентов второй группы подтвердили сохранение данной жалобы после полученной терапии.

Интересными получились результаты изучения частоты встречаемости жалоб на вздутие живота. Более половины детей обеих групп предъявляли жалобы на вздутие живота до начала терапии: 9 детей (56,3%) из первой группы и 10 (62,5%) – из второй. После проведенного лечения ни один

ребенок, получавший психотерапевтическое лечение не отмечал вздутия живота. А во второй группе более трети опрошенных (6 человек или 37,5%) подтвердили сохранение данного симптома ($p < 0,05$). Механизмы возникновения вздутия живота не связаны напрямую с психологическим состоянием пациента. Возможно, дети, прошедшие сеансы психотерапии, начинают по-другому воспринимать свое состояние и оценивать степень тяжести своих симптомов.

Выводы:

1. Дети с СРК обладают особым личностным профилем, с преобладанием тревожных и невротических черт, склонностью к избыточным переживаниям по поводу неудач. Их физическое состояние напрямую зависит от их настроения.

2. Наблюдается ряд различий в характере личности пациентов с разными клиническими вариантами СРК. Дети с запорами демонстрируют выраженные черты педантично-застывающей личности, в то время, как пациенты с диареей склонны к экзальтации и демонстративности. В отличие от взрослых пациентов, дети с СРК не склонны к развитию депрессивных расстройств.

3. Особый характер личности пациентов обуславливает склонность данных пациентов переносить эмоциональные переживания в соматические симптомы (соматизация).

4. СРК оказывает значительное влияние на все аспекты качества жизни пациентов при любом его клиническом варианте, что отмечают и сами пациенты, и их родители.

5. Физическое состояние хуже всего оценивают пациенты с диареей, а перемены настроения и приступы агрессии более характерны для недифференцированного варианта. Мальчики с СРК испытывают большее влияние болезни на общение со сверстниками, чем девочки с тем же диагнозом. Пациенты младшего возраста чаще ощущают влияние болезни на

социальную активность, а подростки хуже оценивают качество жизни в школе.

6. Родители детей с СРК склонны недооценивать влияние болезни по параметру социального функционирования, уделяя большее внимание физическому состоянию и школьной жизни.

7. Добавление психотерапии в комплекс лечебных мероприятий при СРК у детей позволяет достигнуть более быстрой и полной ремиссии заболевания и значительно повышает качество жизни пациентов (особенно эмоциональных и социальных показателей).

8. Качество жизни является необходимым инструментом для оценки общего самочувствия больного, наряду с клиническими и лабораторными данными. Ее следует применять в комплексе оценки тяжести текущего состояния пациента.

Список литературы.

1. A. Rasquin-Weber - Childhood functional gastrointestinal disorders // Gut. – 1999. - Vol 45, Suppl. 2. – P. 1160 – 1168.
2. I. Agreus - Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the population: overlap and lack of stability over time // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 109. – P. 671–80.
3. D.A. Drossman - US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact // Digestive Diseases and Sciences. – 1993. – Vol. 38. – P. 1569–80.
4. M. Camilleri - Review article: irritable bowel syndrom // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 1997. – Vol. 11. – P. 3-15.

5. D.A. Drossman - American Gastroenterological Association technical review on irritable bowel syndrome // *Gastroenterology*. – 1998. – Vol. 95. – P. 701-708.
6. D.A. Drossman - Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders // *Gut*. – 1999. – Vol. 45. – P. 25–30.
7. W.E. Whitehead - Systematic review of the comorbidity or irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? // *Gastroenterology*. – 2002. – Vol. 122. – P. 1140–1156.
8. D. A. Drossman - The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130. – P. 1377-1390
9. Health related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases / L. Frank [et al.] // *Clin Therapy*. - 2002. – Vol. 24 – P. 675–689.