

Бібліографічний опис: Волосянко А.Б., Тимощук О.В., Кулеша-Любінець М.М., Арциховська В.Є. *Порушення психологічного статусу у дітей з хронічним гастродуоденітом та їх корекція. Медична психологія.* 2011. № 1. С. 56–61.

УДК 616.33-002

Волосянко А.Б., Тимощук О.В., Кулеша-Любінець М.М.*, Арциховська В.Є.**
**ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ
ГАСТРОДУОДЕНІТОМ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

**Головне управління охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА

В даний час відмічається посилення ролі психосоціальних чинників в порушенні здоров'я населення, в тому числі і дитячого, а також ріст числа хвороб адаптації (психосоматичних розладів) [1, 2]. До категорії психосоматичних захворювань можна певною мірою віднести всю гастроентерологічну патологію і, зокрема, хронічний гастродуоденіт (ХГД) у дітей [3, 4]. Частота захворюваності на хронічний гастрит (ХГ) і ХГД у дітей становить 31,09 %, що свідчить про тенденцію до його збільшення та «помолодження» протягом останнього десятиріччя [5, 6]. В зв'язку з вище зазначеним, дослідження ХГД залишається однією з найактуальніших проблем дитячої гастроентерології.

Етіологія та патогенез психосоматичних розладів активно вивчається в медицині та клінічній психології. На сучасному етапі психологічні теорії психосоматичних розладів об'єднуються в рамках багатофакторного підходу, що виділяє два основних варіанта розвитку цих захворювань:

1) ситуативний варіант, де основну роль в розвитку психосоматичних розладів відіграє гостра чи хронічна психотравма;

2) особистісний варіант, де основну роль відіграють особистісні властивості, що утруднюють адаптацію дитини і створюють передумови до тілесної проекції психологічних проблем [7].

Багатофакторний підхід, що використовується в клініці, полегшує оцінку ступеня шкідливості біопсихосоціальних чинників, під впливом яких може опинитися дитина. Ними можуть бути переживання, пов'язані із вступом до школи, труднощами засвоєння знань, атмосферою відторгнення або ворожості з боку ровесників, при неправильному вихованні одним із батьків, при неадекватному чи викривленому спілкуванні у сім'ї, материнська сепарація, страждання через антагоністичні відносини між членами сім'ї, нестачу душевної теплоти, через жорстокість, психічна травматизація, зумовлена перебуванням в лікувальному закладі, переживання, пов'язані з власними значними характерологічними відхиленнями [8].

Вважається, що патологія травного каналу розвивається на тлі астеничного та астено-іпохондричного станів невротичного реєстру. Ці захворювання супроводжуються виснаженням психічних функцій, сенситивністю, лабільністю емоційних реакцій, гнівливостю, схильністю до іпохондричного трактування хвороби, явищами настирливості, погіршенням пам'яті, розладами уваги, зумовленими як фіксацією на враженнях, викликаних захворюванням травної системи, так і депресивним настроєм [9].

Вище викладене спонукало нас до пошуку ефективних, натуральних, недорогих лікарських засобів для корекції цих розладів [10]. Вважаємо, що всім цим вимогам відповідають препарати вітчизняного виробництва – “Фітосед” і “Глутаргін”. “Фітосед” – комплексний рослинний препарат, що володіє седативною дією. Компоненти препарату взаємно доповнюють і посилюють фармакологічні ефекти один одного. “Фітосед” сприяє зниженню психічної напруги, усуває відчуття тривоги, покращує сон, позитивно впливає на функціональну активність нервової системи. Крім того, препарат поліпшує розумову і фізичну працездатність у пацієнтів з підвищеною стомлюваністю, що обумовлена стресом і підвищеним психічним напруженням.

Препарат “Глутаргін” – сіль двох амінокислот (L-аргініну та глютамінової кислоти), має широкий спектр фармакологічної дії, зокрема проявляє гепатопротекторну, антиоксидантну, детоксикуючу, цитопротекторну,

імуномодельуючу, мембраностабілізуючу активність, володіє протизапальним та помірним жовчогінним ефектами. “Глутаргін” активно включається у всі види обміну, нормалізуючи його, позитивно впливає на обмін оксиду азоту в організмі, бере участь в підтримці системної і локальної гемодинаміки: стимулює кровопостачання клітин всіх внутрішніх органів на мікроциркуляторному рівні [11].

Мета повідомлення: вивчення особливостей психологічного статусу у дітей з хронічним гастродуоденітом та оцінка ефективності застосування препаратів “Глутаргін” і “Фітосед” у комплексному лікуванні даної патології.

Матеріали і методи. Експериментальну вибірку склали діти, хворі на ХГД, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному (гастроентерологічні ліжка) відділенні ОДКЛ м. Івано-Франківська (n=90). Хворі були розподілені на чотири групи в залежності від віку та отриманого лікування. Першу групу становили діти віком 10-12 років, які отримували базову терапію згідно протоколів МОЗ України (n=19); другу групу – пацієнти 13-18 років, які отримували базову терапію (n=29); у третью групу увійшли діти 10-12 років, які поряд із базовою терапією отримували “Глутаргін” внутрішньовенно, крапельно 5 мл 4% розчину на 200 мл ізотонічного розчину 5 днів, а потім по 0,25 г 3 рази в день всередину протягом 10 днів та “Фітосед” по 1 капсулі 3 рази в день, через 30 хв. після їжі, запиваючи великою кількістю рідини (n=17); четверту групу склали хворі 13-18 років, які отримували базову терапію, “Глутаргін” за тією ж схемою та “Фітосед” по 2 капсули 3 рази в день (n=25).

В якості контрольної групи було обстежено 30 здорових дітей: 13 дітей віком 10-12 років та 17 підлітків 13-18 років.

Об’єм проведених досліджень включав: ретельне вивчення анамнезу захворювання та життя; фізикальне обстеження, проведення загальноклінічних, імунологічних та інструментальних методів дослідження; психологічне тестування.

Верифікація діагнозу ХГД здійснювалась на підставі основних клінічних синдромів захворювання (больового абдомінального, диспепсичного та синдрому

хронічної неспецифічної інтоксикації), даних фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) згідно з Сіднейською класифікацією ХГД (1990 р.) з доповненнями за допомогою дитячого ендоскопа GIF-K20 фірми „Olimpus” (Японія). Стан кислотоутворюючої функції шлунку вивчався методом внутрішньопорожнинної шлункової комп'ютерної експрес-рН-метрії за Чорнобровим В.М. [12]. Для верифікації Нр-інфікування дітей, хворих на ХГД, ми використовували визначення концентрації імуноглобулінів G (IgG) до Нр в сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) та методу полімеразно – ланцюгової реакції (ПЛР) з метою ампліфікації ДНК гена 16S-рибосомальної РНК *Helicobacter pylori* в слині.

Вивчення особливостей психологічного статусу дітей, хворих на ХГД, здійснювалось з урахуванням їх віку. При цьому було використано методику визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі “Прогноз” [13], методику вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.Нємчинова) [13], методику діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки (адаптація О.Осницького) [13], методику “Сходинки” [14], тест кольорових виборів М.Люшера (модифікація Л. Собчик) [14].

Опитування хворих дітей проводилося двічі: при поступленні у стаціонар та після отриманого лікування.

Математична обробка отриманих даних проводилася з використанням програми “Microsoft Office Excel”.

Результати та їх обговорення. Аналіз даних анамнезу хвороби засвідчує розвиток ХГД у дітей старших 10 років. Частіше хворіють хлопчики (у 58,5% випадків). Тривалість захворювання у обстежених нами дітей коливалася від 2 місяців до 10 років, в середньому становила 3-5 років. Встановлено, що 35 дітей (38,9%) пов'язували початок та загострення захворювання з погрішностями у харчуванні; 55 (61,1%) обстежених вказували на загострення захворювання після нервово-психічних травм. У 24 (26,7%) пацієнтів встановлено обтяжений спадковий анамнез.

ХГД у дітей супроводжувався супутньою гастроентерологічною патологією,

серед якої найчастіше діагностували загострення хронічного холецистохолангіту у 53 (58,9%) дітей; дискінезію жовчовивідних шляхів верифіковано у 36 (40,0%) хворих. Аномалії форми жовчного міхура (перегин в ділянці тіла, шийки, S-подібний жовчний міхур) встановлено у 28 (31,1%) обстежених, реактивний панкреатит діагностували у 33 (36,7%) дітей з ХГД.

Особливості клінічного перебігу ХГД у дітей характеризуються наступними клінічними синдромами (табл.1).

Таблиця 1

Частота клінічних синдромів ХГД у дітей

Синдроми	Кількість хворих	
	Абс.	%
Больовий абдомінальний синдром	87	96,7
Диспепсичний синдром	75	83,3
Синдром хронічної неспецифічної інтоксикації	68	75,6

Аналіз табл. 1 свідчить про наявність у дітей з ХГД таких синдромів: больового абдомінального у 87 (96,7%) хворих, диспепсичного – у 75 (83,3%) пацієнтів та синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації – у 68 (75,6%) обстежених.

Діагноз ХГД верифікувався за результатами проведеної ФЕГДС, що є “золотим стандартом” діагностики запальних захворювань верхніх відділів ШКТ. За даними ендоскопії, у всіх хворих дітей діагностовано запальні зміни СО шлунку та ДПК. Найчастіше ми фіксували поверхневу вогнищеву еритему СО кардіальної зони шлунку та цибулини ДПК - у 87,8% випадків. На фоні еритеми у 24,4% пацієнтів виявлялися застійні зміни, найчастіше слизової антрального відділу шлунку та зернистість СО цього ж відділу у 14,4% хворих, гіпертрофію СО діагностовано у 13,3% випадках. У одного (1,1%) хворого на фоні ознак гастродуоденіту верифіковано постопераційну (з приводу ускладненої виразкової хвороби) деформацію цибулини ДПК із частковою функціональною непрохідністю воротаря. За даними комп’ютерної внутрішньопорожнинної експрес-рН–метрії шлунку 24 (26,7%) дітей з ХГД визначено виражену гіперацидність, у 34 (37,8%) пацієнтів – помірну гіперацидність, у 23 (25,5%) обстежених констатовано нормацидність шлункового соку, у 9 (10,0%) хворих – помірну гіпоацидність.

Інфікування *Helicobacter pylori* верифіковано нами у 62 хворих (68,9%) з ХГД.

Слід відмітити, що у хворих, які отримували в комплексному лікуванні “Глутаргін” та “Фітосед”, нормалізація чи тенденція до нормалізації більшості клінічних проявів нозології прослідковувалась раніше, ніж у пацієнтів з базовим лікуванням. На рис.1 показана тривалість (у днях) клінічних синдромів захворювання у пацієнтів обох груп. Так, терміни зниження проявів больового синдрому у дітей, що отримували стандартну базову терапію, в середньому становили $7,5 \pm 1,0$ днів, в той час, як у пацієнтів, що отримували додатково “Глутаргін” та “Фітосед” - $6,0 \pm 0,5$ дня. Тривалість диспепсичних симптомів зменшувалася у обох групах в терміни $10,0 \pm 1,0$ та $8,0 \pm 1,0$ день відповідно. Клінічні прояви синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації знижувалися в середньому на $12,0 \pm 1,5$ день лікування у першій та другій групі та на $8,0 \pm 1,5$ день у представників третьої і четвертої груп.

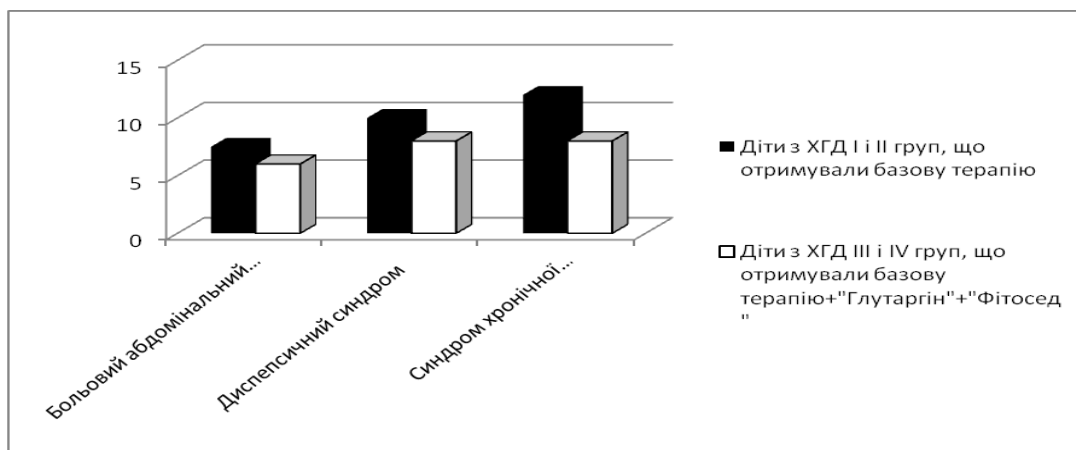


Рис. 1. Тривалість (дні) клінічних синдромів при лікуванні ХГД у дітей

Дослідження психологічного статусу дітей з ХГД включало виявлення рівня нервово-психічної стійкості у стресових ситуаціях, тривожності, агресії, ворожості, особливостей самооцінки стану здоров'я, провідних потреб та мотивів.

Прояви стресостійкості дітей, хворих на ХГД, ми визначали у старших дітей віком 13-18 років (II і IV групи). Згідно результатів дослідження при поступленні у стаціонар у 27,8% хворих виявлений середній рівень нервово-психічної стійкості в стресі, у 31,5% випадків – низький рівень, а у 40,7% дітей – дуже низький рівень стесостійкості, що збільшує ризик дезадаптації у стресових ситуаціях. При

проведенні опитування після лікування нами отримані такі результати: у II групі (n=29) високий рівень стійкості в стресі визначено у 1 (3,4%) пацієнта, середній рівень стресостійкості зафіксовано у 12 (41,1%), низький рівень – у 8 (27,6%) дітей та дуже низький рівень – у 8 (27,6%) хворих. В той же час, у хворих IV групи ми констатували високий рівень стресостійкості у 3 (12,0%) пацієнтів, середній рівень виявлено у 18 (72,0%), низький рівень стійкості у стресі визначено у 3 (12,0%) хворих і дуже низький рівень стресостійкості залишився лише в однієї (4,0%) дитини.

У контрольній групі у 17,6% досліджуваних виявлено високий рівень стресостійкості, у 64,8% обстежених визначено середній рівень і у 17,6% дітей констатовано низький рівень адаптації у стресі (рис.2).

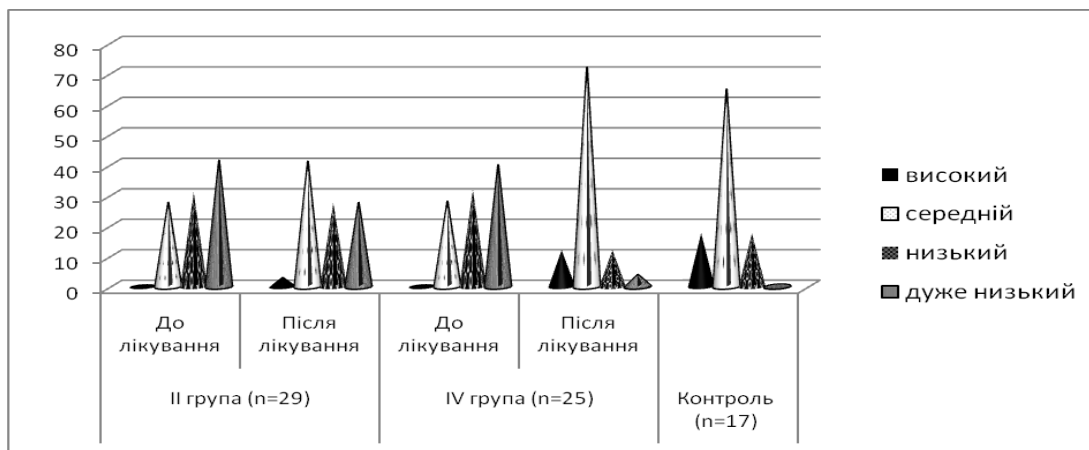


Рис. 2. Рівень стресостійкості у дітей з ХГД

Аналіз рис.2 свідчить про підвищення рівня стресостійкості у дітей, які отримували в комплексному лікуванні ХГД “Глутаргін” та “Фітосед”.

Діагностику рівня тривожності ми здійснювали у дітей цієї ж вікової групи. Аналіз отриманих результатів показав, що серед 54 хворих дітей 13-18 років при поступленні до стаціонару ми не виявили жодного пацієнта з низьким рівнем тривожності (рис.3). Натомість, у 17 (31,5%) хворих він був високим, у 28 (51,9%) пацієнтів констатовано середній рівень тривожності з тенденцією до високого і у 9 (16,6%) випадків – з тенденцією до низького рівня. При повторному опитуванні після проведеного лікування ми отримали такі результати: у пацієнтів II групи високий рівень тривожності констатовано у 7 (24,1%) пацієнтів; середній рівень

тривожності з тенденцією до високого визначено у 10 (34,5%) хворих; середній рівень тривожності з тенденцією до низького задокументовано у 10 (34,5%) обстежених; низький рівень тривожності виявлено у 2 (6,9%) дітей з ХГД. У хворих IV групи ми зафіксували такі результати: високий рівень тривожності констатовано у 2 (8,0%) пацієнтів; середній рівень тривожності з тенденцією до високого визначено у 3 (12,0%) хворих; середній рівень тривожності з тенденцією до низького задокументовано у 14 (56,0%) обстежених; низький рівень тривожності виявлено у 6 (24,0%) дітей з ХГД.

У 17 дітей контрольної групи цієї ж вікової категорії у 1 (5,8%) дитини констатовано високий рівень тривожності; у 2 (11,8%) опитуваних виявлено середній рівень тривожності з тенденцією до високого; у 12 (70,6%) респондентів спостерігався середній рівень тривожності з тенденцією до низького, а у 2 (11,8%) дітей визначено низький рівень тривожності (рис.3).

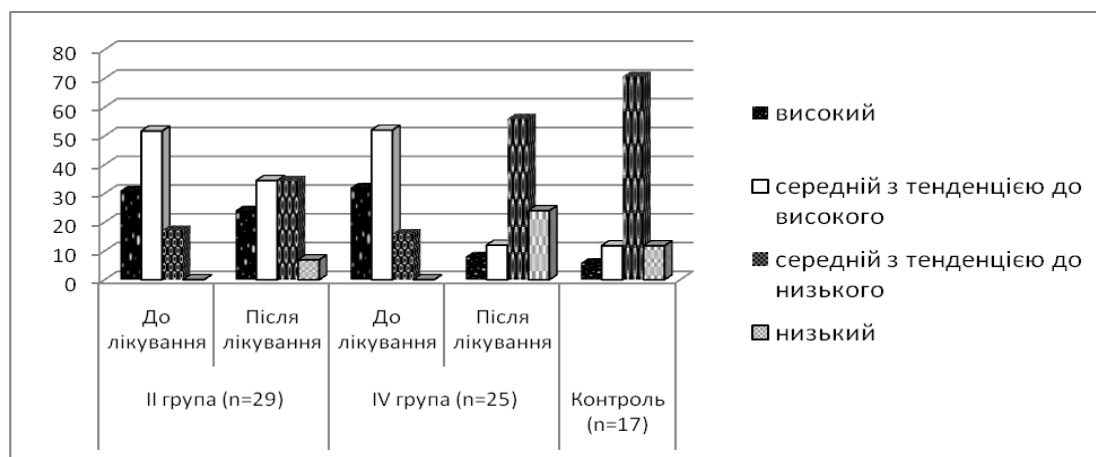


Рис. 3. Рівень тривожності у дітей з ХГД

Аналізуючи результати дослідження, вважаємо, що під впливом лікування тривожність у дітей знижується, проте у дітей IV групи, які отримували поряд із стандартною терапією “Глутаргін” і “Фітосед”, це зниження більш значне, ніж у дітей II групи, а результати наближаються до таких, що зафіксовані у контрольній групі.

Наведені дані свідчать про переважання в дітей шкільного віку, хворих на ХГД, схильності до частих переживань тривоги, причому 74,3% дітей мають нижче середнього рівень адаптації нервової системи до стресових ситуацій. Така

особливість дозволяє говорити про високу вразливість та чутливість цих дітей до зовнішніх впливів, що частково обумовлено тривалістю лікування. До того ж діти, хворі на ХГД, цілком усвідомлюють стан свого здоров'я. Згідно аналізу результатів дослідження за методикою “Сходинки”, яка була запропонована для дітей 10-12 років (I і III групи), більше половини обстежених вважають себе хворими. Так, при поступленні у стаціонар 75,0% опитуваних оцінили свій рівень здоров'я як нижче середнього, 22,2% хворих – як середній, 2,8% дітей – як високий рівень (рис. 4). Діти контрольної групи цього ж віку вважають себе здоровими.

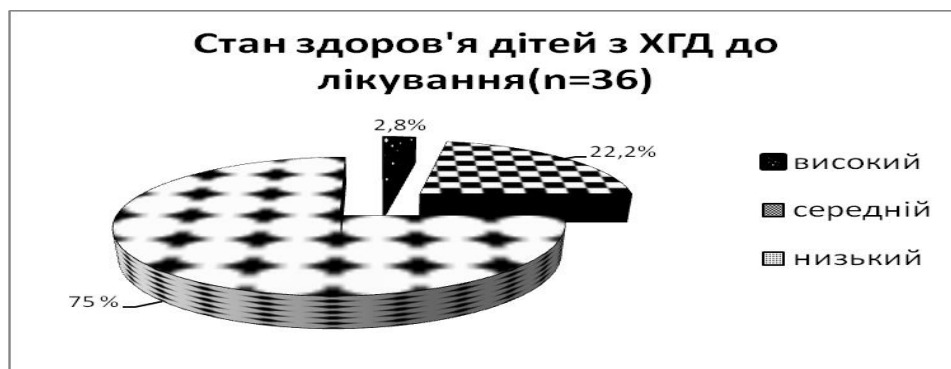


Рис. 4. Рівень самооцінки стану здоров'я у дітей з ХГД

Для ґрунтовного вивчення рівня стресостійкості у дітей, хворих на ХГД, ми дослідили особливості переживання ними агресивних та ворожих намірів. В отриманих результатах була виявлена специфічна особливість вороже налаштованих дітей (63,0% від вибірки) – в них переважали підозрілість, почуття провини, образа, негативізм, непряма агресія (використання проти інших людей злісних жартів, пліток, вибухів люті у вигляді криків, тупання ногами тощо). В агресивно налаштованих дітей (у 33,3% випадків) провідними були, згідно опитування, фізична агресія, вербальна агресія, дратівливість, образа, непряма агресія, чого не спостерігалось у здорових дітей.

Результати дослідження показали наявність дуже низької стресостійкості в опитуваних хворих на ХГД дітей, які мають підвищений рівень підозрілості та використовують непряму агресію у взаєминах з оточуючими (66,2%), у яких переважає почуття провини та схильність до фізичної агресії (41,6%). Причому

рівень підозрілості, непрямой та фізичної агресії різко знижувався із збільшенням стресостійкості хворих на ХГД дітей.

Дослідження потреб, мотивів та функціонального стану хворих на ХГД дітей за методикою кольорових виборів Люшера виявило, що їх провідними мотивами поведінки є прагнення уникати невдачі та позбутися негативного психоемоційного стану. Провідними потребами дітей, хворих на ХГД, є потреба в самоствердженні, в утриманні власної позиції, агресивності захисного характеру – 25 (69,4%) хворих; потреба у спокої, в глибинній прихильності та емоційному комфорті, захисті – у 13 (36,1%) дітей, потреба у відході від реальної дійсності, в задоволенні бажань – у 10 (27,8%) пацієнтів.

Отримані дані вказують на те, що хворі на ХГД діти, з одного боку, потребують спокою та емоційної прихильності батьків, друзів, медперсоналу, а з іншого – прагнуть до самоствердження через уникнення невдач та утримання власної позиції. На нашу думку, така полярність мотивів та потреб досліджуваних свідчить про бажання знизити рівень тривоги та переживання стресу загалом, що є провідними в емоційній сфері дітей шкільного віку, хворих на ХГД.

Висновки:

1. Таким чином, дослідження емоційної сфери дітей, хворих на ХГД, виявило їх високу нервово-психічну нестійкість у стресових ситуаціях, тривожність, ворожість, що проявляється у підозрливості, образливості, вразливості до думки оточуючих, а як захисний механізм діти використовують непрямую агресію і є схильними до розчарувань.

2. Хворі на ХГД діти оцінюють стан свого здоров'я як поганий або нижче середнього, відчувають потребу у самоствердженні, спокої, емоційному комфорті, задоволенні власних потреб.

3. Виявлені порушення психоемоційного стану у дітей з ХГД можуть поглиблювати дезадаптацію хворої дитини до власне основного соматичного захворювання, перешкоджати успішному засвоєнню навчальної програми та спілкуванню як вдома, так і в дитячому колективі.

4. Психологічне тестування при поступленні у стаціонар дітей з ХГД із врахуванням віку допомагає удосконалити діагностичний алгоритм та лікувальну тактику ведення пацієнтів.

5. Застосування в комплексному лікуванні ХГД у дітей препаратів “Глутаргін” та “Фітосед” позитивно впливає на психоемоційний стан хворих: підвищується стресостійкість, покращується настрій, загальний психоемоційний стан, знижується рівень тривоги та агресії, в коротші терміни відбувається регрес клінічних проявів захворювання, особливо синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації.

Література

1. Теорії та концепції психосоматичних захворювань / М.Ю. Коломоєць, Н.Д. Павлюкович, В.М. Ходоровський [та ін.] // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Том. 12. – № 4. – С. 141-144.

2. Теммоева Л.А. Особенности психосоматических расстройств у детей / Л.А.Теммоева, Х.Х.Шакова // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 27-31.

3. Белоусов Ю.В. Гастроентерологія – актуальна загальнопедіатрична проблема / Ю.В.Белоусов, М.Ф.Денисова // Современная педиатрия. – 2006. – №3. – С. 121-122.

4. Психологічні порушення при хронічних гастродуоденальних захворюваннях у дітей та типи їх психосоматичної конституції / Лукашук В.Д., Головатюк Л.М., Алексеєнко Н.В. [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 3. – С. 38-42.

5. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Моїсеєнко Р.О., Соколовська Я.І., Кульчицька Т.К. [та ін.] // Современная педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 13-17.

6. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / Боброва В.І., П’янкова О.В., Надточій Н.І. [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2. – С. 33-36.

7. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М.Е.Сандомирский – М.: Класс, 2005. – 592 с.
8. Кудинова З.С. Особенности стилевых защитных стратегий у девушек-подростков с хроническим гастродуоденитом / З.С.Кудинова // Медична психологія. – 2010. – № 2. – С.65-68.
9. Основи психодинамічної діагностики і психотерапії: посіб для ст. мед. вузів / Винник М.І., Вітенко І.С., Тодорів І.В. [та ін.] – Івано-Франківськ, 2006. – 171 с.
10. Бурчинський С.Г. Фітотерапія психосоматичної патології в гастроентерологічній практиці / С.Г.Бурчинський // Журнал практичного лікаря. – 2008. – № 2. – С. 60-64.
11. Бабак О.Я. Применение нового отечественного препарата глутаргин в гастроэнтерологии / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 2 (12). – С. 85-88.
12. Чернобровый В.Н. Экспресс-методика внутрижелудочной рН-метрии / В.Н.Чернобровый // Лаб. дело. – 1990. – № 3. – С. 13-17.
13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. – Самара: Бахрах-медицина, 2001.
14. Носс И.Н. Руководство по психодиагностике. – М.: Из-во Института психотерапии, 2005. – 688 с.

У статті представлені результати дослідження особливостей психологічного статусу дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД). Розподіл хворих на групи здійснювався в залежності від віку та отриманого лікування. Пацієнти першої та другої груп віком 10-12 років та 13-18 років відповідно отримували базову терапію згідно протоколів МОЗ України; хворі третьої та четвертої груп поряд із базовою терапією отримували “Глутаргін” і “Фітосед”. У дітей з ХГД виявлені больовий абдомінальний, диспепсичний та синдром хронічної неспецифічної інтоксикації. Ефективність даних препаратів при лікуванні дітей з ХГД проявляється у скороченні термінів регресу клінічних проявів захворювання, позитивному впливі на психоемоційний стан хворих, підвищенні стресостійкості,

зниженні проявів агресії, покращенні загального психоемоційного стану пацієнтів.

Ключові слова: діти, хронічний гастродуоденіт, психологічний статус, лікування, глутаргін, фітосед.

В статті представлені результати дослідження особливостей психологічного статусу у дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД). Розподіл хворих на групи відбувався в залежності від віку та отриманого лікування. Пацієнти першої та другої груп у віці 10-12 років та 13-18 років відповідно, отримували базову терапію згідно протоколів МЗ України; хворі третьої та четвертої груп крім базової терапії отримували "Глутаргін" та "Фітосед". У дітей з ХГД виявлені болючий абдомінальний, диспепсический та синдром хронічної неспецифічної інтоксикації. Ефективність цих препаратів при лікуванні дітей з ХГД проявляється в скороченні термінів регресу клінічних проявів захворювання, позитивному впливі на психоемоційний стан хворих, підвищенні стрессостійкості, зменшенні проявів агресії, поліпшенні загального психоемоційного стану пацієнтів.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, психологический статус, лечение, глутаргин, фитосед.