

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 613.95:616-053.5

Бадьян А.С., Охрименко А.А., Дудникова Э.В., Беседина Е.А., Полушкин К.А., Сапронова О.Р.

Особенности качества жизни детей с хроническим гастритом и психологические особенности личности больных

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Определение качества жизни (КЖ) детей с хроническим гастритом (ХГ) является актуальной задачей. Цель работы — установить изменения КЖ детей с ХГ с учётом психологических особенностей личности больных.

Материалы и методы. Проведён анализ медицинских карт 84 больных ХГ (32 мальчика и 52 девочки). Средний возраст пациентов составил $12,10 \pm 2,84$ года. Анализ КЖ больных проводили с помощью опросника «PedsQL™ 4.0», психоэмоциональных особенностей — по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и шкале самооценки уровня тревожности Спилберга–Ханина.

Результаты. Для всех больных ХГ характерно значительное снижение КЖ в целом и по каждому компоненту жизненного функционирования ребёнка. Выявлены значимые различия уровней интегрального показателя КЖ ($p = 0,023$) и ролевого функционирования ($p = 0,035$) в зависимости от интенсивности болевого синдрома при ХГ. При наличии тошноты общее КЖ больных было существенно снижено, чем при его отсутствии ($p = 0,008$). КЖ больных, связанное с физическим функционированием, было значительно меньше у детей, предъявляющих жалобы на периодическую рвоту ($p = 0,002$). Выявлена высокая частота субклинически и клинически выраженной депрессии (59,5%) и тревожности у больных ХГ. У этих пациентов были значительно уменьшены показатели КЖ в рамках эмоционального ($p = 0,014$) и социального функционирования ($p = 0,010$). Определено снижение КЖ больных с высокой степенью ситуативной тревожности ($p = 0,038$).

Заключение. Значимое уменьшение КЖ характерно для больных ХГ по сравнению со здоровыми детьми, при этом степень снижения КЖ коррелировала с выраженностью депрессии и уровнем тревожности больных.

Ключевые слова: дети; качество жизни; хронический гастрит; тревожность; депрессия

Для цитирования: Бадьян А.С., Охрименко А.А., Дудникова Э.В., Беседина Е.А., Полушкин К.А., Сапронова О.Р. Особенности качества жизни детей с хроническим гастритом и психологические особенности личности больных. *Российский педиатрический журнал*. 2024; 27(1): 22–27. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2024-27-1-22-27>
<https://elibrary.ru/slwsyi>

Для корреспонденции: Охрименко Анастасия Андреевна, студентка 6 курса ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, nastya.oxrimenko@mail.ru

Участие авторов: Бадьян А.С., Охрименко А.А., Дудникова Э.В. — концепция и дизайн исследования; Охрименко А.А., Полушкин К.А., Сапронова О.Р. — сбор и обработка материала; Бадьян А.С. — статистическая обработка; Бадьян А.С., Охрименко А.А., Беседина Е.А. — написание текста; Бадьян А.С., Дудникова Э.В. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 21.12.2023
Принята к печати 30.01.2024
Опубликована 28.02.2024

Alexandra S. Badyan, Anastasia A. Okhrimenko, Eleonora V. Dudnikova, Elena A. Besedina, Kirill A. Polushkin, Olga R. Sapronova

Features of the quality of life in children with chronic gastritis and psychological characteristics of the personality of patients

Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation

Introduction. Studies by foreign authors indicate a decrease in the quality of life in children with chronic abdominal pain within the framework of organic and functional pathology. **The aim of the work** was to analyze quality of life in children with chronic gastritis, taking into account the psychological characteristics of the patients' personality.

Materials and methods. The study included 84 patients with chronic gastritis. The average age of the patients was 12.10 ± 2.84 years. The quality of life was assessed using the PedsQL™ 4.0 questionnaire, psycho-emotional characteristics — the HADS and Spielberger–Khanin questionnaires.

Results. All patients are characterized by a significant decrease in the quality of life in general and for each component of the child's life functioning studied by the questionnaire. A significant difference was revealed at the level of the integral indicator of quality of life ($p = 0.023$) and within the framework of role functioning ($p = 0.035$) depended on the intensity of the pain syndrome. In the presence of nausea, the overall quality of life was lower than in its absence ($p = 0.008$). Quality of life related to physical functioning was lower in children complaining of periodic vomiting ($p = 0.002$). A high frequency of subclinical and clinically significant depression was revealed (59.5%). Patients with subclinical and clinical significant depression had statistically significantly lower quality of life indicators in terms of emotional ($p = 0.014$) and social functioning ($p = 0.010$). A significant prevalence of personal and situational anxiety in children was revealed. A decrease in the quality of life in children was determined within the framework of the general integral indicator with a high degree of situational anxiety ($p = 0.038$).

Conclusion. The study showed a significant decrease in the quality in life of children with chronic gastritis disease in comparison with healthy children, while the degree of decrease correlated with the presence and severity of depression and both personal and

situational anxiety. At present, it is quite difficult to say unambiguously what is primary: the influence of emotional status on the disease and quality of life, or vice versa.

Keywords: *quality of life; gastritis; functional dyspepsia; anxiety; depression*

For citation: Badyan A.S., Okhrimenko A.A., Dudnikova E.V., Besedina E.A., Polushkin K.A., Sapronova O.R. Features of the quality of life in children with chronic gastritis and psychological characteristics of the personality of patients. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2024; 27(1): 22–27. (In Russian). <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2024-27-1-22-27> <https://elibrary.ru/slwsyi>

For correspondence: *Anastasiya A. Okhrimenko*, student of the Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, nastya.okhrimenko@mail.ru

Contribution: Badyan A.S., Okhrimenko A.A., Dudnikova E.V. — concept and design of the study; Okhrimenko A.A., Polushkin K.A., Sapronova O.R. — collection and processing of material; Badyan A.S. — statistical processing; Badyan A.S., Okhrimenko A.A., Besedina E.A. — writing the text; Badyan A.S., Dudnikova E.V. — editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Information about the authors:

Badyan A.S., <https://orcid.org/0000-0003-4754-8156>
Okhrimenko A.A., <https://orcid.org/0009-0003-8527-1896>
Dudnikova E.V., <https://orcid.org/0000-0003-3205-5148>
Besedina E.A., <https://orcid.org/0000-0003-1595-7561>
Polushkin K.A., <https://orcid.org/0000-0002-9055-3324>
Sapronova O.R., <https://orcid.org/0009-0009-8464-1158>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: December 21, 2023

Accepted: January 30, 2024

Published: February 28, 2024

Введение

Гастрит является распространённой формой патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Больные предъявляют значительное число жалоб, которые оказывают влияние на качество жизни (КЖ) [1–4]. В настоящее время отмечаются изменения парадигмы восприятия генеза симптоматики гастритов, имеющих единые механизмы развития с функциональной диспепсией и синдромом абдоминальной боли. Изменения, отраженные в Римских критериях IV пересмотра, свидетельствуют о том, что хроническая патология не исключает функциональные расстройства, а клинические проявления по большей части обусловлены нарушениями регуляции органов ЖКТ, изменениями моторики и микробиоты, особенностями факторов защиты, а также гиперсенсиitivностью [5, 6]. Однако в настоящее время лишь небольшое число работ посвящено оценке КЖ детей с хроническими формами патологии верхнего отдела ЖКТ. При анализе изменений КЖ 170 детей с абдоминальной болью при функциональной и органической патологии желудка с помощью опросника KINDL-R было выявлено значимое уменьшение КЖ пациентов, которое было сопоставимо с низким уровнем КЖ детей с другими формами патологии, в том числе бронхиальной астмой и атопическим дерматитом ($p < 0,001$ в обеих группах по суммарному баллу опросника) [7]. При этом универсальный опросник для измерения КЖ детей и подростков KINDL рассматривает КЖ как психологическую конструкцию, включающую физические, психосоциальные и функциональные аспекты благополучия и повседневного функционирования [8]. Аналогичное значительное снижение КЖ у детей с органической и функциональной патологией ЖКТ было сопоставимо друг с другом: при функциональных расстройствах существенно чаще выявлялась высокая распространённость межличностных разногла-

сий ($p < 0,02$), при этом плохая успеваемость в школе ($p < 0,0007$) и издевательства ($p < 0,01$) были увеличены у пациентов с органической патологией [9]. Однако в этих работах не выявлено значимых связей между КЖ и полом, возрастом больных и длительностью заболеваний. Авторами не определено значимой разницы в уменьшении КЖ больных в зависимости от структуры патологии ЖКТ, включая *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит, эозинофильный эзофагит, рефлюкс-эзофагит, воспалительные заболевания кишечника и психологические особенности личности больных [10].

В связи с этим представляет значительный интерес определение изменений КЖ детей с хроническим гастритом с учётом психологических особенностей личности больных.

Цель работы: установить изменения КЖ детей с хроническим гастритом (ХГ) с учётом психологических особенностей личности больных.

Материалы и методы

Проведено одномоментное ретроспективное исследование. Нами обследованы 84 больных (32 мальчика и 52 девочки) с ХГ, гастродуоденитом в анамнезе по данным медицинских карт пациентов, находившихся на амбулаторном лечении. Средний возраст всех больных составил $12,10 \pm 2,84$ года (95% ДИ 11,21–12,98), мальчиков — $11,25 \pm 3,18$ года, девочек — $12,62 \pm 2,52$.

Критерии включения:

- возраст больных от 8 до 16 лет;
- письменное добровольное согласие на участие в работе;
- наличие подтверждённого ХГ в анамнезе в стадии клинического обострения на период проведения исследования.

Критерии исключения:

- наличие у больного значимых сопутствующих заболеваний, возможно оказывающих влияние на

КЖ ребёнка, а также имеющих отношение к развитию болевого синдрома;

- невозможность заполнения требуемых опросников на момент исследования;
- отсутствие согласия на участие в исследовании.

Структура выявленной патологии с учётом данных анамнеза заболевания и анализа амбулаторных историй болезни была следующей: поверхностный гастрит диагностирован у 76 (91,5%) пациентов, эрозивный гастрит в анамнезе был у 8 (8,5%) больных. Сочетание ХГ с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью выявлено у 74 (88,1%) больных. При этом рефлюкс-эзофагит I степени был диагностирован у 60 (71,43%) пациентов, II степени — у 14 (16,67%).

Нами был проведён ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт пациентов с анализом данных анамнеза жизни и болезни, длительности предъявляемых жалоб, особенностей клиники и выраженности основных симптомов ХГ. Субъективное и объективное изучение синдрома абдоминальной боли проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы боли. КЖ оценивали с помощью опросника «PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales», являющегося чувствительным и эффективным методом всестороннего изучения КЖ и его различных компонентов: физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования [11, 12]. Для анализа психоэмоциональных особенностей больных детей, включённых в работу, были использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [10] и шкала самооценки тревожности Спилбергера–Ханина [13].

У подростков старше 15 лет и родителей младших школьников получено письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Дизайн и методы работы одобрены независимым локальным этическим комитетом.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «IBM SPSS Statistics v. 23». Для оценки распределения количественных показателей использовали критерий Шапиро–Уилка. Результаты для выборок с нормальным распределением представлены средним значением, а также стандартной ошибкой среднего с распределением, отличным от нормального, — медианой (Me) и 25 и 75 квартилями [Q_1 – Q_3], 95% ДИ. Для определения значимости различий переменных использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса и точный тест Фишера при ожидаемом явлении < 5 для двух групп и критерий χ^2 Пирсона для 3 и более групп сравнения. Значимость различий при нормальном распределении определяли с помощью t-критерия, при отличном от нормального распределении использовали критерии Манна–Уитни и Краскала–Уоллиса. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Анализ данных анамнеза заболевания показал, что медиана длительности предъявляемых жалоб составила 2 года (Q_1 – Q_3 1,0–3,0; 95% ДИ 1,6–2,4). При этом длительность предъявления жалоб, связанных с гастроэзофагеальной патологией, более 2 лет определили у 48 (57,14%) больных. Отягощённый наследственный анамнез по заболеваниям ЖКТ 1–2-й линии родства был

выявлен у 56 (66,67%) обследованных: по линии матери — у 34 (40,48%), по линии отца — у 18 (21,43%). Анализ особенностей питания больных выявил частые нарушения питания у детей, включая употребление так называемых «мусорных продуктов» (более 2 раз в неделю — 69% опрошенных), а также режима питания (длительные промежутки между приёмами пищи, отсутствие фиксированного времени для еды).

Часто дети предъявляли жалобы на абдоминальные боли, симптомы диспепсии и астеновегетативные нарушения. Структура диспепсических жалоб, выявленных у 78 (92,86%) больных, представлена следующим образом: тошнота определялась у 48 (57,1%) больных, рвота — у 30 (35,7%), отрыжка — у 12 (14,3%), вздутие живота — у 14 (16,7%). Изжогу как один из основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, связанную с гастроэзофагеальной патологией, отмечали только 18 (21,43%) пациентов. Симптомы астеновегетативных нарушений определялись у всех больных ХГ. В структуре данного синдрома часто отмечались эмоциональная лабильность — 64 (76,2%) больных, головные боли — 30 (35,7%), головокружения — 30 (35,7%), повышенная утомляемость — 48 (57,1%), гипергидроз ладоней — 12 (14,3%). На периодические боли в животе жаловались 80 (95,2%) детей. Характеристики данного симптома у всех пациентов укладывались в критерии диагноза «функциональная диспепсия», вариант — синдром эпигастральной боли.

Связи болевого синдрома с приёмом пищи у больных нами не обнаружены: ранние боли выявлялись у 40 (47,62%) 40 пациентов и не были связаны с приёмом пищи у 34 (40,5%) больных. Чаще боли локализовались в эпигастральной и пилорoduodenальной зонах. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале была незначительной у 18 (21,4%) больных, умеренной — у 52 (61,9%), выраженной — у 10 (11,9%). В большинстве случаев боль носила приступообразный характер — 64 (76,2%) больных, 14 (16,7%) пациентов предъявляли жалобы на тупые, ноющие боли в животе.

У пациентов с ХГ выявлено значительное уменьшение КЖ в целом и по каждому компоненту жизненного функционирования (рис. 1).

При этом медиана интегрального показателя КЖ составила 28 баллов (Q_1 – Q_3 23,0–35,0; 95% ДИ 26,93–36,07), медиана показателя физического функционирования — 19 баллов (Q_1 – Q_3 12,5–34,4; 95% ДИ 18,77–29,34), эмоционального функционирования — 35 (Q_1 – Q_3 15,0–40,0; 95% ДИ 23,51–33,78), ролевого (школьного) функционирования — 30 (Q_1 – Q_3 20,0–40,0; 95% ДИ 25,56–36,11). Самые низкие показатели определялись в группе социального функционирования — медиана составила всего 15 баллов (Q_1 – Q_3 15,0–30,0; 95% ДИ 17,64–25,60).

Для оценки возможных предикторов, влияющих на КЖ пациентов с ХГ, мы провели анализ связей между данными опросника «PedsQL™ 4.0» с анамнестическими и клиническими показателями. Выявлена обратная умеренная корреляция между возрастом больных и суммой баллов по ролевому (школьному) функционированию ($r_{xy} = -0,329$; $p = 0,033$; рис. 2), которая свидетельствует о том, что чем старше ребёнок, тем ниже его КЖ при школьном функционировании.

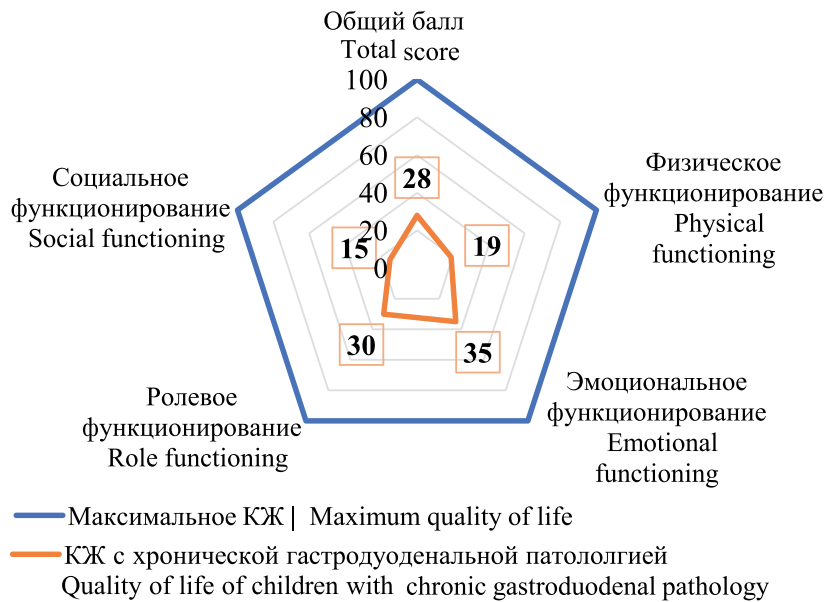


Рис. 1. КЖ детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Fig. 1. Quality of life in children with chronic gastroduodenal pathology.

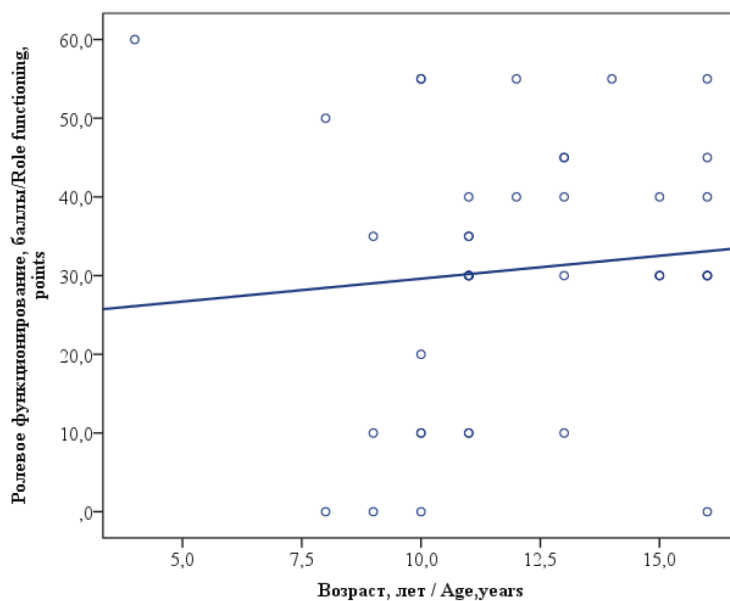


Рис. 2. КЖ (ролевое функционирование) детей в зависимости от возраста.

Fig. 2. The quality of life (role functioning) in children in dependence on age.

Нами выявлена также значимая разница между интегральным показателем КЖ и школьным функционированием в зависимости от интенсивности болевого синдрома (табл.).

Установлено, что интегральный показатель КЖ зависел от жалоб детей на тошноту: при наличии данного симптома общее КЖ было ниже, чем при его отсутствии: $Me = 27,5$ (Q_1-Q_3 17,25–31,75) и $Me = 31,75$ (Q_1-Q_3 27,75–62,5) соответственно; $p = 0,008$. КЖ, связанное с физическим функционированием, было существенно ниже у детей, предъявляющих жалобы на периодическую рвоту, по сравнению с больными без данного симптома: $Me = 12,5$ балла (Q_1-Q_3 12,5–17,75) и $Me = 31,0$ баллов (Q_1-Q_3 16,0–48,5); $p = 0,002$. Более низкие показатели КЖ по шкале эмоционального функционирования отмечались у больных со снижением аппетита: $Me = 17,5$ балла (Q_1-Q_3 5,0–35,0), при нормальном аппетите — 40 баллов (Q_1-Q_3 35,0–45,0); $p < 0,001$.

При анализе данных опросника HADS у больных детей нами установлено, что депрессия отсутствовала у 38 (46,3%) больных, субклинически выраженная депрессия выявлена у 34 (41,5%), клинически выраженная депрессия — у 10 (12,2%). Определялась значимая зависимость между наличием и степенью депрессии и возрастом пациентов: при отсутствии данного состояния медиана возраста составила 10 лет (Q_1-Q_3 9,0–13,0), при субклиническом течении — 15 лет (Q_1-Q_3 11,0–16,0), клинически выраженном — 11 лет (Q_1-Q_3 11,0–13,0); $p = 0,019$. При этом связи депрессии с длительностью жалоб не установлено ($p = 0,212$). Значимых различий данных опросника HADS от гендерного признака ($p = 0,544$), наличия тошноты ($p = 0,417$), рвоты ($p = 0,061$), изжоги ($p = 0,953$), снижения аппетита ($p = 0,554$), а также интенсивности болевого синдрома ($p = 0,656$) не выявлено.

У больных с субклинической и клинически выраженной депрессией были существенно уменьшены по-

КЖ детей в зависимости от интенсивности болевого синдрома
Quality of life of children according to pain intensity

Показатель Indicator	Слабый болевой синдром Mild pain syndrome (n = 18)		Умеренный болевой синдром Moderate pain syndrome (n = 50)		Выраженный болевой синдром Severe pain syndrome (n = 10)		p
	M ± m Me [Q ₁ –Q ₃]	95% ДИ	M ± m Me [Q ₁ –Q ₃]	95% ДИ	M ± m Me [Q ₁ –Q ₃]	95% ДИ	
КЖ, общий балл Quality of life, total score	39,00 [33,50–39,00]	25,82– 54,78	28,00 [23,00–35,00]	26,72– 39,36	23,00 [14,50– 27,00]	14,86– 32,36	0,023*
Физическое функционирование Physical functioning	19,00 [9,40–35,00]	0,42–38,94	20,50 [12,50–31,00]	18,54– 32,85	12,50 [12,50–19,00]	9,17– 31,14	0,580
Эмоциональное функционирование Emotional functioning	35,00 [25,0–45,00]	6,77–53,23	35,00 [20,00–40,00]	24,20– 36,03	35,00 [0,00–40,00]	5,90– 39,65	0,676
Роль (школьное) функционирование Role (school) functioning	45,00 [45,00–45,00]	33,39– 56,61	30,00 [20,00–40,00]	23,91– 37,25	30,00 [10,00–30,00]	13,33– 35,56	0,035*
Социальное функционирование Social functioning	30,00 [30,00–35,00]	14,17– 45,83	15,00 [15,00–30,00]	15,17– 23,52	15,00 [15,00–30,00]	14,07– 39,27	0,177

Примечание. * — различия статистически значимы, критерий Краскела–Уоллиса.

Note. * — differences are statistically significant, Kruskal–Wallis test.

казатели КЖ в рамках эмоционального ($p = 0,014$) и социального функционирования ($p = 0,010$). Показатели эмоционального функционирования в отсутствие депрессии составили: Me = 40 (Q₁–Q₃ 35,0–44,0), при субклинической — Me = 25 (Q₁–Q₃ 15,0–40,0), клинически выраженной депрессии — Me = 15 (Q₁–Q₃ 0–20,0), социального функционирования — Me = 30 (Q₁–Q₃ 15,0–37,5), Me = 15,0 (Q₁–Q₃ 15,0–15,0), Me = 15 (Q₁–Q₃ 15,0–15,0) соответственно. При этом у больных выявлена значимая распространённость личностной тревожности: средняя степень определялась у 28 (33,3%) больных, высокая — у 56 (66,7%). Низкой личностной тревожности не выявлено. При оценке ситуативной тревожности низкая степень диагностирована у 34 (40,5%) больных, средняя — у 42 (50%), высокая — у 8 (9,5%). При сопоставлении частоты личностной тревожности с анамнестическими и клиническими данными нами не определено значимой зависимости от возраста пациента ($p = 0,119$) и длительности предъявляемых жалоб ($p = 0,947$). При этом не выявлено значимых связей между уровнями личностной тревожности (средней и высокой) и КЖ пациентов — как общего балла, так и по шкалам функционирования. У больных с высокой личностной тревожностью значительно чаще определялись жалобы на тошноту (67,9% среди 38 пациентов с высокой тревожностью), среди пациентов со средней степенью личностной тревожности этот показатель составил 35,7% (10 больных), $p = 0,047$. Связей с клиническими симптомами, а также интенсивностью синдрома абдоминальных болей не выявлено.

При анализе ситуативной тревожности мы выявили снижение КЖ детей в рамках общего интегрального показателя с высокой степенью ситуативной тревожности ($p = 0,038$): при низкой тревожности Me = 30 баллов (Q₁–Q₃ 28,0–39,0), средней — Me = 27 баллов (Q₁–Q₃ 21,5–33,5), высокой — Me = 18 баллов (Q₁–Q₃ 14,5–25,0). Значимой разницы частоты ситуативной тревожности при различных видах функционирования ребёнка не выявлено.

Обсуждение

Ранее было показано значительное снижение КЖ детей с ХГ по сравнению со здоровыми детьми с максимальной депрессией показателей в рамках социального и ролевого (школьного) функционирования [11]. В свою очередь, уменьшение КЖ ребёнка приводит к нарушению его социализации, адаптивных возможностей, снижению работоспособности и успеваемости в школе. Особое внимание стоит обращать на пациентов с жалобами на тошноту, рвоту, снижение аппетита, выраженный болевой синдром: у этих больных показатели КЖ были наименьшими. С другой стороны, нами была выявлена широкая распространённость субклинической и клинически выраженной депрессии у детей с ХГ и существенно уменьшенными показателями КЖ. Наличие депрессивного расстройства у больного реализует, возможно, негативное восприятие собственного состояния и болезни в целом, что отражается на результатах при заполнении опросника «PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales» [12, 13].

Определялась высокая распространённость личностной тревожности у всех опрошенных детей с жалобами на тошноту. Отсутствие зависимости КЖ от личностной тревожности больных можно связать со слабой её выраженностью, что ограничивает возможности сравнения групп. У детей с высокой и средней ситуативной тревожностью показатели КЖ были уменьшены по сравнению с пациентами со слабой степенью ситуативной тревожности. Интерпретировать полученные закономерности можно с учётом 2 взаимосвязанных механизмов. С одной стороны, длительно предъявляемые жалобы на тошноту, интенсивные боли в животе, рвоту могут приводить к повышенной тревожности и настороженности самого больного ребёнка к своему здоровью, особенно при значительной озабоченности родителей пациента, что приводит к появлению у пациента эффекта «катастрофизации» и выраженному снижению КЖ [9, 10]. С другой стороны, наличие у больного ребёнка

повышенной тревожности и депрессии способствует формированию выраженной клинической симптоматики и её персистенции, что также оказывает значимое влияние на КЖ в целом [13]. В связи с этим необходим комплексный подход в лечении таких больных с включением консультаций психологов, а при необходимости психиатров, использование психотренинга, групповых, индивидуальных занятий психотерапией при работе с детьми с ХГ [14]. Такой многопрофильный подход к ведению больных с гастродуоденальной патологией позволит обеспечить максимальный эффект и значительно улучшить КЖ детей [15].

Литература

(п.п. 2–4; 7–11; 14; 15 см. References)

- Рычкова С.В. Влияние гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни у детей. *Бюллетень сибирской медицины*. 2005; 4: 76–9. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2005-0-76-79>
- Поливанова Т.В., Каспаров Э.В., Вшивков В.А. Возрастные особенности активности гастрита у школьников с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Российский педиатрический журнал*. 2022; 25(2): 116–20. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-2-116-120> <https://elibrary.ru/cmqrpxj>
- Беседина Д.Ю., Бадьян А.С., Дудникова Э.В., Беседина Е.А., Сапронова Н.Г., Скоробогатый А.И. Роль HNP1-3 в развитии хронического гастрита у детей. *Сибирское медицинское обозрение*. 2022; (3): 57–63. <https://doi.org/10.20333/25000136-2022-3-57-63> <https://elibrary.ru/tnqepc>
- Винярская И.В. Показатели качества жизни здоровых подростков, проживающих в разных регионах России. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2007; (3): 37–40. <https://elibrary.ru/kvwtwp>
- Щербатых Ю.В. Методики диагностики тревоги и тревожности – сравнительная оценка. *Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири*. 2021; (2): 85–104. <https://doi.org/10.24412/2303-9744-2021-2-85-104> <https://elibrary.ru/thzfua>

References

- Rychkova S.V. Influence of gastroduodenal pathology on life quality index among children. *Byulleten' sibirskoy meditsiny*. 2005; 4: 76–9. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2005-0-76-79> (in Russian)
- Miceli E., Brondino N., Lenti M.V., Di Stefano M., Staiani M., Zugnani F., et al. Impaired quality of life in patients with autoimmune atrophic gastritis. *Dig. Dis. Sci.* 2021; 66(10): 3322–9. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06656-x>
- Wen Z., Li X., Lu Q., Brunson J., Zhao M., Tan J., et al. Health related quality of life in patients with chronic gastritis and peptic ulcer and factors with impact: a longitudinal study. *BMC Gastroenterol.* 2014; 14: 149. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-149>
- Rajindrajith S., Zeevenhooven J., Devanarayana N.M., Pereira B.J.C., Benninga M.A. Functional abdominal pain disorders in children. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2018; 12(4): 369–90. <https://doi.org/10.1080/17474124.2018.1438188>
- Polivanova T.V., Kasparov E.V., Vshivkov V.A. Age-related features of gastritis activity in schoolchildren with gastroesophageal reflux disease. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2022; 25(2): 116–20. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-2-116-120> <https://elibrary.ru/cmqrpxj> (in Russian)

- Besedina D.Yu., Bad'yan A.S., Dudnikova E.V., Besedina E.A., Sapronova N.G., Skorobogatyy A.I. The role of HNP1-3 in development of chronic gastritis in children. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2022; (3): 57–63. <https://doi.org/10.20333/25000136-2022-3-57-63> <https://elibrary.ru/tnqepc> (in Russian)
- Warschburger P., Hänig J., Friedt M., Posovszky C., Schier M., Calvano C. Health-related quality of life in children with abdominal pain due to functional or organic gastrointestinal disorders. *J. Pediatr. Psychol.* 2014; 39(1): 45–54. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst070>
- Ravens-Sieberer U., Erhart M., Wille N., Wetzel R., Nickel J., Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *Pharmacoeconomics*. 2006; 24(12): 1199–220. <https://doi.org/10.2165/00019053-200624120-00005>
- De Jesus C.D.F., de Assis Carvalho M., Machado N.C. Impaired health-related quality of life in Brazilian children with chronic abdominal pain: a cross-sectional study. *Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr.* 2022; 25(6): 500–9. <https://doi.org/10.5223/pghn.2022.25.6.500.8>
- Befus E.G., Mölland E., Helseth S., Hagen M., Stea T.H., Nolte S., et al. The use of youth healthcare services and its association with health-related quality of life, physical and mental health and over-the-counter analgesics use in 13-19-year-old adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2024; 24(1): 104. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17544-0.7>
- Varni J.W., Bendo C.B., Nurko S., Shulman R.J., Self M.M., Francis J.P., et al. Pediatric quality of life inventory (PedsQL) gastrointestinal symptoms module testing study Consortium. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *J. Pediatr.* 2015; 166(1): 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.022>
- Vinyarskaya I.V. Parameters of quality of life of healthy adolescents living in different regions of Russia. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhraneniye*. 2007; (3): 37–40. <https://elibrary.ru/kvwtwp> (in Russian)
- Shcherbatykh Yu.V. Comparative assessment of methods for diagnosing anxiety. *Vestnik po pedagogike i psikhologii Yuzhnoy Sibiri*. 2021; (2): 85–104. <https://doi.org/10.24412/2303-9744-2021-2-85-104> <https://elibrary.ru/thzfua> (in Russian)
- Smyth M., Jacobson K. Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 short form generic core scale across pediatric populations review data. *Data Brief*. 2021; 39: 107599. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2021.107599>
- Madva E.N., Harnedy L.E., Longley R.M., Rojas Amaris A., Castillo C., Bomm M.D., et al. Positive psychological well-being: a novel concept for improving symptoms, quality of life, and health behaviors in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol. Motil.* 2023; 35(4): e14531. <https://doi.org/10.1111/nmo.14531>

Сведения об авторах:

Бадьян Александра Сергеевна, канд. мед. наук, доцент каф. детских болезней № 1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, alex.badyan@yandex.ru; **Дудникова Элеонора Васильевна**, доктор мед. наук, проф., зав. каф. детских болезней № 1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, kaf.det.bol.1@yandex.ru; **Беседина Елена Алексеевна**, канд. мед. наук, доцент каф. детских болезней № 1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, besedina-dasha@yandex.ru; **Полушкин Кирилл Алексеевич**, студент 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Polushkin-Kirill-0909-Azow@yandex.ru; **Сапронова Ольга Романовна**, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, osaponova@mail.ru