DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(3)-17

УДК: 616.34+616.6-053:612.821

КЛІНІЧНІ МАСКИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА СЕЧОВИДИЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, АСОЦІЙОВАНИХ З АФЕКТИВНИМИ СТАНАМИ

Лисиця Ю.М., Булат Л.М., Пипа Л.В., Свістільник Р.В., Філик А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: 777uliya@gmail.com

Статтю отримано 29 травня 2019 р.; прийнято до друку 1 липня 2019 р.

Анотація. Мета роботи - дослідити особливості клінічних проявів соматоформних розладів (СР) з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і сечовидільної системи (СВС) та зв'язок їх виникнення з афективними станами у дітей підліткового віку. Обстежено 123 дитини з СР з боку ШКТ та 52 дитини з СР з боку СВС. Середній вік дітей становив $13,6 \pm 2,2$ років ($M \pm \sigma$), з яких хлопчиків було 33,2% ($n=58$) і дівчаток - 66,8% ($n=117$). Для дослідження тривоги використовували тест Спілбергера. Для діагностики депресії використовували опитувальник дитячої депресії М. Kovacs (1992). Вірогідність оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента. Перше місце у підлітків займає функціональна диспепсія (ФД) - 60,1%, друге місце - синдром подразненого кишечника (СПК) (20,3%), рідше зустрічались функціональна діарея у 3,25% і функціональний закреп у 16,2%. На СПК в 1,7 разів більше хворіють діти старшого юнацького віку. СПК з закрепом зустрічається в 3,8 рази частіше, ніж діарейний тип. Діарейний тип СПК у 5,1 разів частіше зустрічається у хлопців, ніж у дівчат. Функціональна диспепсія (ФД) частіше зустрічалась у дівчат - в 2,7 рази з переважанням у дітей віком 10-14 років. У 31,7% дітей з СР з боку ШКТ виявлено депресію і в 84,6% дітей виявлено клінічно виражену тривогу. Серед дітей з СР з боку СВС переважали діти молодшого підліткового віку - 69,2%. Енурез мав місце у 38,5% дітей. Гіперрефлекторну форму сечового міхура виявлено у 34,6%, гіпоректорну - у 26,9% дітей. У хворих на СР з боку СВС у 38,4% дітей була діагностована депресія і в 88,5% виражена тривога. Депресивні порушення, а також тривожні розлади можуть бути одним з ключових факторів виникнення СР у дітей і проявляються різноманітними соматичними масками у вигляді функціональних розладів органів і систем, ускладнюючи діагностику, перебіг захворювання і ефективність лікування. У дітей на СР як з боку ШКТ, так і з боку СВС відмічалось значне переважання наявності тривожних (2:1 і 1,8:1 відповідно) і депресивних (3,3:1 і 4:1 відповідно) порушень у осіб жіночої статі. Відповідно можна вважати жіночу стать одним з основних факторів ризику розвитку СР і емоційних порушень у дітей.

Ключові слова: соматоформний розлад, депресія, тривога, діти.

Вступ

Останнє десятиліття в Україні, як і в багатьох країнах світу, характеризується неухильним погіршенням здоров'я дітей та підлітків [7]. За останні роки кількість школярів з хронічною патологією збільшилась, за даними В. Г. Майданика і співав. (2017), у 3 рази [7]. Структура дитячої захворюваності демонструє збільшення питомої ваги функціональної патології, яка за відсутності чітко вираженого патоморфологічного субстрату хвороби, проявляється варіабельністю клінічної симптоматики, розвиток якої багато в чому пов'язаний з наявністю в організмі вегетативної дисфункції (ВД) [3, 7].

ВД відносять до психосоматичних захворювань, які в сучасній класифікації МКХ-10 називаються соматоформними і наводяться в окремій рубриці "F45.3. Соматоформна вегетативна дисфункція", що містять "невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади". Термін "соматоформний" замінив термін "психосоматичний", який застосовувався раніше. Далі в МКХ-10 класифікуються окремі розлади цієї групи, визначаючи орган або систему, що турбують пацієнта, як джерело симптомів: F45.30 Серце і ССС; F45.31 Верхні відділи ШКТ; F45.32 Нижні відділи ШКТ; F45.33 Дихальна система; F45.34 Урогенітальна система та ін. [7].

Соматоформні розлади (СР) представляють собою

клас психічних розладів, які характеризуються постійними фізичними симптомами і скаргами, однак навіть при наявності соматичного порушення не можуть мати адекватного медичного пояснення [14, 16]. Ці симптоми призводять до багаточисленних звернень до лікаря, додаткових непотрібних досліджень і маніпуляцій, а у дітей викликають сімейну і соціальну дезадаптацію, порушення в освітньому функціонуванні, викликаючи значний психосоціальний дистрес [15].

Функціональні порушення ШКТ займають одне з провідних місць у структурі патології органів травлення. Відомо, що рекурентний абдомінальний біль має функціональний характер у 90-95% дітей і лише у 5-10% може бути зумовленим органічною причиною. Больові відчуття у ділянці живота у дітей із вегето-вісцеральною дисфункцією - частий і характерний симптом, який займає друге місце після головного болю [7].

При функціональних гастроінтестинальних розладах практично завжди страждає весь ШКТ, незалежно від того, симптоматика якого його відділу переважає [1].

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР) можуть супроводжуватись і багатьма скаргами зі сторони інших органів і систем (головний біль, біль іншої локалізації, головокружіння, втома і слабкість, порушен-

ня апетиту та сну, концентрації уваги і пам'яті, подразливість, пітливість, похолодання кінцівок, зміна артеріального тиску) при загальному задовільному соматичному стані [12].

Незважаючи на результати проведених чисельних досліджень, проблема ФГР залишається актуальною і до теперішнього часу [6, 13].

У зв'язку з накопиченням запитань за останнє десятиріччя були розроблені Римські критерії IV (2016). І хоча структура і основні положення нової і попередньої класифікації подібні (у ній зберігаються ідентичні розділи G і H), є і ряд відмінностей, особливо в розумінні патогенезу ФГР [1, 13].

Серед функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у підлітків найчастіше зустрічаються функціональна диспепсія (ФД), синдром подразненого кишечника (СПК), функціональна нудота та блювота, функціональна діарея, функціональний абдомінальний біль (зокрема, абдомінальна мігрень), функціональний закріп.

Розлади регуляції вегетативної нервової системи на будь-якому з її рівнів є однією з провідних ланок патогенезу нейрогенної дисфункції сечового міхура [8].

Нейрогенний сечовий міхур, або нейрогенна дисфункція сечового міхура у дітей є актуальною проблемою сучасності за декількома параметрами і перш за все за рахунок поширеності розладу - від 10 до 30% дитячого населення страждають від цієї недуги [2].

Він обмежує фізичну активність дитини, утруднює її особистісну адаптацію в суспільстві, призводить до проблем у спілкуванні з однолітками, відставання в навчанні, а також до конфліктних ситуацій в сім'ї [2]. Тривалі розлади сечовипускання у 80% випадків призводять до ускладнень [2, 8].

Нейрогенні розлади сечового міхура зустрічаються за гіпер- або гіпоректорним типом, що клінічно проявляються порушеннями сечовипускання та енурезом [7, 9].

Функціональні соматичні розлади досить часто асоційовані з емоційними порушеннями, формуючи їх клінічні маски і призводячи до неправильної діагностики основного захворювання та неефективного лікування. Тому розпізнавання СР на ранньому етапі та визначення їх клінічних особливостей перебігу дасть можливість своєчасно розпізнати порушення, які лежать в їх основі, і відповідно призначити ефективне лікування, що матиме важливе соціальне значення.

Мета - дослідити особливості клінічних проявів соматоформних розладів з боку шлунково-кишкового тракту і сечовидільної системи та зв'язок їх виникнення з афективними станами у дітей.

Матеріали та методи

Після підписання інформованої згоди батьків і дітей нами досліджено 123 дитини з СР з боку ШКТ та 52 дитини з СР з боку СВС, які знаходились на лікуванні в

Хмельницькій обласній дитячій лікарні протягом 2014-2018 рр.

Середній вік дітей становив $13,6 \pm 2,2$ років ($M \pm \sigma$), з яких хлопчиків було 33,2% ($n=58$), дівчаток - 66,8% ($n=117$). Відбір дітей і встановлення діагнозу СР проводили після загальноклінічного обстеження та згідно критеріїв СР МКХ-10. Для виявлення наявності депресії і її клінічних симптомів у відібраній групі дітей з СР використовували опитувальник дитячої депресії (М. Kovacs. Children's depression inventory, 1992). Методика призначена для дослідження дітей 6-17 років. Загальний нормальний показник по CDI може варіювати від 0 до 54, 50 - це критичне значення, після якого глибина симптоматики зростає [10]. Наявність депресії діагностували при наявності Т-показника вище середнього (>55), в який переводили загальну суму балів по шкалі. Для дослідження тривоги використовували тест-опитувальник Спілбергера (STPI - State Trait Personal Inventory), модифікований А.Д. Андреевой, (1988). Мінімальна оцінка по шкалі - 10 балів, максимальна - 40 балів [12].

Статистичний аналіз виконали, застосовуючи пакет програми Statistica 8.0.360 та Excel (2007). Кількісні ознаки наведені у вигляді $M \pm \sigma$. Вірогідність оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Вірогідними вважали значення при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

У групі обстежених дітей підліткового віку методом випадкової вибірки СР з боку ШКТ виявлено у 123 дітей, вікова та гендерна структура яких наведена в таблиці 1.

Дані таблиці 1 свідчать, що в даній групі переважали діти раннього підліткового віку - 73 дитини (59,3%). Серед обстежених дітей переважали дівчата (85 осіб, що складало 69,1%).

На рисунку 1 показано структуру проявів СР з боку ШКТ в обстежених нами дітей.

Дані рисунку свідчать, що перше рангове місце у підлітків займає функціональна диспепсія (ФД) - 74 (60,1%), друге рангове місце - синдром подразненого кишечника (СПК) (25 дітей, що складає 20,3%), що перекликається з даними літератури [4, 10].

Так, розповсюдженість СПК у дітей в світі і в Україні

Таблиця 1. Вікова і гендерна структура обстежених дітей з СР з боку ШКТ.

Місце проживання	Хлопчики, n=38				Дівчатка, n=85			
	10-14 pp.		15-18pp.		10-14 pp.		15-18 pp.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Місто, n = 64	14	11,4*	5	4,7	26	21,1**	19	15,4**
Село, n = 59	10	8,1	9	7,3	23	18,7**	17	13,8**
Всього, n=123	24	19,5*	14	11,4	49	39,8**	36	29,3**

Примітки: * - достовірні відмінності щодо показників хлопчиків молодшого і старшого підліткового віку, ($p \leq 0,05$); ** - достовірні відмінності щодо показників дівчаток до хлопчиків, ($p \leq 0,05$).

Рис. 1. Функціональні гастроінтестинальні розлади в структурі СР з боку ШКТ у дітей.

Примітки: * - достовірні відмінності щодо показників дітей із СПК ($p \leq 0,001$); ** - достовірні відмінності щодо показників дітей із СПК, ($p \leq 0,01$); ^ - достовірні відмінності щодо показників дітей із функціональною діареєю, ($p \leq 0,05$).

Таблиця 2. Основні клінічні симптоми СПК у дітей підліткового віку залежно від віку та статі.

Клінічні симптоми СПК	Хлопчики, n=38				Дівчатка, n=85			
	10-14 р. n=4		15-17 р. n=7		10-14 р. n=5		15-17 р. n=9	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль в животі навколо пупка	4	100	7	100	4	80,0	8	88,9
Біль в животі нижче пупка	4	100^	6	85,7	5	100*	7	77,8
Регрес болю після дефекації	4	100^	6	85,7	5	100*	8	88,9
Закреп	2	50,0	4	57,1	4	80,0*	9	100
Діарея	2	50,0^	2	28,5	1	20,0*	0	0
Чергування закрепів і діареї	1	25,0^	0	0	0	0	0	0
Закреп, енкопрез	1	25,0^	0	0	0	0	0	0
Метеоризм	4	100	7	100	4	80,0*	9	100
Поганий апетит	3	75,0^	4	57,1	2	40,0	3	42,9
Підвищений апетит	1	25,0^	3	42,9	1	20,0*	4	57,1

Примітки: * - достовірні відмінності щодо показників у дівчаток старшого підліткового віку, ($p \leq 0,05$); ^ - достовірні відмінності щодо показників у хлопчиків старшого підліткового віку, ($p \leq 0,05$).

достатньо велика (в нашій країні - біля 19%). Згідно метааналізу 80 клінічних досліджень ($n=260960$), СПК страдає 11,2% населення світу. За різними даними, як вказує Л.Л. Павловський (2017), цей показник варіює від 10 до 20% і в кількісному еквіваленті складає біля 1 млрд. населення планети [10].

СПК належить до ФГР, в основі якого лежать поєднані морфологічні та фізіологічні відхилення внаслідок порушення моторики ШКТ, кишкового мікробіому, вісцеральної гіперчутливості та змін з боку центральної нервової системи [4].

СПК діагностовано у 25 обстежених нами дітей підліткового віку, що склало 20,3% від всіх дітей з ФГР. Серед них дітей раннього підліткового віку - 9 (36%), юнацького - 16 (64%), тобто, в 1,8 раз більше на СПК

страждають діти старшого підліткового віку ($p < 0,037$) з незначним переважанням осіб жіночої статі (54% і 44%, відповідно). У таблиці 2 відображено основні клінічні прояви СПК в обстежених нами дітей.

Дані таблиці свідчать, що біль в животі навколо пупка зустрічався у більшості дітей, як за віком (100% і 93,8%, відповідно), так і за статтю (у хлопців - у 100% випадків, у дівчат - у 85,7 %). Біль нижче пупка більше турбував дітей раннього підліткового віку також (100% та 81,25%, відповідно). Регрес болю в животі після дефекації відмічали всі діти віком 10-14 років (100%) і 87,5% дітей юнацького віку, що може бути обумовлено частішим поєднанням в них СПК з іншими ФГР.

Згідно Римських критеріїв IV, виділяють декілька варіантів СПК: з переважанням закреп (IBS-C); з переважанням діареї (IBS-D); змішаний варіант (IBS-M) та неklasифікований варіант (IBS-U) [10].

Закреп мав місце у 19 (75%) дітей з СПК, в той час як діарейний тип СПК мав місце лише у 4 (16%) дітей, що в 3,8 разів рідше ($p < 0,01$), в одному випадку (5,0%) мав місце змішаний тип СПК. Більш часто закрепний варіант СПК зустрічався у дітей старшого підліткового віку (81,3% проти 66,4%) ($p = 0,041$). Гендерний аналіз показав, що діарейний тип СПК частіше зустрічався в осіб чоловічої статі (36,4% проти 7,1%) ($p < 0,01$).

У 12 (48,0%) дітей клінічні прояви СПК супроводжувались головним болем, у 8 (32,0%) - відчуттям нехватки повітря, у 5 (20,0%) - колючими болями в області серця, в 4 (16,0%) дітей мали місце розлади сну.

У країнах Західної Європи частота функціональної диспепсії серед дорослого населення коливається від 25-28% до 43-52% (Данія, Швеція, Норвегія, Велика Британія). При цьому тільки в 33-40% випадків диспептичні прояви пов'язані з хронічними захворюваннями ШКТ ("органічна диспепсія"), а в 60-67% виставляється діагноз ФД [11, 13].

Відповідно до Римських критеріїв IV (2016) розрізняють два варіанти диспепсії: вторинну диспепсію (при виразковій хворобі, шлунка тощо) та функціональну диспепсію [13]. Симптоми, що входять у поняття ФД (Римські критерії IV): відчуття переповнення в надчеревній ділянці; раннє насичення; біль і відчуття печії в епігастрії. Основні клінічні варіанти ФД (Римські критерії IV): пост-прандіальний дистрес-синдром (ПДС); синдром епігастрального болю (СЕБ).

Серед дітей з ФД з статистичною достовірністю переважали дівчатка - 54 (72,9%) проти 20 (27,1%) хлопчиків, що в 2,7 разів більше ($p < 0,01$). Дітей раннього підліткового віку з діагностованою ФД було 45 (60,8%), у той час як дітей віком 15-18 років - 29 (39,2%), що в 1,6 раз менше ($p = 0,43$), тобто, серед дітей з ФД переважали особи віком 10-14 років.

За клініко-анамнестичними даними переважала ФД з варіантом СЕБ, у порівнянні з варіантом ППС - 38 (51,4%) та 24 (32,4%), відповідно. У 12 (16,2%) дітей мав місце змішаний варіант ФД.

Таблиця 3. Основні клінічні симптоми ФД у дітей в залежності від віку та статі.

Клінічні симптоми ФД	Хлопчики, n=20				Дівчатка, n=54				Всього	
	12-14 р. n=14		15-17 р. n=6		12-14 р. n=31		15-17 р. n=23			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль в епігастрії після їжі	6	8,1	4	5,4	15	20,3^	10	13,5	35	47,3
Біль в епігастрії натще	8	10,8*	5	6,8	16	21,6	15	20,3	44	59,5
Печія	6	8,1	5	6,8	16	21,6	18	24,3	45	60,8
Відчуття швидкого насичення	14	18,9*	6	8,1	31	41,9^	23	31,1	74	100†‡
Відчуття переповнення в епігастрії	14	18,9*	6	8,1	31	41,9^	23	31,1	74	100†‡
Дискомфорт в епігастрії	14	18,9*	6	8,1	31	41,9^	23	31,1	74	100†‡
Нудота	2	2,7*	4	5,4	8	10,8^	12	16,2	26	35,1
Відрижка	6	8,1	8	10,8	14	18,9	12	17,6	40	54,1

Примітка: * - достовірні відмінності щодо показників хлопчиків старшого підліткового віку, ($p \leq 0,05$); [^] - достовірні відмінності щодо показників дівчаток старшого підліткового віку, ($p \leq 0,05$); [†] - достовірні відмінності щодо показників дітей із нудотою та відрижкою, ($p \leq 0,01$); [‡] - достовірні відмінності щодо показників дітей із нудотою та відрижкою, печією та болем в епігастрії, ($p \leq 0,05$).

Основні клінічні симптоми різних форм ФД відображено в таблиці 3.

Дані таблиці свідчать, що біль в епігастрії після прийому їжі особливо часто виникала у хлопчиків старшого підліткового віку (66,7%), полегшення болю після прийому їжі частіше мало місце як у хлопчиків, так і дівчаток юнацького віку дітей з ФД - у 20 (45,5%) осіб, у порівнянні з дітьми молодшого підліткового віку - у 24 (54,5%), ($p < 0,05$).

Печія мала місце у 45 (60,8%) осіб з переважанням саме у дітей старшого підліткового віку (79,3% та 48,9%, відповідно), ($p < 0,05$). Аналіз гендерних даних свідчить, що даний клінічний симптом частіше зустрічався у дівчаток (62,9% та 55,0%, відповідно).

Нудота з однаковою частотою зустрічалась у хлопчиків і дівчаток (30,0% та 37,0%, відповідно), однак з статистичною достовірністю частіше зустрічалась у дітей старшого підліткового віку (55,2% та 22,2%, відповідно), тобто, в 2,3 рази ($p < 0,0371$).

У 13 (17,6%) підлітків ФД супроводжувалась головним болем, у 17 (22,9%) - відчуттям нехватки повітря, у 10 (13,5%) мав місце ГЕРХ (I-II ступеню важкості).

Інші ФГР зустрічались рідко. Так самостійно функціональна діарея мала місце у 4 (3,25%) обстежених дітей раннього підліткового віку. Функціональний закреп мав місце у 20 (16,2%) осіб.

Отже, серед хворих з ФГР в 2,5 раз переважали дівчата. На СПК в 1,7 разів більше хворіють діти старшого юнацького віку з незначним переважанням осіб жіночої статі. СПК з закрепом зустрічався в 3,8 рази частіше, ніж діарейний тип. Діарейний тип СПК у 5,1 разів частіше зустрічався у хлопців, в порівнянні з особами жіночої статі. ФД частіше зустрічалась у дівчат - в 2,7 рази з переважанням у дітей віком 10-14 років - 60,8% проти 39,2%, що в 1,6 рази більше.

При дослідженні всієї когорти дітей (n=123) з СР з боку ШКТ у 39 (31,7%) дітей виявлено депресивні пору-

шення. Так, загальний бал Т-показника по опитувальнику CDI перевищував в них верхню межу в 56 балів, що дало можливість діагностувати у них наявність депресії. Загальний бал Т-показника у цієї категорії дітей становив $67,1 \pm 10,6$, що загалом відповідало депресивним порушенням середньої тяжкості. Разом з тим, серед 39 дітей з наявною депресією у 22 (56,4%) констатували легкі депресивні порушення, депресією середньої тяжкості виявлено у 8 (20,5%) дітей і тяжку - у 9 (23,1%) дітей.

На рисунку 2 показана загальна структура депресивних порушень у дітей з СР з боку ШКТ.

Наявність депресії в третини дітей з СР зі сторони ШКТ є досить суттєвим і потребує відповідної уваги, оскільки саме вони складають найбільший ризик по розвитку суїцидальної поведінки.

Серед хворих на СР з боку ШКТ та депресією відмічалось значне переважання дівчаток - 30 (76,9%) над хлопчиками - 9 (23,1%), їх співвідношення склало 3,3:1 і свідчило про більшу схильність жіночої статі до розвитку депресивних порушень, і, відповідно, до більш тяжкого перебігу СР.

Загальний рівень депресивної симптоматики, хоча і не достовірно, за даними Т-показника опитувальника у

Рис. 2. Загальна структура депресії у дітей з СР з боку ШКТ за даними опитувальника CDI.

Рис. 3. Загальна структура тривоги у дітей з СР з боку ШКТ за даними опитувальника Спілберґера.

дівчат був вищим ($68,6 \pm 11,2$ балів), порівняно з хлопчиками ($62,1 \pm 7,3$ балів), що також свідчить про більшу вираженість депресивних розладів в осіб жіночої статі.

У дітей з СР з боку ШКТ, депресивна симптоматика за даними шкали CDI характеризувалась переважанням зниженого настрою - в 6 (15,4%) дітей, ангедонією - в 19 (48,7%) дітей та присутністю обох симптомів - у 14 (35,9%) дітей. Також у дітей з СР з боку ШКТ клінічна картина депресії значною мірою доповнювалась такими проявами, як високим рівнем астенії, наявністю відчуття самотності.

Тривожність - індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в самих різних життєвих ситуаціях. Виділяють два види тривожності - ситуативна, або реактивна, і особистісна. Реактивна тривожність - показник інтенсивності переживань, яка виникає по відношенню до типових подій. Особистісна тривожність - це стійкий стан. Вона характеризує схильність людини сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги [5].

За даними опитувальника, серед 123 дітей у 19 (15,4%) випадках констатували відсутність особистісних тривожних порушень та у 104 (84,6%) дітей клінічно виражену особистісну тривогу. Помірну тривогу виявлено у 63 (51,2%) дітей і тяжку тривогу - у 41 (33,4%) дітей (рис. 3).

Таким чином, слід відзначити, що у всіх хворих на СР відмічаються значні тривожні порушення, які можуть бути фактором схильності до розвитку СР, так і ключовою причиною їх виникнення.

Середній бал особистісної тривоги у всіх дітей з тривожними порушеннями, за даними опитувальника, становив $23,0 \pm 4,6$ балів, що свідчило про середній фон вираженості тривожних порушень у дітей з СР, що є досить суттєвим і потребує відповідної уваги, оскільки саме вони складають найбільший ризик по розвитку в майбутньому СР та інших патологій тривожного спектру.

У 37 (35,6%) дітей з вираженими тривожними порушеннями виявляли поєднання особистісної тривоги з депресією у вигляді змішаних тривожно-депресивних станів.

Серед хворих на особистісні тривожні порушення відмічалось значне переважання дівчаток - 70 (67,3%), над хлопчиками - 34 (32,7%), їх співвідношення становило 2:1.

Отримані нами дані також свідчать про більшу схильність жіночої статі до розвитку тривожних порушень, а відповідно і до розвитку СР.

Для дослідження СР з боку СВС, в обстеження було включено 52 (17,6%) дитини з поєднаною патологією (нейрогенний сечовий міхур і вторинний пієлонефрит). У таблиці 4 показано вікову та гендерну структуру дітей з СР зі сторони СВС.

Серед обстежених переважали діти молодшого підліткового віку - 36 (69,2%), з них з статистичною достовірністю частіше зустрічались дівчата: 61,5% і 38,5%, відповідно. Сільських дітей було 31 (59,6 %), міських - 21 (40,4 %).

Для гіперрефлекторного сечового міхура характерне зменшення його ємкості. При гіперрефлекторному адаптованому сечовому міхуру порушення уродинаміки мають дисфункціонально-необструктивний характер і характеризуються скороченням фази наповнення та спорожнення сечового міхура зразу ж після появи позиву. Гіпоректорний сечовий міхур із слабкістю сфінктера сечівника характеризується нетриманням сечі під час напруження (кашлю, сміху, при стрибках) [9].

За даними ряду дослідників в 57% випадків у дітей із гіперактивним сечовим міхуром має місце ваготонія зі зменшенням впливу симпатичного відділу вегетативної нервової системи й підвищенням тону вагуса, у 37% - ваготонія зі зменшенням впливу симпатичного відділу вегетативної нервової системи при нормальній активності вагуса, у 6% - вегетативна рівновага з незначним зниженням тону симпатичного відділу при нормаль-

Таблиця 4. Розподіл дітей з СР зі сторони СВС за віком, статтю і місцем проживання.

Клінічні симптоми ФД	Хлопчики, n=20				Дівчата, n=32				Всього	
	село		місто		село		місто			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10-14	8	15,4 ^	5	9,6	13	25,0^†	10	19,2†	36	69,2
15-18	4	7,7	3	5,8	6	11,5^	3	5,7	16	30,8*
Всього	12	23,1^	8	15,4	19	36,5^†	13	25,0†	52	100,0

Примітки: * - вірогідна різниця між показниками дітей різних вікових груп, $p < 0,01$; † - вірогідна різниця у порівнянні з показниками дівчаток і хлопчиків, $p < 0,05$; ^ - вірогідна різниця у порівнянні з показниками дітей тієї ж статі, які проживали в місті, $p < 0,05$.

Таблиця 5. Структура нейрогенних розладів сечового міхура у дітей підліткового віку в поєднанні з пієлонефритом.

Нейрогенні розлади сечового міхура	Хлопчики, n=20		Дівчата, n=32		Всього, n=52	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гіперрефлекторна форма	7	13,5	11	21,2†	18	34,6*
Гіпорефлекторна форма	10	19,2	4	7,7†	14	26,9
Енурез	7	13,5	13	25,0†	20	38,5*

Примітка: * - вірогідна різниця у порівнянні з показниками дітей із гіпорефлекторною формою, $p < 0,05$; † - вірогідна різниця у порівнянні з показниками хлопчиків, $p < 0,05$.

Рис. 4. Загальна структура депресії у дітей з CP з боку CBC за даними опитувальника CDI. **Рис. 5.** Загальна структура особистісної тривоги у дітей з CP з боку CBC за даними опитувальника Спілбергера.

ному тонусі блукаючого нерва [2, 8].

Гіперрефлекторну форму сечового міхура виявлено у 18 дітей (34,6%), гіпорефлекторну - у 14 дітей (26,9%). Енурез мав місце у 20 (38,5%) обстежених нами дітей, що відображено в таблиці 5.

Дані таблиці свідчать, що гіперрефлекторна форма переважала у дівчаток (співвідношення 1,6:1), гіпорефлекторна - у хлопчиків (співвідношення 2,5:1), енурез зустрічався у 13 дівчаток (65,0%) та у 7 хлопчиків (25,0%), що становить 2,6:1.

Серед обстежених дітей даної групи переважали ваготоніки - 31 (59,6%), що перекликається з даними літератури [2, 8].

У загальному, при дослідженні всієї когорти дітей ($n=52$) з CP з боку CBC на наявність депресивних порушень у 20 (38,4%) дітей була діагностована депресія. Загальний бал Т-показника у цієї категорії дітей скла-

дав $62,9 \pm 5,6$ балів, що в загальному відповідало депресивним порушенням середньої тяжкості.

Також, за даними опитувальника, серед 20 дітей з наявною депресією у 16 (80,0%) можна було констатувати наявність легких депресивних порушень, депресію середньої тяжкості виявлено у 3 (15,0%) дітей і тяжку депресію - у 1 (5,0%) дитини.

На рисунку 4 показана загальна структура депресивних порушень у дітей з CP з боку CBC.

Серед хворих на CP з боку CBC та депресією відмічалося значне переважання дівчаток - 16 (80,0%) над хлопчиками - 4 (20,0%), їх співвідношення склало 4:1 і свідчило про більшу схильність жіночої статі до розвитку депресивних порушень, а відповідно і до більш тяжкого перебігу CP.

Загальний рівень депресивної симптоматики, хоча і не достовірно, за даними Т-показника опитувальника у дівчат був вищим ($63,7 \pm 6,0$ балів), порівняно з хлопчиками ($59,5 \pm 1,3$ балів), що також свідчить про більшу вираженість депресивних розладів в осіб жіночої статі.

У дітей з CP з боку CBC депресивна симптоматика за даними шкали CDI характеризувалась переважанням зниженого настрою в 2 (10,0%) дітей, ангедонією в 11 (55,0%) дітей та присутністю обох симптомів у 7 (35,0%) дітей.

За даними опитувальника Спілбергера, серед 52 дітей у 6 (11,5%) випадках констатували відсутність особистісних тривожних порушень та у 45 (88,5%) дітей клінічно виражену особистісну тривогу. Помірну особистісну тривогу виявлено у 32 (71,1%) дітей і тяжку особистісну тривогу - у 13 (28,9%) дітей (рис. 5).

Середній бал особистісної тривоги у всіх дітей з тривожними порушеннями, за даними опитувальника, склав $21,4 \pm 2,7$ балів, що свідчило про середній фон вираженості тривожних порушень у дітей з CP. У 19 (42,2%) дітей з вираженими тривожними порушеннями, виявлялось поєднання особистісної тривоги з депресією у вигляді змішаних тривожно-депресивних станів.

Серед хворих на особистісні тривожні порушення відмічалось значне переважання дівчаток - 30 (66,6%), над хлопчиками - 16 (33,4%), їх співвідношення склало 1,8:1.

Отримані нами дані також свідчать про більшу схильність жіночої статі до розвитку тривожних порушень, а відповідно і до розвитку CP.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отже, на синдром подразненого кишківника в 1,7 разів частіше хворіють діти старшого юнацького віку з незначним переважанням осіб жіночої статі. Синдром подразненого кишківника з закрепом зустрічався в 3,8 рази частіше, ніж діарейний тип. Діарейний тип синдрому подразненого кишківника у 5,1 разів частіше зустрічався у хлопців, у порівнянні з особами жіночої статі. Функціональна диспепсія частіше зустрічалась у дівчат

- у 2,7 рази з переважанням у дітей віком 10-14 років.

2. Серед обстежених з проявами соматоформних розладів з боку сечовидільної системи переважали діти молодшого підліткового віку - 69,2%, з них з достовірністю частіше зустрічались дівчата: 61,5% і 38,5%, відповідно. Гіперрефлекторна форма нейрогенного сечового міхура переважала у дівчаток (співвідношення 1,6:1), гіпорефлекторна - у хлопчиків (співвідношення 2,5:1), енурез частіше зустрічався у дівчаток, ніж у хлопчиків (співвідношення 2,6:1).

3. Серед тригерних факторів в осіб з соматоформними розладами зі сторони сечовидільної системи перше рангове місце займав стрес (32,5%), друге - розумова перевтома (26,5%). При соматоформних розладах з боку шлунково-кишкового тракту перенесений стрес і страх мали місце в анамнезі майже у 3/4 дітей (70,7%), на другому місці - розумова перевтома (39,0%) та хронічні хвороби (30,1%).

4. Депресивні порушення, які виявлялись у 31,7% хворих на соматоформні розлади з боку шлунково-кишкового тракту та в 38,4% - з боку сечовидільної системи, а також тривожні розлади, які виявлялись у 84,6% хворих на соматоформні розлади з боку шлунково-кишкового тракту та в 88,5% - з боку сечовидільної системи, можуть бути одними з ключових факторів виникнення соматоформних розладів у дітей і проявлятися різноманітними соматичними масками у вигляді функціональних розладів органів і систем, ускладнюючи діагностику, перебіг захворювання і ефективність лікування.

5. У дітей, хворих на соматоформні розлади як з боку шлунково-кишкового тракту, так і з боку сечовидільної системи відмічалось значне переважання наявності

тривожних (2:1 і 1,8:1 відповідно) і депресивних (3,3:1 і 4:1 відповідно) порушень у осіб жіночої статі. Відповідно можна вважати жіночу стать одним з основних факторів ризику розвитку соматоформних розладів і емоційних порушень у дітей.

6. У 23,1% дітей, хворих на соматоформні розлади з боку шлунково-кишкового тракту і в 5% дітей - з боку сечовидільної системи визначалась тяжка депресія. Виявлення таких дітей має важливе соціальне значення, оскільки вони складають найбільший ризик по розвитку суїцидальної поведінки і потребують особливої уваги та лікування.

7. Найбільш частим проявом депресії у хворих на соматоформні розлади з боку шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи виявлялась ангедонія (48,7% та 55,0% відповідно). На другому місці було поєднання ангедонії зі зниженим настроєм (35,9% та 35,0% відповідно). Менш часто ключовим симптомом депресії визначався знижений настрій (15,4% та 10,0% відповідно). При цьому, в більшості дітей ключовими скаргами виступають соматичні прояви, які можуть приховувати тривалі емоційні порушення, формуючи різноманітні маски депресії, знижуючи ефективність їх лікування.

Соматоформні розлади можуть маскувати прояви депресивного епізоду та тривожних порушень і бути їх ключовим симптомом, відсуваючи на другий план афективний компонент. Не виключено, що депресивні порушення можуть бути асоційовані або коморбідні з соматоформними розладами і ускладнювати його перебіг, що потребує подальших досліджень та вдосконалення клінічної та лабораторної діагностики цих порушень.

Список посилань

1. Бельмер, С. В., Аюрян, А. Н., Ардатская, М. Д., Щиголева, Н. Е., & Калинин, В. А. (2014). Особенности кишечной моторики и кишечной микрофлоры у детей с синдромом раздраженного кишечника с запором. *Вопросы детской диетологии*, 12 (5), 19-27. Взято с <https://www.rucont.ru/efd/611596>.
2. Буднік, Т. В. (2019). Важливість корекції вегетативної дисфункції у дітей із розладами сечовипускання, або як підвищити ефективність терапії гіперактивного сечового міхура. *Здоров'я ребенка*, 14 (1), 2-7. doi: 10.22141/2224-0551.14.1.2019.157875.
3. Григоренко, А. П. (2009). Особенности диагностики вегетативной дисфункции у школьников и студентов младших курсов. *Научные ведомости Белгород. гос. ун-та. Сер. Медицина. Фармация*, 12 (67), 31-36. Взято с <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-dagnostiki-vegetativnoy-disfunktsii-u-shkolnikov-i-studentov-mladshih-kursov/viewer>.
4. Звягінцева, Т. Д., & Гріднева С. В. (2016). Синдром раздраженного кишечника: сучасні аспекти патогенезу і тактика лікування. *Сучасна гастроентерологія*, 5 (91), 88-94. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2016_5_14.
5. Исакова, У. Б., Абишева, З. С., Журинова, М. С., & Жетписбаева, Г. Д., Исмагулова Т. М. (2016). Ситуативная тревожность и психо-эмоциональное состояние студентов во время рубежного контроля. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 11 (5), 900-902. Взято с <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10555>.
6. Майданник, В. Г. (2016). Римські критерії IV (2016): що нового? *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*, 10 (1), 8-18. Взято з <http://ijpog.org/downloads/24/8-18.pdf>.
7. Майданник, В. Г., Мітюряева-Корнійко, І. О., Кухта, Н. М., & Гнилюсценко, Г. В. (2017). *Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність*. Київ: Логос.
8. Морозов, С. Л. (2013). Современные представления о нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 4, 24-29.
9. Мостова, О. П. (2017). Алгоритми виявлення і організації допомоги при розладах психіки і поведінки у дітей. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*, 11 (3), 44.
10. Павловский Л. Л. (2017). Римские критерии IV: особенности диагностики, клиники и лечения синдрома раздраженного кишечника. *Медицина газета "Здоров'я України 21 сторіччя"*, 7 (404), 18-19.
11. Сірчак, Є. С. (2016). Функціональна диспепсія у призмі Римських критеріїв IV. *Медицина газета "Здоров'я України 21 сторіччя"*. Тематичний номер "Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія", 3 (41), 5-6.
12. Терещенко, С. Ю., Лаптева, Л. В., Горбачева, Н. Н., & Васильева, Л. В. (2014). Коморбидность рецидивирующих бо-

- лей в животе у подростков. *Российский журнал боли*, 1 (42), 94-95. Взято с <https://elibrary.ru/item.asp?id=23863087>.
13. Drossman, D. A., & Hasler, W. L. (2016). Rome IV - Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*, 150 (6), 1257-1261. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.035.
 14. Garcia-Martin, I. E., Miranda-Vicario, M., & Soutullo, C. A. (2012). Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 40 (3), 165-168. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22723136>.
 15. Heimann, P., Herpertz-Dahlmann, B., Buning, J., Wagner, N., Stollbrink-Peschgens, C., Dempfle, A., & von Polier, G. G. (2018). Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 34. doi: 10.1186/s13034-018-0239-y.
 16. Silber, T. J. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatr. Rev.*, 32 (2), 56-64. doi: 10.1542/pir.32-2-56.
- ### References
1. Bel'mer, S. V., Akopyan, A. N., Ardatskaya, M. D., Shhigoleva, N. E., & Kalinczeva, V. A. (2014). Osobennosti kishechnoj motoriki i kishechnoj mikroflory u detej s sindromom razdrazhennogo kishechnika s zaporom [Features of intestinal motility and intestinal microflora in children with irritable bowel syndrome with constipation]. *Voprosy detskoj dietologii - Child Nutrition Issues*, 12 (5), 19-27. Vzyato s <https://www.rucont.ru/efd/611596>.
 2. Budnik, T. V. (2019). Vazhlyvist korektsii vehetativnoi dysfunktsii u ditei iz rozladamy sechovypuskannia, abo yak pidvyshchyty efektyvnist terapii hiperaktyvnogo sechovoho mikhura [The importance of correction of autonomic dysfunction in children with urinary disorders or How to improve the efficacy of neurogenic bladder therapy]. *Zdorov'e rebenka - Child's health*, 14 (1), 2-7. doi: 10.22141/2224-0551.14.1.2019.157875.
 3. Grigorenko, A. P. (2009). Osobennosti diagnostiki vegetativnoj disfunktsii u shkol'nikov i studentov mladshikh kursov [Features of vegetative dysfunction diagnostics in schoolchildren and first-years students]. *Nauchnye vedomosti Belgorod. gos. un-ta. Ser. Medicina. Farmaciya - Scientific reports Belgorod. state un-ty. Ser. Medicine. Pharmacy*, 12 (67), 31-36. Vzyato s <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-vegetativnoy-disfunktsii-u-shkolnikov-i-studentov-mladshih-kursov/viewer>.
 4. Zviahintseva, T. D., & Hridnieva, S. V. (2016). Syndrom podraznenoho kyshechnyka: suchasni aspekty patohenezu i taktyka likuvannia [Irritable bowel syndrome: current aspects of pathogenesis and treatment tactics]. *Suchasna gastroenterologia - Modern gastroenterology*, 5 (91), 88-94.
 5. Iskakova, U. B., Abisheva, Z. S., Zhurunova, M. S., Zhetpisbaeva, G. D., & Ismagulova, T. M. (2016). Situativnaya trevozhnost' i psiho-emocional'noe sostoyanie studentov vo vremya rubezhnogo kontrolya [Situational anxiety and psycho-emotional state of the students during the boundary control]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovaniy - International journal of applied and fundamental research*, 11 (5), 900-902. Vzyato s <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10555>.
 6. Maidannyk V. H. (2016). Rymyski kryterii IV (2016): shcho novoho? [Rome IV (2016) criteria: What is new?]. *Mizhnarodnyi zhurnal pediatrii, akusherstva ta hinekolohii - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 10 (1), 8-18. Vzyato z <http://ijpog.org/downloads/24/8-18.pdf>.
 7. Maidannyk, V. H., Mituriiaeva-Korniiko, I. O., Kukhta, N. M., & Hnyloskurenko, H. V. (2017). Vehetativni dysfunktsii u ditei. Paroksyzmalna vehetativna nedostatnist [Vegetative dysfunction in children. Paroxysmal vegetative insufficiency]. Kyiv: Lohos.
 8. Morozov, S. L. (2013). Sovremennyye predstavleniya o nejrogennoj disfunktsii mochevogo puzyrya [Current concepts of neurogenic bladder dysfunction]. *Ros. vestn. perinatol. i pediatrii. - Russian bulletin of perinatology and pediatry*, 4, 24-29.
 9. Mostova, O. P. (2017). Alhorytmy vyavleniia i orhanizatsii dopomohy pry rozladakh psykhyky i povedinky u ditei [Algorithms for identifying and organizing help in mental and behavioral disorders in children]. *Mizhnarodnyi zhurnal pediatrii, akusherstva i hinekolohii - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 11 (3), 44.
 10. Pavlovskiy, L. L. (2017). Rymyskye kryterii IV: osobennosti dyahnostyky, klynky y lecheniya syndroma razdrazhennoho kyshechnyka [Roman Criteria IV: Features of Diagnosis, Clinic, and Treatment of Irritable Bowel Syndrome]. *Medychna hazeta "Zdorovia Ukrainy 21 storichchia" - 21st Century Health Ukraine Health Newspaper*, 7 (404), 18-19.
 11. Sirchak, Ye. S. (2016). Funktsionalna dyspepsiia u pryzni Rymyskykh kryteriiv IV [Functional dyspepsia in the prism of Roman criteria IV]. *Medychna hazeta "Zdorovia Ukrainy 21 storichchia"*. Tematychnyi nomer "Hastroenterologia, hepatologia, koloproktologia" - "Health newspaper 21st Century Ukraine" Thematic Issue "Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology", 3 (41), 5-6.
 12. Tereshchenko, S. Yu., Lapteva, L. V., Gorbacheva, N. N., & Vasil'eva, L. V. (2014). Komorbidnost' recydiviruyushchikh bole v zhivote u podrostkov [Comorbidity of recurrent abdominal pain in adolescents]. *Rossiiskij zhurnal boli - Russian Journal of Pain*, 1 (42), 94-95. Vzyato s <https://elibrary.ru/item.asp?id=23863087>.
 13. Drossman, D. A., & Hasler, W. L. (2016). Rome IV - Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*, 150 (6), 1257-1261. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.035.
 14. Garcia-Martin, I. E., Miranda-Vicario, M., & Soutullo, C. A. (2012). Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 40 (3), 165-168. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22723136>.
 15. Heimann, P., Herpertz-Dahlmann, B., Buning, J., Wagner, N., Stollbrink-Peschgens, C., Dempfle, A., & von Polier, G. G. (2018). Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 34. doi: 10.1186/s13034-018-0239-y.
 16. Silber, T. J. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatr. Rev.*, 32 (2), 56-64. doi: 10.1542/pir.32-2-56.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВИДЕ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Лисиця Ю.Н., Булат Л.М., Пипа Л.В., Свистильник Р.В., Филык А.В.

Аннотация. Цель работы исследовать особенности клинических проявлений соматоформных расстройств (СР) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыделительной системы (МВС) и их связь с аффективными состояниями

у дітей. Обстежено 123 ребенка с СР со стороны ЖКТ и 52 с СР со стороны МВС. Средний возраст детей составлял $13,6 \pm 2,2$ лет ($M \pm ?$), из которых мальчиков было 33,2% ($n=58$) и девочек - 66,8% ($n=117$). Для исследования тревоги использовали тест Спилберга. Для диагностики депрессии использовали опросник детской депрессии М. Kovacs (1992). Вероятность оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Первое место у подростков занимает функциональная диспепсия (ФД) - 60,1%, второе место - синдром раздраженного кишечника (СРК) (20,3%), реже встречались функциональная диарея в 3,25% и функциональный запор в 16,2%. СРК в 1,7 раз больше болеют дети старшего юношеского возраста. СРК с запором встречался в 3,8 раза чаще, чем диарейный тип. Диарейный тип СРК в 5,1 раз чаще встречался у мальчиков, чем у девочек. Функциональная диспепсия (ФД) чаще встречалась у девушек - в 2,7 раза с преобладанием в возрасте 10-14 лет. В 31,7% детей с СР со стороны ЖКТ выявлено депрессию и в 84,6% детей выявлено клинически выраженную тревогу. Среди детей с СР со стороны МВС преобладали дети младшего подросткового возраста - 69,2%. Гиперрефлекторную форму мочевого пузыря выявлено в 34,6%, гипорефлекторную - в 26,9% детей. Энурез имел место в 38,5% детей. У больных СР со стороны МВС в 38,4% детей была диагностирована депрессия и в 88,5% выраженная тревога. Депрессивные нарушения, а также тревожные расстройства могут быть одними из ключевых факторов возникновения СР у детей и проявляться различными соматическими масками в виде функциональных расстройств органов и систем, усложняя диагностику, течение заболевания и эффективность лечения. У детей на СР как со стороны ЖКТ, так и со стороны МВС отмечалось значительное преобладание наличия тревожных (2:1 и 1,8:1 соответственно) и депрессивных (3,3:1 и 4:1 соответственно) нарушений у лиц женского пола. Соответственно можно считать женский пол одним из основных факторов риска развития СР и эмоциональных нарушений у детей.

Ключевые слова: соматоформное расстройство, депрессия, тревога, дети.

CLINICAL MASKS OF SOMATO-FORMS DISORDERS IN VIEW OF DISORDERS FROM THE GASTROINTESTINAL TRACT AND URINARY SYSTEMS ASSOCIATED WITH AFFECTIVE STATES IN CHILDREN

Lysytsia Yu.N., Bulat L.M., Pypa L.V., Svistilnik R.V., Filik A.V.

Annotation. The aim of this study is to investigate the features of clinical manifestations of somatoform disorders (SD) from the side of gastrointestinal tract (GIT) and urinary system (US) and their relationship with affective conditions in children. We examined 123 children with SD from the side of gastrointestinal tract and 52 children with SD from the side of the urinary system. The average age of children was 13.6 ± 2.2 years ($M \pm ?$), of which boys were 33.2% ($n=58$) and girls were 66.8% ($n=117$). It was used the Spielberger test to investigate anxiety. The Child Depression Questionnaire M. Kovacs (1992) was used to diagnose depression. The probability was evaluated using the Student's t-test. Functional dyspepsia (FD) occupies the first place with 60.1%, irritable bowel syndrome (IBS) with second place (20.3%), functional diarrhea in 3.25% and functional constipation in 16.2%. Elderly children are 1.7 times more likely to suffer from IBS. IBS with constipation was found 3.8 times more frequent than diarrheal type. The diarrheal type of IBS is 5.1 times more common in boys than in girls. FD was more common in girls - 2.7 times with prevalence in children aged 10-14 years. In 31.7% of children with SD from the part of the gastrointestinal tract was found depression and in 84.6% of children there is clinically expressed anxiety. Among the children with SD, the number of young adolescents was 69.2%. The hyperreflexive form of the bladder was found in 34.6%, the hyperreflex - in 26.9% of children. Enuresis occurred in 38.5% of children. 38.4% of children were diagnosed with depression and 88.5% expressed anxiety in patients with US. Depressive disorders as well as anxiety disorders can be one of the key factors in the occurrence of SD in children and manifest themselves in a variety of somatic masks in the form of functional disorders of organs and systems complicating the diagnosis, disease course and effectiveness of treatment. There was significant prevalence of anxiety (2:1 and 1.8:1, respectively) and depressive (3.3:1 and 4:1, respectively) disorders in women on both the GIT and US. Accordingly, female gender can be considered one of the main risk factors for the development of SD and emotional disorders in children.

Keywords: somatoform disorder, depression, anxiety, children.