

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ



Автори: Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Іванова К.О., Дмитрякова Г.М., Запорізький державний медичний університет

Рубрики: [Педиатрія/Неонатологія](#)

Разделы: [Клинические исследования](#)

Версия для печати

Резюме

У статті наведені дані дослідження психоемоційного стану 115 дітей та підлітків 10–17 років із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Установлено, що для більшості дітей із ГЕРХ характерне насамперед підвищення особистісної тривожності, яка превалює над високим рівнем реактивної тривожності. До того ж високий рівень тривожності корелював із низьким рівнем самопочуття та настрою. Індивідуальний невротичний профіль дітей з ендоскопічною наявністю езофагіту відрізнявся наявністю високого ризику розвитку таких симптомкомплексів, як депресія, астения та тривога. Установлені особливості психоемоційного стану дітей із ГЕРХ слід враховувати при розробці лікувальних заходів.

The article deals with the data obtained from the assessment of the psycho-emotional state of 115 children and adolescents aged 10–17 years with gastroesophageal reflux disease (GERD). It is determined that for most children with GERD the increasing trait anxiety is common, it prevails over high level of state anxiety. Furthermore, high anxiety level correlates with low level of well-being and mood. Individual neurotic profile of children with esophagitis was characterized by a high risk of such symptom complexes as depression, asthenia and anxiety. Ascertained features of psycho-emotional state of children with GERD should be considered in development of treatment and preventive measures.

В статье отображены данные исследования психоэмоционального состояния 115 детей и подростков в возрасте 10–17 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Установлено, что для большинства детей с ГЭРБ характерно в первую очередь повышение личностной тревожности, которая превалирует над высоким уровнем реактивной тревожности. К тому же высокий уровень тревожности коррелировал с низким уровнем самочувствия и настроения. Индивидуальный невротический профиль детей с эзофагитом отличался наличием высокого риска развития таких симптомкомплексов, как депрессия, астения и тревога. Выявленные особенности психоэмоционального состояния детей с ГЭРБ необходимо учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова

Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, діти, підлітки, психоемоційний стан.

gastroesophageal reflux disease, children, adolescents, psycho-emotional state.

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дети, подростки, психоэмоциональное состояние.

ВСТУП

Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — одна з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної гастроентерології. Зростаюча актуальність проблеми ГЕРХ пов'язана зі збільшенням кількості

хворих із цією патологією в усьому світі. ГЕРХ є багатофакторним захворюванням. У дітей до розвитку ГЕРХ можуть призвести дисфункція вегетативної нервової системи, швидкий ріст, слабкість сполучнотканинних структур організму [2, 4, 8]. Має значення лабільність центральної та вегетативної нервової системи, незбалансовані гормональні співвідношення. У підлітків особливу роль відводять соціальному оточенню, у якому формуються нейроендокринна система та такі поведінкові особливості, як недотримання режиму харчування, небажання приймати медикаменти, вживання алкогольних напоїв, паління. Деякі автори вказують на роль психосоматичних порушень у механізмах формування ГЕРХ та виникнення ускладнень захворювання, що сприяє його затяжному перебігу та хронізації процесу [1, 6]. Психосоматичний генез гастроентерологічних захворювань має місце в 40–50 % випадків. Психологічні (значною мірою психогенні) фактори можуть впливати на виникнення та подальший перебіг захворювання. Тобто в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційні переживання, що супроводжується функціональними змінами та порушеннями в органах, зокрема шлунково-кишкового тракту (ШКТ). А відповідна схильність може впливати на вибір ураженого органа або системи. Психоемоційний стан може обумовлювати особливості розвитку клінічної нозології та бути підґрунтям тих особливостей, що формують клінічну картину. Діти, які мають інтенсивні психоемоційні навантаження, частіше скаржаться на виникнення відрижки та печії, у них частіше визначають гастроєзофагеальний рефлюкс [7]. Такі особливості сприяють виникненню в першу чергу функціональних порушень, на підставі яких у 5–10 % підлітків у подальшому формується органічна патологія, часто з хронізацією та інвалідизацією хворих. Це слід враховувати при підборі терапевтичних заходів у дітей із патологією шлунково-кишкового тракту, зокрема ГЕРХ.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей психоемоційного стану дітей та підлітків із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою залежно від її форми (наявність або відсутність ендоскопічних ознак езофагіту).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилися 126 дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту віком від 10 до 17 років (середній вік — $14,82 \pm 1,92$ року). Тривалість захворювання — від 1 до 7 років. Діагноз встановлювався на підставі скарг, анамнезу захворювання, даних клініко-лабораторних, біохімічних, інструментальних досліджень (фіброєзофагогастроуденоскопія, рН-метрія в шлунку, добова рН-метрія стравоходу).

Зі змінами соматичного стану хворих найбільшою мірою пов'язані суб'єктивна оцінка самопочуття та настрою, психологічні характеристики тривожності і наявність граничних нервово-психічних і психосоматичних розладів. Тому для оцінки психоемоційного стану дітей використовували самооцінку самопочуття, активності та настрою (тест САН), дослідження ситуативної й особистісної тривожності (test Ch.D. Spielberger's), дитячий опитувальник неврозів ДОН (авторська методика В.В. Седнева, 1992) за шістьма шкалами: депресія, астенія, порушення поведінки, вегетативні розлади, порушення сну, тривога.

Психометричний тест САН призначали для оперативної самооцінки самопочуття, активності та настрою дітей із хворобами ШКТ. Характеристики тесту САН дозволяють аналізувати суб'єктивне відчуття фізіологічного стану організму — здоров'я, стомлення (самопочуття), енергетичний потенціал життєдіяльності (активність), характеристики емоційного стану (настрій). Під час тестування хворі оцінювали ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики свого стану за допомогою таблиці, що містить 30 полярних ознак, вибираючи в кожній парі ту характеристику, яка найбільш точно відображає стан у даний момент і відповідає ступеню вираженості даної характеристики. За наведеними балами розраховувалося середнє арифметичне за кожною зі шкал активності, самопочуття й настрою. При аналізі результатів тесту зниженими вважали показники самопочуття менші за 5,4 бала, показники активності менші за 5,0 бала, та показники настрою нижчі за 5,1 бала. До того ж враховували не тільки значення показників, але і їх співвідношення [5].

Визначення рівня тривожності в дітей із патологією шлунково-кишкового тракту особливо важливе, тому що підвищена тривожність у багатьох випадках потенціє погіршення стану дитини. Певний рівень тривожності — обов'язкова особливість активної діяльності людини. Особистісна тривожність (ОТ) є індивідуальною характеристикою дитини, відображає схильність до тривоги та передбачає приймання різних ситуацій як загрозливих, викликаючи за певних умов (тривалість, інтенсивність впливу фактора) розвиток реакції дезадаптації. Реактивна тривожність (РТ) характеризується емоціями, що переживаються суб'єктивно

(напруження, неспокій, нервозність), та визначає особливості ситуативного плану й може бути реакцією на дослідника, оточуючі фактори та бути пов'язаною з перебігом захворювання. РТ виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, біль, може бути різною за інтенсивністю та динамічністю в часі. Методика, запропонована Ч.Д. Спілбергером (російською мовою адаптована Ю.Л. Ханіним) дозволила виміряти тривожність балами: до 30 балів — низький, 31–44 бали — помірний, 45 балів та більше — високий рівень тривожності [3, 5].

За результатами дитячого опитувальника неврозів ДОН (авторська методика В.В. Седнева, 1992) склався індивідуальний невротичний профіль дитини та оцінювався не тільки факт існування симптомокомплексів депресії, астенії, порушень поведінки, вегетативних порушень, порушень сну та тривоги, а також їх кількісний рівень: результат до 12 балів свідчив про низький рівень ризику наявності клінічного симптомокомплексу; від 12 до 15 балів — середній рівень ризику наявності клінічного симптомокомплексу; 16–20 балів відповідали високому рівню ризику наявності симптомокомплексу. Обов'язково оцінювалася вірогідність отриманих даних з урахуванням шкали вірогідності відповідей (шкала брехні), що давало можливість з'ясування симуляції та агравації пацієнтом невротичних порушень. 3 бали за шкалою брехні виключали пацієнта з дослідження, 2 бали потребували співставлення результатів з іншими опитувальниками [7].

Заповнення опитувальників проводили в періоді загострення хвороби, коли діти потрапляли до стаціонару (у перші 2–3 дні госпіталізації, на етапі обстеження пацієнтів). Клінічні опитувальники пропонували дитині для самостійного заповнювання, в індивідуальному порядку пояснювали інструкції роботи з ними.

За результатами психологічного тестування з дослідження виключені хворі (11 дітей) із позитивним тестом (3 та 2 бали) за шкалою брехні опитувальника неврозів ДОН. Таким чином, до дослідження залучені 115 дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Для аналізу отриманих даних пацієнти були розподілені згідно з діагнозом: група спостереження — 71 дитина (із них — 31 дитина з ГЕРХ з ендоскопічно визначеним езофагітом (1-ша група) та 40 дітей з ендоскопічно негативною формою ГЕРХ (2-га група)). Група порівняння (3-тя група) — 44 дитини з хронічним гастродуоденітом без ураження стравоходу (табл. 1). Група спостереження та група порівняння були однорідними за віком та статтю.

Таблиця 1. Розподіл дітей за віком та статтю

Групи хворих		Дівчатка			Хлопчики		
		Усього	10–14 років	15–17 років	Усього	10–14 років	15–17 років
Спостереження	1-ша (n = 31)	15	5	10	16	6	10
	2-га (n = 40)	23	10	13	17	6	11
Порівняння	3-тя (n = 44)	25	11	14	19	7	12

Основними скаргами дітей при потрапленні до стаціонару були болі в животі, що спостерігалися в усіх (100 %) хворих. Відмінностями у скаргах дітей із ГЕРХ були наявність печії в більшості хворих (74,0 % дітей з езофагітом та 85,0 % дітей з ендоскопічно негативною формою ГЕРХ). У 40,0 % дітей із ГЕРХ відзначалася відрижка, що спостерігалася у 3 рази частіше, ніж у дітей групи порівняння. Частота проявів печії коливалася від періодично виникаючої до печії, що турбувала хворих щодня. Серед неспецифічних скарг у дітей групи спостереження та групи порівняння відзначали слабкість, утому, головний біль та періодичні болі в ділянці серця (у 62,0 та 56,0 % дітей відповідно).

Для статистичної обробки використовували програму Statistica 2006. Оцінювання показників проводили описовим методом (медіана (Me), границі квартильних відрізків [25–75 %]); порівняння груп виконували непараметричними методами за критерієм Манна — Уїтні (U-test) та двостороннім критерієм Фішера для порівняння малих вибірок (FTP), вірогідність вважали статистично наявною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з тестом САН (табл. 2) низька самооцінка самопочуття, активності та настрою встановлені майже в усіх хворих дітей груп спостереження, причому наявність езофагіту статистично вірогідно частіше (FTP 1-ї — 2-ї групи $p = 0,03$) погіршувало самооцінку настрою хворих 1-ї групи (74,2 %) порівняно з дітьми 2-ї групи (47,5 %). У дітей групи порівняння негативне самопочуття та знижена активність реєструвалися менше, ніж у

половини хворих — статистично вірогідно рідше, ніж у хворих із ГЕРХ (FTR (1-ша — 3-тя групи) $p < 0,001$, FTR (2-га — 3-тя групи) $p = 0,004$), а знижений настрій — тільки у 22,7 % дітей (FTR (1-ша — 3-тя групи) $p < 0,001$, FTR (2-га — 3-тя групи) $p = 0,02$).

Таблиця 2. Кількість дітей зі зниженим рівнем показників самопочуття, активності та настрою (згідно з тестом САН)

Групи дітей		Критерії	Самопочуття (%)	Активність (%)	Настрій (%)
1-ша	Усього, n = 31		90,3*	80,6*	74,2*. **
	Дівчатка, n = 15		100,0	86,7	100,0***
	Хлопчики, n = 16		81,3	75,0	50,0
2-га	Усього, n = 40		85,0*	87,5*	47,5*
	Дівчатка, n = 24		91,3	91,3	60,9
	Хлопчики, n = 17		76,5	82,4	35,3
3-тя (порівняння)	Усього, n = 44		40,9	47,7	22,7
	Дівчатка, n = 25		52,0	48,0	40,0***
	Хлопчики, n = 19		26,3	47,4	0

Примітки: вірогідність різниці $p < 0,05$: * — порівняно з 3-ю групою; ** — порівняно з 2-ю групою; *** — між дівчатками та хлопчиками у групах.

Гендерні відмінності стосувалися характеристики емоційного стану — настрою, зниження якого визначили в дівчаток як груп спостереження, так і групи порівняння, але всі дівчатка (100 %) з ендоскопічними змінами у стравоході (1-ша група) фіксували це порушення емоційного стану, а в дівчаток з ендоскопічно негативною формою ГЕРХ зниження настрою реєстрували в 1,5 раза рідше (FTR (1-ша — 2-га групи) $p = 0,03$, FTR (1-ша — 3-тя групи) $p = 0,001$).

За аналізом кількісної характеристики психометричного тесту САН (табл. 3) було встановлено, що в дітей із ГЕРХ статистично вірогідно ($p < 0,001$) відзначаються більш низькі показники самопочуття, активності та настрою на відміну від групи порівняння. Серед хворих із ГЕРХ (1-ша та 2-га групи) встановлені статистично вірогідні відмінності лише за показниками настрою ($Z = -2,11$; $p = 0,03$). Серед дітей із ГЕРХ та езофагітом (хворі 1-ї групи) суб'єктивне відчуття фізіологічного стану організму — показники самопочуття та настрою — були більш низькими в дівчаток, ніж у хлопчиків (відповідно $Z = -3,88$; $p < 0,001$ та $Z = -2,41$, $p = 0,02$).

Таблиця 3. Бальна оцінка самопочуття, активності та настрою в групах обстежених дітей

Групи дітей		Загальний бал	Показники (Me [25–75 %])		
			Самопочуття	Активність	Настрій
1-ша	Загальний бал, n = 31		3,9 [3,3–4,3]*	3,8 [3,5–4,6]*	4,5 [3,5–4,9]*. **
	Дівчатка, n = 15		3,3 [3,1–3,7]***	3,7 [3,0–4,1]	4,2 [3,2–4,8]
	Хлопчики, n = 16		4,2 [3,7–4,7]	4,1 [4,5–5,5]	4,8 [4,5–5,5]
2-га	Загальний бал, n = 40		4,0 [3,5–4,5]*	4,2 [3,8–4,6]*	5,2 [4,1–5,6]*
	Дівчатка, n = 23		3,9 [3,5–4,8]	4,2 [3,8–4,7]	4,9 [4,1–5,6]
	Хлопчики, n = 17		4,1 [3,5–5,1]	4,2 [3,8–4,8]	5,4 [4,2–5,9]
Група порівняння	Загальний бал, n = 44		5,1 [4,2–5,8]	4,9 [4,5–5,5]	5,6 [4,7–6,0]
	Дівчатка, n = 24		4,5 [3,7–5,7]	4,8 [4,4–5,6]	5,1 [4,2–5,9]
	Хлопчики, n = 19		5,6 [4,5–6,6]	4,9 [4,8–5,3]	5,6 [5,4–6,2]

Примітки: вірогідність різниці $p < 0,05$: * — порівняно з 3-ю групою, ** — порівняно з 2-ю групою, *** — між дівчатками та хлопчиками у групах.

При визначенні рівня тривожності в дітей були встановлені такі зміни (табл. 4): високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності реєстрували у 2 рази частіше в дітей із ГЕРХ (1-ша та 2-га групи), ніж у дітей групи порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця 4. Розподіл дітей із захворюваннями ШКТ за рівнем реактивної та особистісної тривожності

Рівень тривожності Групи дітей		Рівень реактивної тривожності			Рівень особистісної тривожності		
		Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
1-ша (%)	Усього, n = 31	0	54,8	45,2*	0	35,5	64,5*
	Дівчатка, n = 15	0	26,7	73,3*, **	0	13,3	86,7
	Хлопчики, n = 16	0	93,7	6,3	0	50,0	50,0
2-га (%)	Усього, n = 40	7,5	50,0	42,5*	0	37,5	62,5*
	Дівчатка, n = 23	0	53,3	46,7	0	60,0	40,0
	Хлопчики, n = 17	18,8	50,0	31,2	0	56,0	43,7
Група порівняння (%)	Усього, n = 44	20,5	56,8	22,7	11,4	61,4	27,2
	Дівчатка, n = 25	16,0	56,0	28,0	24,0	52,0	24,0
	Хлопчики, n = 19	21,0	58,0	21,0	0	89,5	10,5

Примітки: вірогідність різниці $p < 0,05$: * — порівняно з 3-ю групою; ** — порівняно з 2-ю групою.

Виявлені певні гендерні особливості стану тривожності в дітей із ГЕРХ: у хлопчиків із наявністю ендоскопічних змін у стравоході (1-ша група) спостерігали високий рівень ОТ частіше, ніж РТ (FTR $p = 0,02$). У дівчат 1-ї групи високий рівень ОТ реєструвався частіше, ніж у дівчат 2-ї групи — хворих на ГЕРХ без ендоскопічних змін у стравоході (FTR $p = 0,01$). У 73,3 % дівчат 1-ї групи спостерігали водночас високий рівень ОТ і РТ та превалювання значень ОТ над РТ у більшості з них, тоді як у дівчат, хворих на ГЕРХ без ендоскопічних змін у стравоході (2-га група), визначені зміни реєстрували лише в 34,8 % (FTR $p = 0,04$) з них.

Отже, діти з ГЕРХ мали високий рівень особистісної та формували високу реактивну тривожність, але саме в дівчат, хворих на ГЕРХ з ендоскопічною наявністю езофагіту, стан тривожності визначався як риса особистості. При таких співвідношеннях рівнів тривожності в характеристиці дівчат-підлітків із захворюваннями ШКТ показник тривожності розцінюється як один з основних чинників розвитку та прогресування хвороби. Саме стан тривожності, за даними літератури [6], негативно впливає на механізми регуляції моторної та секреторної функції ШКТ, на мікроциркуляцію та проліферацію слизової оболонки, що обумовлює особливості клінічного перебігу ГЕРХ при ендоскопічній наявності езофагіту.

Не виключається, що саме ці зміни відображають показники тесту САН. Аналіз співвідношення між показниками психометричного тесту САН та рівнем тривожності установив високий рівень негативного кореляційного зв'язку ($r = -0,73$; $p = 0,0001$), тобто високий рівень тривожності корелював із низьким рівнем самопочуття та активності хворих дітей, особливо дівчат.

Аналіз індивідуальних невротичних профілів дітей, складених за опитувальником неврозів ДОН (табл. 5), засвідчив статистично вірогідні відмінності між дітьми з ГЕРХ та групою порівняння ($p < 0,05$). До того ж були відзначені певні особливості в 1-й та 2-й групах. Наявність симптомокомплексів розладів порушень сну та вегетативного стану високого ризику була притаманна половині хворих із ГЕРХ (FTR (1-ша — 3-тя групи) $p < 0,05$, FTR (2-га — 3-тя групи) $p < 0,05$), при цьому у 2-й групі вірогідно частіше ці зміни зустрічались у дівчат, ніж у хлопчиків (FTR $p = 0,002$). Діти з езофагітом характеризувалися наявністю високого ризику розвитку симптомокомплексів граничних нервово-психічних розладів за шкалою депресії, астенії та тривоги (FTR (1-ша — 2-га групи) $p = 0,04$, FTR (1-ша — 3-тя групи) $p = 0,02$), а в дівчаток ці зміни превалювали над змінами у хлопчиків за шкалами астенії та тривоги (FTR $p = 0,007$). На відміну від дітей із ГЕРХ майже у 80 % дітей групи порівняння показники за шкалою депресії, астенії та тривоги знаходилися в зоні низького ризику формування симптомокомплексів та в половині хворих — за показниками вегетативних розладів та порушень сну.

Таблиця 5. Результати оцінювання шкал ДОН у групах обстежених дітей за гендерною ідентичністю

Показники	Групи	Рівень	1-ша (абс., %)			2-га (абс., %)			Група порівняння (абс., %)		
			Усього дітей, n = 31	Дівчатка, n = 15	Хлопчики, n = 16	Усього дітей, n = 40	Дівчатка, n = 23	Хлопчики, n = 17	Усього дітей, n = 44	Дівчатка, n = 25	Хлопчики, n = 19
Депресія		До 11	12 (38,7)	2 (13,4)	10 (62,5)	27 (67,5)	11 (47,8)	16 (94,1)	34 (77,3)	20 (80,0)	14 (73,7)
		12–15	12 (38,7)	8 (53,3)	4 (25,0)	11 (27,5)	10 (43,5)	1 (5,9)	8 (18,2)	3 (12,0)	5 (26,3)
		16–20	7 (22,6)*, **	5 (33,3)	2 (12,5)	2 (5,0)	2 (8,7)	0	2 (4,5)	2 (8,0)	0
Астенія		До 11	16 (51,6)	4 (26,7)	12 (75,0)	25 (62,5)	11 (47,8)	14 (82,4)	32 (72,7)	18 (72,0)	14 (73,7)
		12–15	9 (29,0)	5 (33,3)	4 (25,0)	13 (32,5)	10 (43,5)	3 (17,6)	11 (25,0)	6 (24,0)	5 (26,3)
		16–20	6 (19,4)*	6 (40,0)***	0	2 (5,0)	2 (8,7)	0	1 (2,3)	1 (4,0)	0
Порушення поведінки		До 11	15 (48,4)	7 (46,7)	8 (50,0)	16 (40,0)	11 (47,8)	5 (29,4)	28 (63,6)	15 (60,0)	13 (68,4)
		12–15	9 (29,0)	3 (20,0)	6 (37,5)	11 (27,5)	5 (21,7)	6 (35,3)	10 (22,7)	6 (24,0)	4 (21,1)
		16–20	7 (22,6)	5 (33,3)	2 (12,5)	13 (32,5)*	7 (30,4)	6 (35,3)	6 (13,7)	4 (16,0)	2 (10,5)
Вегетативні розлади		До 11	6 (19,3)	1 (6,7)	5 (31,3)	14 (35,0)	3 (13,0)	11 (64,7)	24 (54,5)	11 (44,0)	13 (68,4)
		12–15	11 (35,5)	8 (33,3)	6 (37,5)	8 (20,0)	3 (13,0)	5 (29,5)	11 (25,0)	7 (28,0)	4 (21,1)
		16–20	14 (45,2)*	9 (60,0)	5 (31,3)	18 (45,0)*	17 (74,0)***	1 (5,8)	9 (20,5)	7 (28,0)	2 (10,5)
Порушення сну		До 11	5 (16,1)	1 (6,7)	4 (25,0)	13 (32,5)	5 (21,7)	8 (47,1)	25 (56,8)	13 (52,0)	12 (63,2)
		12–15	11 (35,5)	7 (46,7)	4 (25,0)	14 (35,0)	6 (26,0)	8 (47,1)	11 (25,0)	8 (32,0)	6 (31,5)
		16–20	15 (48,4)*	7 (46,6)	8 (50)	13 (32,5)*	12 (52,3)***	1 (5,8)	5 (18,2)	4 (16,0)	1 (5,3)
Тривога		До 11	20 (51,6)	5 (33,3)	10 (62,5)	30 (75,0)	15 (65,2)	15 (88,2)	38 (86,4)	22 (88,0)	16 (84,2)
		12–15	5 (16,1)	4 (26,7)	1 (6,2)	9 (22,5)	7 (30,4)	2 (11,8)	5 (11,4)	2 (8,0)	3 (15,8)
		16–20	6 (19,4)*, **	6 (40,0)***	0	1 (2,5)	1 (4,3)	0	1 (2,2)	1 (4,0)	0

Примітки: вірогідність різниці $p < 0,05$: * — порівняно з 3-ю групою, ** — порівняно з 2-ю групою, *** — між дівчатками та хлопчиками у групах.

ВИСНОВКИ

- Діти та підлітки, які хворіють на ГЕРХ, характеризуються зниженням суб'єктивної оцінки самопочуття, активності та емоційного стану, а наявність езофагіту погіршує самооцінку самопочуття та настрою, особливо в дівчаток.
- Установлено високий рівень особистісної та реактивної тривожності в більшості дітей із ГЕРХ. При наявності езофагіту визначали насамперед підвищення особистісної тривожності (у дітей обох статей). Особистісна тривожність превалювала над високим рівнем реактивної тривожності в більшості (73,3 %) дівчат.
- Високий рівень особистісної та реактивної тривожності у дітей із ГЕРХ корелював із низькими показниками самопочуття та активності (згідно з тестом САН).
- Індивідуальні невротичні профілі в половині хворих дітей із ГЕРХ характеризувалися високим та середнім ризиком формування психоневротичних розладів за всіма шкалами. У дітей з езофагітом спостерігався високий ризик розвитку симптомокомплексів за шкалою депресії, астенії та тривоги, а в дівчаток ці зміни превалювали над змінами у хлопчиків.
- Установлені особливості психоемоційного стану дітей із ГЕРХ потрібно враховувати при спостереженні за дітьми при розробці лікувальних та профілактичних заходів.

Список літератури

- Алексеева Ю.І. Психоемоційний статус у дітей із патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і можливість його корекції // Перинатологія і педіатрія. — 2008. — № 1(33). — С. 124-127.
- Гнусаев С.Ф., Иванова И.И., Апенченко Ю.С. Взаимосвязь гастроэзофагеального рефлюкса и признаков дисплазии соединительной ткани у детей и подростков: Пособие для врачей. — Москва, 2004.
- Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. — СПб., 2002. — С. 124-126.

4. Майданник В.Г., Корнійчук В.В., Хайтович Н.В. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. — К., 2008. — 432 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.
6. Опарин А.Г., Опарин А.А. и соавт. Патогенетические механизмы формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов с учетом психосоматического статуса // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 1(51). — С. 21-24.
7. Патент № 63821 А України, МПК7 А61В 5/16 Спосіб діагностики невротичних розладів у дітей // Промислова власність. — 2004. — № 1.
8. Прохорова Л.И., Давыдова А.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: Методические рекомендации. — Волгоград, 2007. — 32 с.
9. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 42-47.