



УДК 616.34-053.2 : 616.89-06

ГНАТЕЙКО О.З., ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів
ЛИЧКОВСЬКА О.Л., ФІЛЬЦ О.О., Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
ФІЛЬЦ Ю.О., КЗ «Львівська обласна психіатрична лікарня»

РОЛЬ СОМАТИЗАЦІЇ У ФОРМУВАННІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІТЕЙ

Резюме. Вивчалось значення соматизації у виникненні хронічних захворювань гастроудоденальної зони (ГДЗ) в дітей. За допомогою скринінгового тесту SOMS обстежено 83 дитини з патологією верхніх відділів травного каналу. Встановлено, що соматизація відіграє вагомую роль у формуванні хронічних захворювань гастроудоденальної зони в дітей. Найбільш виражений феномен соматизації в групі дітей із функціональною диспепсією, найменш виражений — при деструктивних захворюваннях ГДЗ. Соматоформні розлади частіше виявляли серед батьків дітей зі схильністю до соматизації, що може свідчити про роль сімейних факторів у їх формуванні.

Ключові слова: патологія гастроудоденальної зони у дітей, соматизація.

Перша публікація з описом виразкової хвороби (ВХ) належить шотландському клініцисту, анатому Matthew Baillie (1799) [19]. Вперше про проблеми, пов'язані з цілковитою незрозумілістю механізмів її формування, писав французький анатом, патолог Jean Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain; ou description, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses alterations morbides dont le corps humain est susceptible*, 2 vols., Paris, 1828–1842) [12], який стверджував, що «причини виникнення простої виразки оповиті глибоким мороком». Від тих часів знання про етіопатогенез захворювань гастроудоденальної зони (ГДЗ) значно розширилися, а погляди на основні фактори ризику постійно змінювалися. Зокрема, починаючи з 30-х років ХХ століття розглядається можливість впливу психологічних та соціальних чинників на формування патології ГДЗ. F. Alexander (1933, 1934) [3, 5] вважав, що виразкова симптоматика є реакцією на перешкоди в реалізації орально-рецептивної особистісної настанови. Пасивно-оральні бажання означають «бути нагодованим» на рівні їжі, а на рівні контактів — отримати безпеку, любов, опіку. Базовий конфлікт у пацієнтів із ВХ, за F. Alexander (1951) [4], виникає між інфантильним бажанням бути залежним, отримати любов і увагу шляхом пасивного харчування (тобто «бути нагодованим») — з одного боку, і зростаючим «я», формуванням власної активності й самостійності — з іншого. Хвороба забезпечує опіку оточення і «виправдовує» тимчасову відмову від самостійності. Особистість виразкового хворого характеризується пасивністю, залежністю, схильністю до депресії, од-

нак зустрічається також гіперактивний, агресивний (псевдонезалежний) тип. Вияви гніву, злости при цьому гальмуються, вербально переживання виражаються як «проковтнути образу», при цьому її «важко перетравити», пацієнт «їсть себе поїдом» [2]. Однак подальші дослідження не виявили чіткої залежності між особистісними особливостями та психосоматичними захворюваннями окремих органів і систем [8].

На сучасному етапі основну увагу спрямовано на вивчення не стільки нозоспецифічних, скільки спільних рис пацієнтів із психосоматичними захворюваннями — алекситимії та соматизації. Поняття соматизації (переживання психосоціального та емоційного дистресу через тілесні симптоми [16]) пов'язують у першу чергу із соматоформними розладами (СР), які вперше включено в DSM III у 1980 році для заміни таких традиційних понять, як «істерія» та «функціональні соматичні розлади» [6]. Внесення таких змін до класифікації хвороб не лише було пов'язане з невпинним зростанням поширеності цих розладів та необхідністю їх чіткого означення, але й мало на меті дестигматизацію пацієнтів із такими порушеннями [18]. Адже поняття «істерія», «істеричний невроз» добре знайомі в суспільстві й часто викликають насмішки, нехтування. Саме тому формулювання діагнозу за допомогою цих понять могло б негативно вплинути на соціальні контакти пацієнта, професійну діяльність, сімейні стосунки. На відміну від цього, наявність соматичної патології частіше викликає в оточуючих розуміння, співчуття.

Центральними діагностичними критеріями усіх варіантів СР є наявність:

— соматичних скарг, що не мають достатнього пояснення за результатами медичного обстеження (medically unexplained somatic symptoms);

— поведінкових розладів у вигляді частих, повторних візитів до лікарів різних спеціальностей, наполегливого пошуку соматичних підстав для існуючих симптомів та категоричного заперечення можливого впливу психоемоційних чинників на виникнення симптомів, причому як із боку дитини, так і з боку її батьків;

— психосоціальних порушень, а саме тривалої непрацездатності, пропусків занять у навчальних закладах, соціальної ізоляції.

Щодо захворювань ГДЗ, дані про роль соматизації в їх виникненні суперечливі. Більшість авторів вважають соматизацію вагомим фактором формування функціональної диспепсії (ФД) [30, 31], вказуючи на кореляцію ступеня соматизації та тяжкості клінічних проявів, частоти загострень, порушення якості життя при диспепсії [17, 29]. Однак, на думку М.Р. Jones et al. [13] та N.A. Koloski et al. [14], соматизація не має вагального впливу на формування патології верхніх відділів травного каналу в дорослих. Даних щодо вираженості феномену соматизації при патології ГДЗ у дітей немає.

Метою нашого дослідження було вивчення ролі соматизації при різних нозологічних формах патології ГДЗ у дітей.

Матеріали й методи дослідження

Для визначення ступеня соматизації та діагностики СР нами використано тести SOMS-2J та SOMS-7T. Тест SOMS (Screening für somatoforme Störungen, somatoform symptom screening) — інструмент, що дозволяє діагностувати СР. Методика розроблена W. Rief et al. [26, 27] протягом 1990–1992 років і орієнтована на чинну на той час класифікацію хвороб DSM III. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — багатоосьова нозологічна система діагностики й статистики психічних захворювань, що прийнята в США й використовується в доказових дослідженнях у психіатрії як стандартного набору діагностичних критеріїв. Питальник, який має заповнювати сам пацієнт, включає перелік 42 симптомів, що становили критерії діагностики СР. Після перегляду в 1993 році існуючої класифікації до тесту включено 53 позиції, які відповідали новим критеріям СР і соматоформної вегетативної дисфункції за новими редакціями DSM IV та ICD 10 [24]. При проведенні тестування пацієнту пропонується відзначити на альтернативній основі («так» — «ні») симптоми, які турбували його протягом останніх двох років (SOMS-2J) і для яких лікарі не виявили чіткої органічної причини при медичному обстеженні. Кількість позитивних відповідей складає індекс соматизації — somatic symptom index (SSI).

Згідно з сучасними критеріями, діагноз СР встановлюється тоді, коли в пацієнта наявні хоча б 6 симптомів із переліку, але враховуються й інші критерії — часті візити до лікарів (щонайменше три спеціалісти, у яких лікується пацієнт), переконання в тому, що хвороба має органічну природу, або взагалі відсутність

уявлення про причини хвороби, а також заперечення будь-якого впливу психоемоційних чинників на виникнення симптомів.

Розроблений тест об'єктивізує діагностику СР, однак не дає уявлення про перебіг розладу та ефективність лікування. Для отримання таких даних у 2003 році розроблено SOMS-7T [25], що став інструментом для оцінки змін стану пацієнта в короткі терміни, наприклад, у процесі психотерапії. SOMS-7T включає ті ж, що й у SOMS-2J, 53 запитання (симптоми), що відповідають переліку симптомів СР і соматоформної вегетативної дисфункції. Виконання тесту полягає у відзначенні симптомів, що турбували протягом останніх семи днів, однак з оцінкою їх вираженості за 5-бальною системою.

Тест дає можливість оцінити кількість симптомів, тобто SSI (враховуються усі симптоми, відзначені з оцінкою хоча б в один бал), та їх інтенсивність (індекс інтенсивності — Intensitätsindex II). Індекс інтенсивності симптомів вважається основним критерієм ефективності терапії СР. Розраховують індекс інтенсивності як суму балів, отриманих при оцінці вираженості усіх наявних симптомів (тобто оцінених пацієнтом хоча б на один бал).

У попередніх дослідженнях нами було застосовано тести SOMS-2J і SOMS-7T у дітей віком 6–11 років для діагностики СР. Для вивчення значення соматизації при різних нозологічних формах патології ГДЗ обстежені 83 дитини з гастродуоденальною патологією, які проходили обстеження й лікування у відділі старшого дитинства ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ» (ОГ), серед них 21 дитина з ФД (ОГ1), 43 дитини з гастродуоденітом (ОГ2), 19 дітей із деструктивними формами патології ГДЗ (ОГ3). Групу контролю (ГК) склали 45 дітей, пацієнтів травматологічного відділення цієї ж лікарні, у яких не виявлено жодної супутньої соматичної патології.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених дітей із патологією ГДЗ індекс соматизації становив $5,31 \pm 0,26$, тоді як у ГК — $1,87 \pm 0,27$ (рис. 1).

На рис. 2 показано розподіл індексу соматизації при різних нозологічних формах патології ГДЗ. За індексом соматизації ці три групи відрізнялися між собою з високим ступенем вірогідності ($p < 0,005$). При цьому найвищим SSI виявився в групі дітей із ФД ($7,04 \pm 0,48$), найнижчим — при деструктивних формах патології ГДЗ ($2,89 \pm 0,33$).

З отриманих нами даних випливає, що в обстежених дітей із факторами соматизації найтісніше пов'язані функціональні розлади ГДЗ, а для деструктивних форм ці фактори ідентифікуються важко.

Як згадувалося вище, кількість наявних у пацієнта симптомів не дає повної картини соматизації; необхідно враховувати інші критерії діагностики СР, такі як соматосенсорне підсилення, заперечення психоемоційних чинників у виникненні симптомів, вплив симптомів на щоденні заняття дитини та інше. Якщо

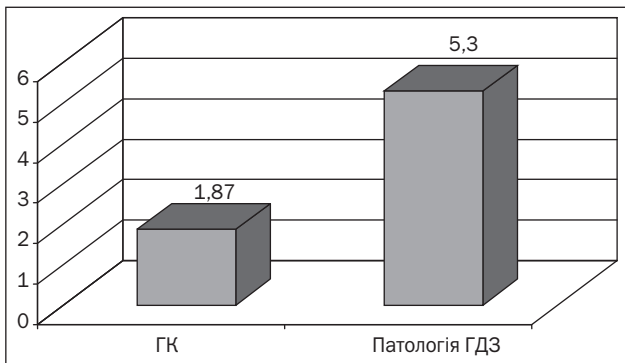


Рисунок 1. Індекс соматизації (середня кількість симптомів – SSI) у дітей при патології гастроудоденальної зони

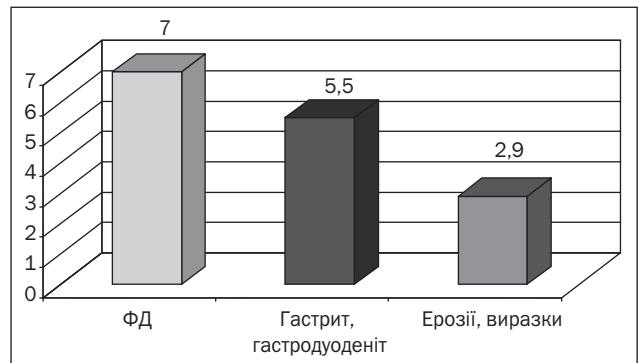


Рисунок 2. Індекс соматизації в дітей при різних нозологічних формах патології гастроудоденальної зони

Таблиця 1. Соматоформний розлад при різних нозологічних формах патології гастроудоденальної зони в дітей

Критерії	Функціональна диспепсія (ОГ1, n = 21)	P ₁₋₂	Гастрит, гастроудоденіт (ОГ2, n = 43)	P ₂₋₃	Ерозії, виразки (ОГ3, n = 19)	P ₁₋₃
Соматосенсорне підсилення	6 (28,5 ± 9,9 %)	0,0617	9 (20,9 ± 6,2 %)	0,051	1 (5,3 ± 5,1 %)	0,037*
Акцептація відсутності органічних причин симптомів	13 (61,9 ± 10,6 %)	0,234	33 (76,7 ± 6,4 %)	0,029*	18 (94,7 ± 5,1 %)	0,037*
Акцептація ролі психоемоційних чинників	11 (52,4 ± 10,9 %)	0,246	29 (67,4 ± 7,1 %)	0,126	16 (84,2 ± 8,4 %)	0,020*
Негативний вплив на щоденні заняття дитини, соціальну активність	9 (42,9 ± 10,8 %)	0,424	14 (32,6 ± 7,1 %)	0,028*	2 (10,5 ± 7,0 %)	0,012*
Звертання до лікарів з приводу соматизованих симптомів понад 6 разів на рік	9 (42,9 ± 10,8 %)	0,327	13 (30,2 ± 7,0 %)	0,187	3 (15,8 ± 8,4 %)	0,048*
Всього діагностовано СР	4 (19,4 ± 8,6 %)	0,453	5 (11,6 ± 4,9 %)	0,018*	0	0,026*

Примітка: * – різниця вірогідна при порівнянні між групами.

брати до уваги лише кількість соматизованих симптомів (мінімум 6), СР можна було б діагностувати у 13 дітей із ФД (61,9 %), 17 дітей із ГД (39,5%) та 2 дітей з ерозіями і виразками ГДЗ (10,5 %). Однак при врахуванні інших ознак СР частка пацієнтів з підтвердженням СР істотно зменшилася в усіх групах (табл. 1).

За частотою перелічених у табл. 1 ознак СР, ОГ1 та ОГ2 між собою відрізнялися мало, але вірогідно відрізнялися від групи з деструктивними формами патології ГДЗ (ОГ3). Це підтверджує дані В.В. Марилова (2006) [1] щодо того, що наростання тяжкості соматичної патології в континуумі «ФД – гастроудоденіт – ВХ» супроводжується зниженням вираженості коморбідної психопатології (депресивних, соматоформних, фобічних розладів). Крім цього, діти з підтвердженим СР часто не визнавали ролі психоемоційних чинників у виникненні симптомів, що не мають достатнього органічного підґрунтя (наприклад, супутній синдром цефалгії, кардіалгії, астеничний синдром та інше). Вони також стверджували, що вказані симптоми значно впливають на їх щоденну активність, працездатність, настрій, тобто сприймали ці симптоми більш драматично, констатуючи їх істотний вплив на якість життя.

За даними G. Moser (2007) [22], у 60 % пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами наявні ознаки СР. У нашому дослідженні СР можна діагностувати в кожній п'ятій дитині з ФД (19,4 %) та у кожній восьмій – з гастроудоденітом (11,6 %). При деструктивних формах патології ГДЗ пацієнтів, які відповідали б усім критеріям діагностики СР, не виявлено. Нижчу частоту СР у дітей віком 6–11 років з патологією ГДЗ (у середньому 10,3 %) порівняно з дорослими можна пояснити тим, що найчастіше СР формуються пізніше, у пубертаті [15]. У значно більшій частині дітей (близько 40 %) виявляли окремі ознаки схильності до соматизації, які, однак, не дозволяли констатувати СР.

Зокрема, при обговоренні результатів тестування за SOMS-2J з дітьми та їх батьками у 16 пацієнтів виявлено феномен соматосенсорного підсилення: більше ніж у 25 % дітей із ФД, у 20 % дітей із гастроудоденітом та лише в одній дитині з виразковою хворобою. Поява найменших неприємних тілесних відчуттів викликала раптове наростання тривоги, страху. При таких станах вся увага дитини була спрямована на симптом, виникало відчуття некерованості ситуації («я нічого

не могу з цим зробити»), поступово, з перебігом захворювання, приєднувалися окремі ознаки панічних атак (підвищена пітливість, серцебиття, страх смерті). Зазвичай (у 13 випадках із 16) ситуацію «підтримували» один або навіть обоє батьків, активно демонструючи власну крайню стривоженість станом дитини, постійним нагадуванням про симптоми («далі болить?», «сильніше болить?»), залученням оточення (інших членів родини або близьких осіб, при перебуванні в стаціонарі — медичного персоналу) до переживання симптомів дитини. У всіх випадках діти отримували вторинну вигоду від хвороби — дозвіл не йти в школу, максимальну увагу батьків, поступки при розподілі домашніх обов'язків між братами-сестрами, зниження вимог щодо успіхів у навчанні («оцінки не важливі, лише б дитина була здорова»).

У сім'ях дітей зі схильністю до соматизації ознаки СР виявлено в одного або навіть обох батьків (рис. 3). Високий рівень соматизації в таких сім'ях підтверджує міжособистісну модель соматизації [28], згідно з якою до соматизації схильні особи, які сформували ненадійну або амбівалентну прив'язаність у ранньому дитинстві. Не маючи досвіду надійних стосунків на найбільш ранніх етапах розвитку, вони намагаються через соматичні симптоми отримати опіку від близьких, співчуття й поблажливості від оточення. На роль сімейних факторів у розвитку СР вказували також інші автори [10, 23].

З іншого боку, СР може формуватися як поведінковий розлад, зокрема через прийняття дитиною на себе «ролі хворої людини» [21]. На думку J.E. Cooper (1999) [20], соматично хвора людина поведінково відрізняється від здорової, однак така сама поведінка при відсутності соматичної патології інтерпретується як поведінковий розлад. В основі такого розладу лежить переконання пацієнта в наявності в нього тяжкого захворювання, що проявляється у діях, спрямованих на переконання оточення в існуванні такої хвороби (наприклад, обмеження себе у фізичній активності, соціальних контактах, постійне дотримання дієти, зловживання ліками та інше) [20]. Така поведінка може формуватися у дітей спершу як копіювання поведінки дорослих членів сім'ї, що також пояснює схильність до соматизації кількох членів родини [7]. J. Dersh et al. (2002) [11] виявили в пацієнтів із СР психоемоційні особливості у вигляді зниженої

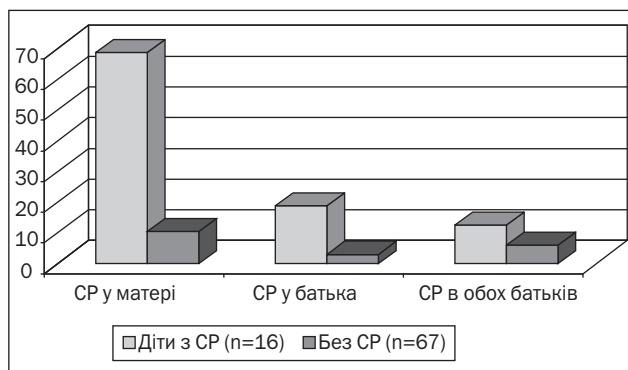


Рисунок 3. Частота СР серед батьків дітей із поєднанням патології ГДЗ та СР

стійкості до стресу, ввівши поняття стрес-діатезу. Крім гострої, вираженої реакції на стрес у таких пацієнтів виявлено схильність до негативних емоцій та підвищену вегетативну реактивність [9].

За SOMS-7T індекс інтенсивності симптомів найвищим був у групі дітей з ФД (рис. 4), найнижчим (крім контрольної) — при деструктивних формах патології ГДЗ.

Якщо порівняти SSI та II, найбільша різниця між ними спостерігається знову ж таки при функціональних розладах патології ГДЗ (рис. 5), що також може свідчити про часте сприйняття пацієнтами з цієї групи соматизованих симптомів як тяжких, нестерпних, загрозливих.

Висновки

1. Соматизація відіграє вагомий роль у формуванні хронічних захворювань гастродуоденальної зони у дітей.
2. Найбільш виражений феномен соматизації у групі дітей із функціональною диспепсією, найменш виражений — при деструктивних захворюваннях ГДЗ.
3. Відповідно найвищу коморбідність соматоформних розладів і патології гастродуоденальної зони виявлено в пацієнтів із функціональною диспепсією.
4. Соматоформні розлади частіше виявляли серед батьків дітей зі схильністю до соматизації, що може свідчити про роль сімейних факторів у їх формуванні.

Список літератури

1. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз // Журн. неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. — 2006. — № 1. — С. 21-23.
2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. — 464 с.
3. Alexander F. Functional disturbances of psychogenic nature // J. Amer. Med. Ass. — 1933. — Vol. 100. — P. 469-479.
4. Alexander F. Psychosomatische Medizin. — Berlin: De Gruyter, 1951.
5. Alexander F. The influence of psychologic factors upon gastrointestinal disturbances // A symposium, Psychoanalyt. Quart., J. — 1934. — Vol. 3. — P. 501-539.

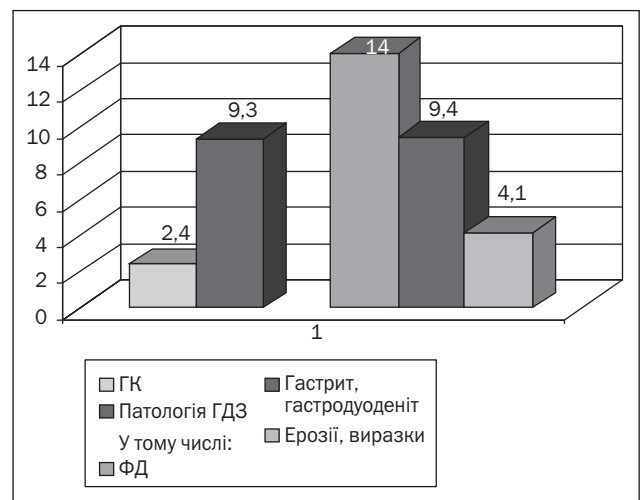


Рисунок 4. Індекс інтенсивності симптомів при різних формах гастродуоденальної патології в дітей

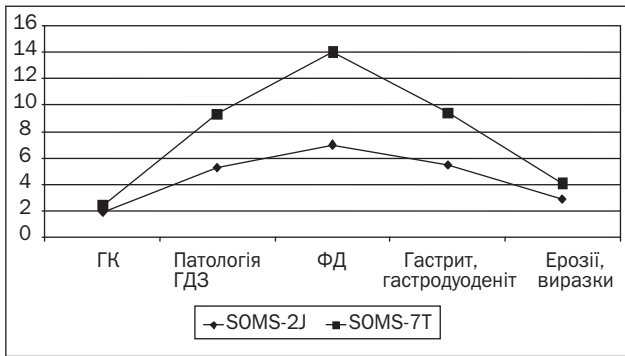


Рисунок 5. Індекс соматизації та індекс інтенсивності симптомів у дітей при різних формах патології верхніх відділів травного каналу

6. Barsky A.J., Klerman G.L. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles // *Am. J. Psychiatry.* — 1983. — Vol. 140. — P. 273-283.

7. Bass C., Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways // *J. Psychosom. Res.* — 1995. — Vol. 39. — P. 403-427.

8. Brautigam W., Christian P., Rad M. Психосоматическая медицина. — М., 1999. — 376 с.

9. Cloninger C.R., Svrakic N.M., Svrakic D.M. Role of personality selforganization in development of mental order and disorder // *Dev. Psychopathol.* — 1997. — Vol. 9. — P. 881-906.

10. Craig T.K., Bialas I., Hodson S. Intergenerational transmission of somatization behaviour, 2: observations of joint attention and bids for attention // *Psychol. Med.* — 2004. — Vol. 34. — P. 199-209.

11. Dersh J., Polatin P.B., Gatchel R.J. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations // *Psychosom. Med.* — 2002. — Vol. 64. — P. 773-786.

12. Jean Cruveilhier, *Enzyklopädie Britannica on-line.*

13. Jones M.P., Sharp L.K., Crowell M.D. Psychosocial correlates of symptoms in functional dyspepsia // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2005. — Vol. 3(6). — P. 521-528.

14. Koloski N.A., Boyce P.M., Talley N.J. Somatization an independent psychosocial risk factor for irritable bowel syndrome but not dyspepsia: a population-based study // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2006. — Vol. 18(10). — P. 101-109.

15. Konichezky A., Gothelf D. Somatoform disorders in children and adolescents // *Harefuah.* — 2011. — Vol. 150(2). — P. 180-184.

16. Lipowsky J. Somatisation: its definition and concept // *American Journal of Psychiatry.* — 1989. — Vol. 147(7). — P. 521-527.

17. Locke R., Weaver A.L., Joseph Melton L. et al. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: A population based nested case-control study // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — 99. — 350-7.

18. Margraf J., Neumer S., Rief W. Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. — Berlin: Springer-Verlag, 1998. — 251 S.

19. Matthew Baillie, *Enzyklopädie Britannica on-line.*

20. McHugh P.R., Slavney P.R. *The Perspectives of Psychiatry.* — 2nd Edition. — Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1998. — P. 223-237.

21. Mechanic D. The concept of illness behaviour // *J. Chron. Dis.* — 1962. — Vol. 15. — P. 189-194.

22. Moser G. Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. — Springer: Wien — New York, 2007. — 290 S.

23. Noyes R., Stuart S., Langbehn D.R. et al. Childhood antecedents of hypochondriasis // *Psychosomatics.* — 2002. — Vol. 43. — P. 282-289.

24. Rief W., Hiller W., Heuser J. SOMS — Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen. — Bern: Huber-Verlag, 1997.

25. Rief W., Hiller W. A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders // *Psychosomatics.* — 2003. — Vol. 44. — P. 492-498.

26. Rief W., Hiller W. Somatoforme Störungen. — Bern: Huber-Verlag, 1992. — 162 S.

27. Rief, W., Schäfer, S., Fichter, M.M. SOMS — eine Screening — Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen // *Diagnostica.* — 1992. — Vol. 38. — S. 228-241.

28. Stuart S., Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization // *Psychosomatics.* — 1999. — Vol. 40. — P. 34-43.

29. Van Oudenhove L., Vandenberghe J., Geeraerts B. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation? // *Gut.* — 2008. — Vol. 57. — P. 1666-1673.

30. Whitehead W.E. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* — 1996. — Vol. 25. — P. 21-34.

31. Wilhelmsen I. Somatization, sensitization, and functional dyspepsia // *Scand. J. Psychol.* — 2002. — 43. — 177-180.

Отримано 21.06.12 □

Гнатейко О.З., Інститут наследственной патологии НАМН Украины, г. Львов

Лычковская Е.Л., Фильц А.О., Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого
Фильц Ю.А., КУ «Львовская областная психиатрическая больница»

РОЛЬ СОМАТИЗАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Резюме. Изучалась роль соматизации в возникновении хронических заболеваний гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у детей. С помощью скринингового теста SOMS обследованы 83 ребенка с патологией верхних отделов пищеварительного канала. Установлено, что соматизация играет важную роль в формировании хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей. Феномен соматизации наиболее выражен в группе детей с функциональной диспепсией, наименее — при деструктивных заболеваниях ГДЗ. Соматоформные расстройства чаще выявляли среди родителей детей со склонностью к соматизации, что может свидетельствовать о роли семейных факторов в их формировании.

Ключевые слова: патология гастродуоденальной зоны у детей, соматизация.

Gnatayko O.Z., State Institution «Institute of Hereditary Diseases of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Lviv Lychkovska O.L., Filtz O.O.

Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky Filtz Yu.O.

Municipal Institution «Lviv Regional Mental Hospital», Lviv, Ukraine

ROLE OF SOMATIZATION IN THE FORMATION OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Summary. Significance of somatization in case of chronic gastroduodenal diseases in children was studied. Using the SOMS screening test 83 children with pathology of upper gastrointestinal tract were examined. It is found that somatization plays an important role in the formation of chronic gastroduodenal pathology in children. The most obvious phenomenon of somatization was detected in a group of children with functional dyspepsia, less obvious — in that one with destructive diseases of the gastroduodenal tract. Somatoform disorders are more often found among parents of children who are predisposed to somatization. This fact can suggest the role of family factors in their formation.

Key words: gastroduodenal pathology in children, somatization.