

УДК 616.89-008.454-06:616.34-002]-036.1-053.2

Т.В. Сорокман, Н.Я. Черней, О.В. Макарова, Д.І. Колєсник

Частота тривожно-депресивного синдрому в дітей, хворих на запальні захворювання кишечника

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2024). 1(137): 101-105. doi: 10.15574/SP.2024.137.101

For citation: Sorokman TV, Cherney NYa, Makarova OV, Kolesnik DI. (2024). The frequency of anxiety-depressive syndrome in children with inflammatory bowel diseases. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(137): 101-105. doi: 10.15574/SP.2024.137.101.

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) з початку XXI ст. стрімко поширюються в індустріальних країнах.

Мета — визначити частоту симптомів тривоги та депресії в дітей, хворих на ЗЗК, для оптимізації лікування.**Матеріали та методи.** Проанкетовано 18 хворих віком 10–17 років: 10 дітей із виразковим колітом (ВК) та 8 пацієнтів із хворобою Крона (ХК), для дослідження симптомів тривоги та депресії за допомогою анкет PHQ-2, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) та GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder). Отримані результати проаналізовано за допомогою програми «SPSS 26.0». Відношення шансів (ВШ) вважалося значущим, якщо 95% довірчий інтервал (ДІ) не включав 1. Різниця вибірок вважалася достовірною за $p < 0,05$.**Результати.** Із 18 пацієнтів, проанкетованих за допомогою анкети PHQ-2, у 13 (72,2%) осіб були показання до подальшого дослідження за анкетой PHQ-9. Поширеність симптомів тривоги становила 55,5% (95% ДІ: 38,3–66,5), симптомів депресії — 34,8% (95% ДІ: 21,4–45,8). У пацієнтів із ХК були вищі шанси на симптоми тривоги (ВШ: 1,2; 95% ДІ: 1,1–3,6) та симптоми депресії (ВШ: 1,3; 95% ДІ: 1,1–1,7) порівняно з дітьми з ВК. Виявили відмінності в тяжкості тривоги та депресії при різних патологічних станах (ЗЗК: $p < 0,01$; ВК: $p < 0,05$; ХК: $p = 0,05$). Частота симптомів тривоги або депресії була вищою в дітей з активним ЗЗК порівняно з пацієнтами з неактивним захворюванням (100% і 33,3% та 100% і 45,8%, відповідно). Переважали мінімальні (0–4 бали) та легкі (5–9) ступені тривоги та депресії.**Висновки.** Частота виявлення симптомів тривоги та депресії в дітей із ХК і ВК в активній стадії хвороби становить відповідно 55,5% та 34,8% із переважанням мінімальних (0–4 бали) та легких (5–9) ступенів. У пацієнтів із ХК вищі шанси на симптоми тривоги та депресії порівняно з дітьми з ВК.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, запальні захворювання кишечника, виразковий коліт, хвороба Крона, тривожно-депресивний синдром.

The frequency of anxiety-depressive syndrome in children with inflammatory bowel diseases

T. V. Sorokman, N. Ya. Cherney, O. V. Makarova, D. I. Kolesnik

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Inflammatory bowel diseases (IBD) have been spreading rapidly in industrialized countries since the beginning of the 21st century.**Purpose** — to determine the frequency of symptoms of anxiety and depression in children with IBD, in order to optimize treatment.**Materials and methods.** 18 patients aged 10–17 years were surveyed: 10 people with ulcerative colitis (UC) and 8 people with Crohn's disease (CD), symptoms of anxiety and depression were studied using PHQ-2, PHQ-9 questionnaires (Patient Health Questionnaire) and GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder). The obtained results were analyzed using SPSS 26.0 programs. The odds ratio (OR) was considered significant if the 95% confidence interval (CI) did not include 1. The difference in samples was considered significant at $p < 0.05$.**Results.** Of the 18 patients who were surveyed using the PHQ-2 questionnaire, 13 (72.2%) were screened for further investigation using the PHQ-9 questionnaire. The prevalence of anxiety symptoms was 55.5% (95% CI: 38.3–66.5), depressive symptoms — 34.8% (95% CI: 21.4–45.8). Patients with CD had higher odds of anxiety symptoms (OR: 1.2, 95% CI: 1.1–3.6) and depressive symptoms (OR: 1.3, 95% CI: 1.1–1.7) than children with UC. There were differences in the severity of anxiety and depression in different pathological conditions (IBD: $p < 0.01$; UC: $p < 0.05$; CD: $p = 0.05$). The frequency of symptoms of anxiety or depression was higher in patients with active IBD than in children with inactive disease (100% and 33.3% and 100% and 45.8%, respectively). Minimal (0–4 points) and mild (5–9) degrees of anxiety and depression prevailed.**Conclusions.** The frequency of detection of symptoms of anxiety and depression in children with CD and UC in the active stage of the disease is 55.5% and 34.8%, respectively, with a predominance of minimal (0–4 points) and mild (5–9) degrees. Patients with CD are higher odds of anxiety and depression symptoms than children with UC.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: children, inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, anxiety-depressive syndrome.

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) — хвороба Крона (ХК) і виразковий коліт (ВК) — це хронічні імуніопосередковані захворювання, що проявляються неконтрольованим запаленням слизової оболонки кишечника та шлунково-кишкового тракту [14]. Рівні захворюваності й

поширеності ЗЗК помітно зросли протягом другої половини ХХ ст., а з початку ХХІ ст. ця патологія стрімко поширюється в індустріальних країнах [7]. Найвищий показник поширеності ЗЗК зареєстрований у Європі (ВК — 505 на 100 тис. осіб; ХК — 322 на 100 тис. осіб) та Північній Америці (ВК — 286,3 на 100 тис. осіб;

ХК — 318,5 на 100 тис. осіб) [30]. Натепер рівень захворюваності на ЗЗК у цих країнах стабільний, однак зростає в Азії, Африці та Південній Америці [17,18,20,24,25]. Поширеність ЗЗК у педіатричній популяції активно досліджується останніми роками [2,5,11,26]. За даними С.Д. Burgess та співавт. [4], частка дітей, хворих на ЗЗК, становить 1,5%. Особливо звертається увага на підвищення рівня поширеності ЗЗК серед дітей, які проживають у країнах із низьким і середнім економічним розвитком [6].

Педіатричний вік викликає кілька міркувань, пов'язаних з особливостями фізичного та нервово-психічного розвитку дітей, особливо в пубертатному періоді [27]. Відомо, що тяжкі хронічні захворювання, які стартують у дитячому та підлітковому віці, значно навантажують психічне здоров'я. У пацієнтів із ЗЗК симптоми тривоги та депресії можуть виникати шляхом двоспрямованого зв'язку як через вісь «кишечник-мозок», так і через погіршення якості життя і зниження соціального функціонування. Депресія за наявності хронічного захворювання не тільки порушує емоційне та когнітивне функціонування, але й впливає на те, як пацієнт сприймає хворобу та чи буде він дотримуватися медичних рекомендацій, фармакотерапії та контрольних візитів. Масштаби цієї проблеми серед дітей та підлітків не відомі.

Мета дослідження — визначити частоту симптомів тривоги або депресії в дітей, хворих на ЗЗК, для оптимізації лікування.

Матеріали та методи дослідження

Проанкетовано 35 дітей віком 10–17 років, які перебували на лікуванні в дитячому гастроентерологічному відділенні КНП «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівців упродовж 2020–2023 рр., із них відібрано 17 пацієнтів, які відповіли критеріям залучення до дослідження.

Критерії залучення: 1) підтверджений діагноз ЗЗК за результатами клінічно-лабораторного дослідження, ендоскопії та гістопатології [22]; 2) вік 10–17 років; 3) згода пацієнта на участь у дослідженні.

Критерії вилучення: 1) психічне захворювання в анамнезі; 2) неврологічні порушення або порушення розвитку нервової системи; 3) поєднання з іншими захворюваннями, які серйозно впливають на психічний стан пацієнтів; 4) застосування психотропних препаратів.

Дітей поділено на дві групи: хворі на ВК (n=10) і хворі на ХК (n=8). Зібрано дані про де-

мографічні (вік, стать, індекс маси тіла — ІМТ) характеристики, тривалість ЗЗК, тип ЗЗК (ВК або ХК), хірургічний анамнез та психологічні симптоми (депресія, тривога, стрес).

Для первинного скринінгу використано анкету PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). За позитивної відповіді на одне запитання застосовано анкету-опитувальник пацієнта про стан здоров'я PHQ-9 [29] та опитувальник із генералізованої тривоги GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder [28]). Обидві шкали пропонують учасникам вказати, як часто кожний із симптомів їх турбував протягом останніх двох тижнів, з використанням чотирибальної шкали Лайкерта в діапазоні від 0 (зовсім ні) до 3 (майже щодня). Діапазони балів для тривоги та тяжкості симптомів депресії в результатах як GAD-7, так і PHQ-9 становлять: мінімальні (0–4), легкі (5–9), помірні (10–15) і тяжкі (15+) симптоми. Бал ≥ 10 є інформативним у значенні тривожно-депресивних розладів із чутливістю та специфічністю 83%.

Усі отримані дані за результатами анкетування проаналізовано в програмі «Excel 2021», а для статистичного аналізу даних використано програмне забезпечення «SPSS 26.0». Дані підрахунку виражено як частоту та відсоток, а для порівняння між групами використано критерій χ^2 -квадрат або точний критерій Фішера. Відношення шансів (ВШ) прийнято значущим, якщо 95% довірчий інтервал (ДІ) не включав 1. Дані вимірювань виражено як середнє \pm стандартне відхилення. Т-критерій використано для порівняння двох груп. Різницю вибірок прийнято вірогідною за $p < 0,05$.

Дизайном дослідження передбачено дотримання принципів конфіденційності, концепцію інформованої згоди та врахування основних положень GCP ICH та Гельсінської декларації з біомедичних досліджень, де людина є їхнім об'єктом, та наступних її переглядів (Сеул, 2008), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (2007 р.), а також позитивний висновок локальної комісії з біомедичної етики.

Усім пацієнтам роз'яснено мету, методи, добровільність участі, нешкідливість результатів опитування та отримано від них інформовану згоду пацієнта.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік дітей становив $13,09 \pm 2,28$ року (медіана — 14,5 року). Демографічні показники обстежених дітей наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Демографічні показники обстежених дітей

Показник	ВК (n=10)		ХК (n=8)	
	Хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
Вік, роки	13,1±2,6		14,4±2,9	
Стать	6	4	5	3
Зріст, см	151,9±3,3	150,3±2,1	149,6±7,5	148,5±5,4
Маса тіла, кг	49,5±1,6	47,6±1,4	48,8±3,1	46,7±2,9
ІМТ, кг/м ²	20,4±2,4	20,8±1,6	21,6±8,4	20,0±1,8
Тривалість хвороби, роки	2,4±0,4	2,7±0,3	2,8±0,9	2,2±0,5
Хірургічний анамнез	–	–	–	–

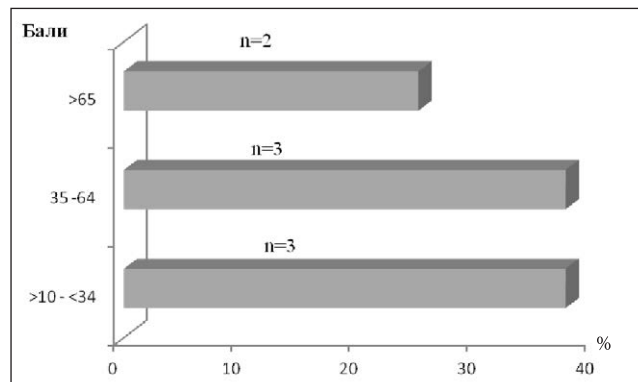


Рис. 1. Розподіл дітей із хворобою Крона за ступенем активності запального процесу

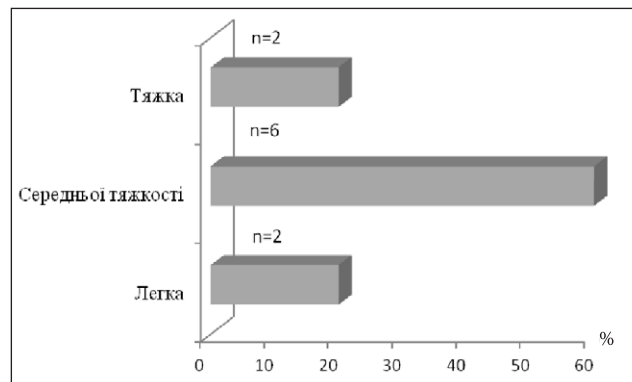


Рис. 2. Розподіл дітей із виразковим колітом за ступенем активності запального процесу

Серед дітей із ЗЗК переважали хлопці (63,6%), відхилення у фізичному розвитку не спостерігалися, тривалість хвороби не перевищувала 3 роки. Не виявлено відмінностей також у середньому віці на момент встановлення діагнозу або тривалості захворювання між пацієнтами з ВК та ХК. У жодного пацієнта не застосовано хірургічного методу лікування патології.

Ступінь активності запального процесу визначено за даними бальної шкали педіатричних індексів активності (PUCAI та PCDAI) (рис. 1 та 2), ендоскопічних і гістологічних показників.

Ендоскопічно активне захворювання виявлено у 13 із 18 пацієнтів (у 8 дітей із ВК, та в 5 осіб із ХК). У цих дітей встановлено ознаки запалення (збільшення кількості лімфоцитів, плазматичних клітин у власній пластинці слизової оболонки, базальний плазмоцитоз, базальні лімфоїдні агрегати й еозинофіли у власній пластинці слизової оболонки) та ознаки порушення архітектоніки (звивистість крипт, їхню деформацію й атрофію, нерівність поверхні слизової оболонки).

Із 18 пацієнтів, проанкетованих за допомогою анкети RHQ-2, у 13 (72,2%) встановлено показання до подальшого анкетування за анкету RHQ-9.

Можливі оцінки за RHQ-9 коливаються від 0 до 27 балів, а за GAD-7 – від 0 до 21, причому вищі оцінки вказують на вищий рівень депресії та тривоги. У цьому дослідженні 10 балів прийнято як межові, оскільки оцінка за шкалою 10 або більше балів потребує визначення ймовірного діагностичного статусу.

У цілому загальний рівень поширеності симптомів тривоги становив 55,5% (95% ДІ: 38,3–66,5), тоді як депресії – 34,8% (95% ДІ: 21,4–45,8). У пацієнтів із ХК були вищі шанси на симптоми тривоги (ВШ: 1,2; 95% ДІ: 1,1–3,6) та депресії (ВШ: 1,3; 95% ДІ: 1,1–1,7) порівняно з дітьми з ВК. За даними таблиці 2, виявлено відмінності в тяжкості тривоги та депресії при різних патологічних станах (ЗЗК: $p < 0,01$; ВК: $p < 0,05$; ХК: $p = 0,05$).

Поширеність симптомів тривоги або депресії була вищою в пацієнтів з активним ЗЗК порівняно з хворими з неактивним захворюванням (100% і 33,3% та 100% і 45,8%, відповідно). Серед дітей, хворих на ЗЗК, переважали мінімальні (0–4 бали) та легкі (5–9) ступені тривоги та депресії (рис. 3).

Загально визнано, що депресія частіше спостерігається серед тих, хто має хронічні соматичні проблеми. У цій статті наводяться дослідження про вплив ЗЗК на прояви депресії та тривоги. Різноманітні дослідження свідчать, що

Таблиця 2

Частота тривожно-депресивних симптомів та якість сну в дітей залежно від нозологічної форми запальних захворювань кишечника

Ознака	ЗЗК n=13	χ^2	P	ХК n=5	χ^2	P	ВК n=8	χ^2	P
Тривога: ні (GAD-7 < 10 балів) так (GAD-7 \geq 10 балів)	– 13	15,978	<0,01	– 5	11,345	<0,05	– 8	9,781	<0,05
Виразність симптомів тривоги: мінімальна помірна середня сильна	2 6 4 1	16,356	<0,01	– 2 2 1		<0,05	2 4 2 –		<0,05
Депресія: ні (PHQ-9 < 10 балів) так (PHQ-9 \geq 10 балів)	2						2		
Виразність симптомів депресії: мінімальна помірна середня сильна	1 4 8 –	9,658	<0,05	– 2 3 –	10,566	<0,05	1 2 5 –	8,344	<0,05

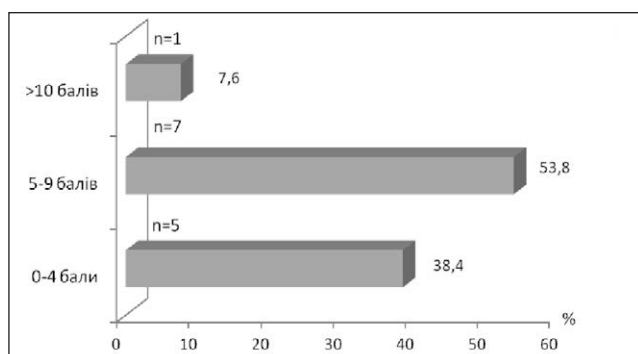


Рис. 3. Розподіл дітей за ступенем тривоги та депресії

депресія є поширеною серед дітей та підлітків із ЗЗК і пов'язана з погіршенням якості життя та результатами захворювання [8,9,12,15,31,32]. Це означає, що проблема взята до уваги, але потрібно вжити додаткових заходів для її належного вирішення. Наведене нами дослідження показує, що симптоми тривоги та депресії відносно поширені серед пацієнтів із ЗЗК, при цьому відомо, що поширеність тривожно-депресивного синдрому в дітей із ЗЗК варіює в дуже широких межах – від 1% до 60% [3,23]. У проведеному нами дослідженні ступінь тривожно-депресивних розладів в дітей із ЗЗК корелює з тяжкістю захворювання, що підтверджено іншими дослідниками [1,10,13,16,28]. Це підкреслює важливість оцінювання психічного здоров'я в усіх педіатричних пацієнтів із ЗЗК як рутинної роботи незалежно від фенотипу захворювання. Дійсно, такий підхід може сприяти ранньому діагностуванню симптомів психічного здоров'я та належному втручанню. Ґрунтуючись на отриманих нами результатах і попередніх дослідженнях, слід припустити, що депресія може підвищувати активність захворювання,

знижувати відповідь на ліки та посилювати біологічну терапію [19,21].

Слід наголосити, що клініцисти повинні особливо оцінювати тривогу і депресію в пацієнтів з активною формою захворювання, а якщо настає ендоскопічна ремісія, а абдомінальний біль продовжує турбувати пацієнта, то й у стадії ремісії. Вирішення проблем психічного здоров'я в пацієнтів із ЗЗК може поліпшити їхню прихильність до лікування та перебіг захворювань і, як результат, знизити рівні захворюваності та смертності.

Майбутні дослідження в цьому напрямі мають передбачати аналіз факторів, не пов'язаних із ЗЗК, але таких, що впливають на розвиток депресивних розладів: вік і стать дитини, соціально-економічні фактори, підтримка сім'ї та однокласників, наявність зовнішніх стресорів. Окрім того, пошук додаткових факторів, які впливають на частоту та ступінь тривожно-депресивних станів, також може виявитися цінним.

Висновки

Частота виявлення симптомів тривоги та депресії в дітей із ХК та ВК в активній стадії хвороби становить відповідно 55,5% і 34,8%.

Серед дітей, хворих на ЗЗК, переважають мінімальні (0–4 бали) та легкі (5–9) ступені тривоги та депресії.

У пацієнтів із ХК вищі шанси на симптоми тривоги та депресії порівняно з хворими на ВК.

Слід оцінювати симптоми тривоги та депресії в пацієнтів як з активною формою захворювання, так і в ремісії.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Arp L, Jansson S, Wewer V, Burisch J. (2022). Psychiatric Disorders in Adult and Paediatric Patients with Inflammatory Bowel Diseases — A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Crohns Colitis*. 16(12): 1933–1945. doi: 10.1093/ecco-jcc/ijac095.
- Ashton JJ, Barakat FM, Barnes C et al. (2022). Incidence and Prevalence of Paediatric Inflammatory Bowel Disease Continues to Increase in the South of England. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 75(2): e20–e24. doi: 10.1097/MPG.0000000000003511.
- Barberio B, Zamani M, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. (2021). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 6(5): 359–370. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00014-5.
- Burgess CJ, Henderson P, Jones GR, Lees CW, Wilson DC; Lothian IBD. (2020). Registry Group. Paediatric Patients (Less Than Age of 17 Years) Account for Less Than 1.5% of All Prevalent Inflammatory Bowel Disease Cases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 71(4): 521–523. doi: 10.1097/MPG.0000000000002842.
- Carroll MW, Kuenzig ME, Mack DR et al. (2019). The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Children and Adolescents with IBD. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2; Suppl 1: S49–S67. doi: 10.1093/jcag/gwy056.
- Dalzell AM, Ba'Ath ME. (2019). Paediatric inflammatory bowel disease: review with a focus on practice in low- to middle-income countries. *Paediatr Int Child Health*. 39(1): 48–58. doi: 10.1080/20469047.2019.1575056.
- Dharni K, Singh A, Sharma S et al. (2023). Trends of inflammatory bowel disease from the Global Burden of Disease Study (1990–2019). *Indian J Gastroenterol*. 3 (3). s12664-023-01430-z. doi: 10.1007/s12664-023-01430-z.
- Dubinsky MC, Dotan I, Rubin DT et al. (2021). Burden of comorbid anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic literature review. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 15(9): 985–997. doi: 10.1080/17474124.2021.1911644.
- Facanali CBG, Sobrado Junior CW, Fraguas Junior R et al. (2023). The relationship of major depressive disorder with Crohn's disease activity. *Clinics (Sao Paulo)*. 78: 100188. Published 2023 Mar 27. doi: 10.1016/j.clinsp.2023.100188.
- Fairbrass KM, Lovatt J, Barberio B, Yuan Y, Gracie DJ, Ford AC. (2022). Bidirectional brain-gut axis effects influence mood and prognosis in IBD: a systematic review and meta-analysis. *Gut*. 71(9): 1773–1780. doi: 10.1136/gutjnl-2021-325985.
- Fuller MK. (2019). Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Special Considerations. *Surg Clin North Am*. 99(6): 1177–1183. doi: 10.1016/j.suc.2019.08.008.
- Gracie DJ, Hamlin JP, Ford AC. (2018). Longitudinal impact of IBS-type symptoms on disease activity, healthcare utilization, psychological health, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 113(5): 702–712. doi: 10.1038/s41395-018-0021-z.
- Graff LA, Geist R, Kuenzig ME et al. (2023). The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Mental Health and Inflammatory Bowel Disease. *J Can Assoc Gastroenterol*. 6(2): 64–75. doi: 10.1093/jcag/gwad012.
- Guan QA. (2019). Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. *J Immunol Res*. 2019: 7247238. doi: 10.1155/2019/7247238.
- Irving P, Barrett K, Nijher M, de Lusignan S. (2021). Prevalence of depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease and associated healthcare use: population-based cohort study. *Evid Based Ment Health*. 4(3): 102–109. doi: 10.1136/ebmental-2020-300223.
- Jansson S, Malham M, Wewer V, Rask CU. (2022). Psychiatric comorbidity in childhood onset immune-mediated diseases—A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 111(3): 490–499. doi: 10.1111/apa.16246.
- Kaplan GG, Bernstein CN, Coward S et al. (2019). The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Epidemiology. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2(1): 6–16. doi: 10.1093/jcag/gwy054.
- Kaplan GG. (2015). The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 12(12): 720–727. doi: 10.1038/nrgastro.2015.150.
- Keefer L. (2021). What can we do to tackle anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease? *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 6(5): 337–338. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00066-29.
- Kuenzig ME, Benchimol EI, Lee L et al. (2019). The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Direct Costs and Health Services Utilization. *J Can Assoc Gastroenterol*. 29 (1): 17–33. doi: 10.1093/jcag/gwy055.
- Laurie K. (2021). Screening for Depression in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 17(12): 588–591.
- Levine A, Koletzko S, Turner D et al. (2014). ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 14; 58(6): 795–806. doi: 10.1097/MPG.0000000000000239.
- Lewis K, Marrie RA, Bernstein CN et al. (2019). The Prevalence and Risk Factors of Undiagnosed Depression and Anxiety Disorders Among Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 25(10): 1674–1680. doi: 10.1093/ibd/izz045.
- Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J. (2020). Epidemiology of inflammatory bowel disease: east meets west. *J Gastroenterol Hepatol*. 35(3): 380–389. doi: 10.1111/jgh.14872
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N et al. (2018). Global incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 390(10114): 2769–2778.
- Park J, Cheon JH. (2021). Incidence and Prevalence of Inflammatory Bowel Disease across Asia. *Yonsei Med J*. 62(2): 99–108. doi: 10.3349/ymj.2021.62.2.99.
- Pivac I, Jelcic Kadic A, Despot R et al. (2023). Characteristics of the Inflammatory Bowel Disease in Children: A Croatian Single-Centre Retrospective Study. *Children (Basel)*. 10(10): 1677. doi: 10.3390/children10101677.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe BA. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 166(10): 1092–1097.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIMEMD — The PHQ primary care study. *JAMA*. 282: 1737–1744.
- Stapersma L, van den Brink G, Szigethy EM, Escher JC, Utens EMWJ. (2018). Systematic review with meta-analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 48(5): 496–506. doi: 10.1111/apt.14865.
- Sýkora J, Pomahačová R, Kreslová M, Cvalínová D, Štych P, Schwarz J. (2018). Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 24(25): 2741–2763. doi: 10.3748/wjg.v24.i25.2741.
- Zeng S, Yu Y, Lu S et al. (2023). Neuro-11: a new questionnaire for the assessment of somatic symptom disorder in general hospitals. *Gen Psychiatr*. 36(4): e101082. doi: 10.1136/gpsych-2023-101082.

Відомості про авторів:

Сорокман Таміла Василівна — д.мед.н., проф. каф. педіатрії та медичної генетики БДМУ. Адреса: м. Чернівці, просп. Незалежності, 98. <https://orcid.org/0000-0001-7615-3466>.

Черней Надія Ярославівна — асистент каф. педіатрії та медичної генетики БДМУ. Адреса: м. Чернівці, просп. Незалежності, 98. <https://orcid.org/0000-0001-5649-1548>

Макарова Олена Вікторівна — к.мед.н., доцент кафедри догляду за хворими та ВМО БДМУ. Адреса: м. Чернівці, просп. Незалежності, 98. <https://orcid.org/0000-0003-3348-2440>

Колеснік Дмитро Іванович — лікар-інтерн БДМУ. Адреса: м. Чернівці, просп. Незалежності, 98. <https://orcid.org/0000-0003-1741-1626>.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2023 р., прийнята до друку 12.02.2024 р.