

дають на хронічний холецистит, а також розробити систему заходів профілактики ускладнень хронічного холециститу, що можуть бути спровоковані наявністю такої

супутньої патології, як соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи та порушення циркадного ритму.

### Список літератури

- Бурчаков Д.И. Суточный ритм секреции и метаболический эффекты мелатонина /Д.И.Бурчаков //Ожирение и метаболизм.- 2015.- Т.12, №1.- С.46-51.
- Звягинцева Т.Д. Клиника, диагностика и лечение хронического бескаменного холецистита /Т.Д. Звягинцева, И.И. Шаргород //Новости мед. и фармации.- 2013.- №478.- С.32-37.
- Ильченко А.А. Хронический бескаменный холецистит. В помощь практическому врачу /А.А.Ильченко //Гепатология.- 2004.- №1.- С.26-30.
- Майкова Т.В. Стан вегетативного гомеостазу при хронічному гастродуоденіті, поєднаному з хронічним безкам'яним холециститом та хронічним панкреатитом /Т.В.Майкова /Запорозький мед. журнал.- 2004.- №4 (25).- С.29-32.
- Соматоформные расстройства у пациентов с хроническим некалькулезным холециститом /С.В.Пронин, Л.С.Егорова, М.Г.Чухрова [и др.] //Мир науки, культуры, образования.- 2013.- №3 (40).- С.388-391.

**Павловский С.А.**

### ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ НА ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Резюме.** Как показывают клинические исследования, пациенты с установленным диагнозом хронический холецистит в большинстве случаев обнаруживают признаки вегетативных дисфункций, психоэмоционального напряжения, тревожных и ипохондрических расстройств, отмечают жалобы на различные боли в области правого подреберья вне обострения хронического холецистита. При этом симптоматическая терапия основного заболевания далеко не всегда приносит желаемый эффект и чаще всего не способствует уменьшению жалоб и нормализации состояния пациента. В связи с этим с целью выявления зависимости симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, которые сопровождают обострение хронического холецистита, от наличия у пациента сопутствующих заболеваний было обследовано 117 человек. В ходе исследования было определено, что соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы существенно способствует росту числа жалоб как на вздутие живота, так и на горечь во рту и тошноту. В то время как хронический холецистит на фоне нарушенного циркадного ритма значительно реже осложняется тошнотой и горечью во рту, чем без расстройств сна. Скорее всего, это свидетельствует о том, что симптомы, вызванные хроническим холециститом на фоне нарушенного циркадного ритма, становятся менее выраженными при нормализации последнего.

**Ключевые слова:** циркадные ритмы, хронический холецистит, соматоформные расстройства.

**Pavlovskiy S.A.**

### THE INFLUENCE OF CIRCADIAN RHYTHMS ON DYSPEPTIC MANIFESTATIONS OF CHRONIC CHOLECYSTITIS ASSOCIATED WITH SOMATOFORM DYSFUNCTION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM

**Summary.** As the result of clinical research, patients diagnosed with chronic cholecystitis in most cases show signs of autonomic dysfunction, emotional stress, anxiety and hypochondria disorders noted various complaints of pain in the right hypochondrium without exacerbation of chronic cholecystitis. This is symptomatic of underlying disease does not always bring the desired effect and more often than not reduces complaints and normalization of the patient. With this aim, in order to identify symptoms depending on the part of the gastrointestinal tract that accompany exacerbation of chronic cholecystitis, presence of comorbidities the patient was examined 117 people. During the investigation it was determined that somatoform dysfunction of the autonomic nervous system significantly contributes to both the number of complaints flatulence, and the bitterness in the mouth and nausea. While chronic cholecystitis against the background of disturbed circadian rhythm much less complicated nausea and bitterness in the mouth than without sleep disorders. Rather, it indicates that the symptoms caused by chronic cholecystitis against the background of disturbed circadian rhythm, are less pronounced for the normalization of the latter.

**Key words:** circadian rhythms, chronic cholecystitis, somatoform disorders.

**Рецензент:** д.мед.н., професор Гунас І.В.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2015 р.

Павловський Сергій Анатолійович - асистент кафедри внутрішньої медицини №3 НМУ ім. О.О.Богомольця, м.Київ; +38 067 411-99-77; ibolit@i.ua

© Буглова Н.О.

УДК: 616.342-002-053.2

**Буглова Н.О.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

**Резюме.** Серед хронічних захворювань органів травлення важливе місце посідає виразкова хвороба. Проведено клінічне обстеження 96 дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, віком від 7-18 років. Виявлені відмінності клінічних

проявів у залежності від важкості захворювання та наявності *H. Pylori* інфікування. Встановлено, що діти з *H. Pylori* (+) виразковою хворобою дванадцятипалої кишки мали більш інтенсивні прояви больового, диспепсичного та астено-вегетативного синдромів у порівнянні *H. Pylori*(-) пацієнтами.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, дванадцятипала кишка, діти, *H. Pylori*.

### Вступ

Ураження органів травлення займають провідне місце в структурі дитячої соматичної захворюваності в усьому світі, в Україні вони посідають друге місце і складають 106,1 на 1000 дитячого населення. Поширеність хронічного гастродуоденіту та виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДК) збільшується з віком дітей і набуває масштабів медико-соціальної проблеми [Сорокман, 2009; Dohil, 2007].

У структурі патології органів травлення на долю виразкової хвороби приходить 1,7-16% серед дитячого населення України, причому в переважній більшості випадків у дітей зустрічається ВХДК - 82-87 % [Сокольник, 2013]. Дослідження виразкової хвороби дванадцятипалої кишки має давню історію, однак і в даний час існують тривалі дискусії про причини та механізми виникнення виразкового ураження дванадцятипалої кишки та різноманітні варіанти його перебігу у дітей. У наш час не втратило своєї актуальності класичне уявлення про патогенез виразкової хвороби, на основі дисбалансу між агресією і захистом, а також вплив його на клінічний перебіг захворювання [Zunatas, 2010].

Важливу роль в етіології та формуванні захворювання відіграє чинник агресії ВХДК - інфекційний агент хелікобактер пілорі (*H. pylori*), який виявляється у 85-95% хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Роль у формуванні ВХДК та специфіки її клінічного перебігу віддають запальним змінам слизової оболонки дванадцятипалої кишки [Kumar, 2002]. Відомо, що *H. pylori* асоційований гастрит характеризується надлишковою запальною реакцією та пошкодженням епітеліальних клітин, тобто інвазія *H. pylori* ініціює каскад запальних та імунних реакцій в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки [Абатуров, 2012]. Прогрес у лікуванні ВХДК, що пов'язаний з застосуванням антихелікобактерної терапії, супроводжується трансформацією клінічної картини виразкового процесу, характеризується омолодженням (маніфестація захворювання в 7-9 років), зміною морфогенезу хвороби (появою атипичних форм), резистентністю до лікування, а також нівелюванням сезонності загострень, збільшенням частоти ускладнень і тяжких варіантів перебігу.

*Мета* дослідження - оцінити особливості перебігу виразкової хвороби в залежності від наявності *H. pylori* інфекції, визначити ступінь важкості захворювання та частоту супутніх захворювань у дітей різних вікових груп.

### Матеріали та методи

Проведено комплексне обстеження 96 дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки віком від 7 до 18 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні педіатрії №2 Вінницької ОДКЛ. У

дослідженні були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Усім дітям проведено ФГДС за допомогою відеосистеми "VIDEO SYSTEM OTV-SC, OLIMPUS GIF-XPE". Для діагностики інфекції *H. pylori* нами використовувався уреазний тест (URE-HPtest). Усім дітям була проведена інтрагастральна рН-метрія. Важкість перебігу ВХДК оцінювалась :

- легкий перебіг: строк загоєння виразки - 4 тижні для ВХ ДК, ремісія - більше 1 року;
- перебіг середньої тяжкості: строк загоєння виразки - від 1 до 2 місяців; ремісія - менше 1 року;
- тяжкий перебіг: нетипова локалізація виразок, численні дефекти (3 та більше), строк загоєння - більше 2 місяців або відсутній, часті рецидиви - більше 2 разів на рік або безперервно-рецидивуючий тип перебігу.

Хворих дітей було розділено на вікові групи: 12% (12,5±3,37%) віком від 7-11 років та від 12 до 18 років 84% (87,5 ±3,37%) відповідно. Середній вік хворих становив 13,3 ± 0,2 років.

### Результати. Обговорення

Під спостереженням знаходилось 68 хлопчиків (70,83±4,63% від загальної кількості обстежених хворих на ВХДК) та 28 дівчаток (29,17 ±4,25) %, (p<0,05). Всі обстежені діти були розподілені на наступні вікові групи: від 7 до 11 років - 12 дітей, від 12 до 18 років - 84. Вікові групи включали дітей з ВХДК обох статей: в групі від 7 до 11 років - 9 хлопчиків (75%), 3 дівчинки (25%), (p<0,05), у групі від 12 до 18 років - 59 (70,24%) хлопчиків та 25 (29,76%) дівчаток (p<0,05). Згідно з отриманими результатами, частота появи ВХДК збільшувалась з віком і склала у дітей від 7 до 11 років - 12,5±3,37% та від 12 до 18 років - 87,5±3,37%. При цьому в усіх групах вірогідно переважали хлопчики. Виявлено, що більшість хворих дітей мали *H. pylori* (+) виразкову хворобу - 77( 80,2±4,06% хворих).

*H. pylori* (+) виразкова хвороба була виявлена з більшою частотою у віковій групі від 12-18 років і становила 83,33%, 16,67% (p<0,01), відповідно.

Було проведено оцінку основних клінічних синдромів залежно від віку, статі та наявності *H. pylori*. Виявлено, що найбільш часто дітей, хворих на ВХДК, турбував больовий синдром - 86 пацієнтів (89,58%), диспепсичний був у 74 дітей (77,08%) та астено-вегетативний синдром був присутній у 62 дітей (64,58%).

Варто зауважити, що більш виражена клінічна картина захворювання спостерігалась у хворих із *H. Pylori*(+) виразковою хворобою на відміну від *H. Pylori* (-) ВХДК. Так, частота больового синдрому в залежності від наявності або відсутності *H. pylori* інфекції становила 94,81% та 68,42% (p<0,05), відповідно. Аналіз характе-

**Таблиця 1.** Розподіл обстежених дітей за віком та статтю.

Вік обстежених	Стать				Всього	
	Хлопчики		Дівчатка			
	п	%	п	%	п	%
7-11 років	9	75	3	25	12	12,5
12-18 років	59	61,5	25	26	84	87,5

**Таблиця 2.** Розподіл обстежених дітей за важкістю перебігу та віком.

Перебіг	Вік хворих					
	7-11 (n=12)		12-18 (n=84)		Всього (n=96)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
легкий	1	8,33	5	5,95	6	6,25
середній	9	75*	62	73,80*	71	73,96
важкий	1	8,33	18	21,42	19	19,79

**Примітка.** \* - різниця вірогідна щодо дітей з легким ступенем важкості захворювання ,  $p < 0,05$ .

**Таблиця 3.** Частота клінічних синдромів у дітей з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в залежності від інфікування *H. pylori*.

Синдроми	п/%	<i>H. pylori</i> + n=77		<i>H. pylori</i> - n=19	
		Абс.	%	Абс.	%
Больовий синдром	86/89,58	73	94,81*	13	68,42
Диспепсичний синдром	76/79,17	65	84,42*	11	57,89
Астено-вегетативний синдром	60/62,5	52	67,53*	8	42,10

**Примітка.** \* - різниця вірогідна щодо дітей, хворих на *H. Pylori*(-) виразкову хворобу дванадцятипалої кишки,  $p < 0,05$ .

**Таблиця 4.** Частота супутніх захворювань у обстежених дітей.

Супутні захворювання	Усі хворі n=96		7-11 років n=12		12-18 років n=84	
	п	%	п	%	п	%
Гастроезофагеальний рефлюкс	27	28,13	2	16,6	25	29,76
Дисбактеріоз	2	2,08	0	0	2	2,38
Дискінезія жовчовивідних шляхів	36	37,5	4	33,3	32	38,09
Панкреатопатія	19	19,79	2	16,67	17	20,23
Дуоденогастральний рефлюкс	22	21,87	4	33,3	18	21,43
Холецистит	2	2,08	1	8,3	1	1,19

ру больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу залежно від інфікування *H. pylori* встановив, що в осіб із *H. Pylori*(+) виразковою хворобою частіше діагностували нападopodobний біль, ніж у пацієнтів із відсутністю *H. pylori* інфекції (15,7% та 8,1%,  $p > 0,05$ , відповідно).

Частота диспепсичного (84,42%, 57,89%,  $p < 0,05$ ) та астено-вегетативного (64,93% та 42,10%,  $p < 0,05$ ) синдро-

мів була також вищою у дітей з *H. Pylori*(+) виразковою хворобою.

У групі дітей 7-11 років наявність больового синдрому спостерігалась у 10 пацієнтів (83,3%), тоді як диспепсичний та астено-вегетативний синдроми діагностували у 9 (75%), та 7(58,33%) дітей відповідно. Серед вікової групи 12-18 років переважав больовий синдром - 90,48% пацієнтів. Відповідно, диспепсичний синдром діагностовано у 67 хворих (79,76%) та астено-вегетативний - у 53 (63,09%). Вірогідної різниці у частоті диспепсичного та астено-вегетативного синдромів в залежності від віку не виявлено. У хлопчиків і дівчаток першим по частоті був больовий синдром (91,17% і 85,71%,  $p > 0,05$  відповідно), на другому місці - диспепсичний (82,35% і 71,42%,  $p > 0,05$  відповідно), на третьому - астено-вегетативний (66,17% і 53,57%,  $p > 0,05$  відповідно). Аналіз частоти виявлення основних клінічних синдромів захворювання залежно від статі не виявив вірогідної різниці у показниках ( $p > 0,05$ ).

Розподіл хворих залежно від ступеня важкості та наявності *H. pylori* інфекції виявив, що у дітей з ВХДК у клінічна картина характеризувалась переважанням середнього ступеня важкості захворювання 71 (73,96%). Важкий перебіг захворювання спостерігався у 19 (19,79%) пацієнтів, тоді як легкий ступінь захворювання мали лише 6 (6,25%) хворих з ВХДК. Вірогідно частіше середній та важкий ступінь захворювання діагностувався у дітей з *H. pylori* + виразковою хворобою (75,32%, 68,42%), (20,78%, 15,79%).

Найбільш частим ускладненням, виявленим у обстежених дітей, була кровотеча (у 16 дітей - 16,67%) і, як наслідок, - постгеморагічна анемія (у 8 пацієнтів - 8,33%) з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Перфорація дванадцятипалої кишки була діагностовано у 2 дітей (2,08%). Пенетрація у внутрішні органи була також встановлена у 2 пацієнтів (2,08%).

Отримані результати свідчать про те, що при ВХДК відбувається залучення в запальний процес панкреатобіліарної системи. Виявлено, що найбільш частим супутнім захворюванням гепатобіліарної системи була дискінезія жовчовивідних шляхів, яка мала місце у 36 дітей (37,5%), реактивні зміни підшлункової залози спостерігались у 19 хворих (19,79%), холецистит у 2 дітей (2,08%). Дисбактеріоз діагностований у 2 пацієнтів (2,08%).

Супутні порушення моторики верхнього відділу шлунково-кишкового тракту спостерігались у 49 дітей (51,04%), що проявилось в ендоскопічних ознаках гастроєзофагеального рефлюксу у 27 дітей (28,13%) та дуодено-гастрального рефлюксу у 22 дітей (28,2%). Крім того, 50 з 96 (52%) пацієнтів мали прояви езофагіту 1-2 ступеня.

Аналіз дослідження кислотоутворюючої функції шлунка в залежності від статі виявив, що у переважній більшості дівчат і хлопчиків спостерігалась підвищена кислотна продукція шлунка 60 (88,23%), 26 (92,85%)

відповідно. Незмінна кислотна продукція діагностувалась у меншій кількості дітей - 3 дівчаток (10,71%) та 6 хлопчиків (8,82%). Знижена кислотна продукція шлунка була виявлена у найменшій кількості обстежених дітей - у 1 дівчинки (3,57%) та 3 хлопчика (4,41%). Аналіз результатів кислотоутворюючої функції шлунка показав, що у групі дітей 7-11 років переважала підвищена кислотна продукція шлунка - 11 хворих (91,6%), тоді як незмінну кислотну продукцію діагностували у 1 хворого (8,33%), а знижена кислотна продукція була відсутня у всіх обстежених дітей даної групи. У дітей вікової групи 12-18 років також переважала підвищена кислотна продукція шлунка - 75 хворих (89,3%), тоді як незмінну та знижену кислотоутворюючу функцію було діагностовано у меншій кількості дітей - 8 (9,52%) та 4 (4,76%) відповідно. Також варто зазначити, що у дітей з наявною інфекцією *H. Pylori* вірогідно частіше діагностувалась підвищена кислотна продукція шлунка - 68,42%, 45,8% відповідно *H. Pylori* (-) групи.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Згідно з отриманими результатами дослідження,

#### Список літератури

Абатуров О. Є. Роль механізмів неспецифічного захисту у розвитку запалення слизової оболонки шлунка у дітей з хелікобактерною інфекцією / О. Є. Абатуров, О. М. Герасименко // Современная педиатрия. - 2012. - № 5. - С. 120-122.

Сокольник С. В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в дітей: діагностика, клініка, лікування / Со-

кольник С. В. - Чернівці : Медуніверситет, 2013. - 284 с.

Сорокман Т. В. Сучасні погляди на етіопатогенез виразкової хвороби у дітей / Т.В. Сорокман, Д. Р. Андрейчук, С.В. Сокольник // Здоровье ребенка. - 2009.-№2. - С. 17.

Dohil R., Hassall E. Peptic ulcer disease in children / R. Dohil, E. Hassall // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. -

2007. - Vol. 14, № 1. - P. 53-73.

Pre and post eradication gastric inflammation in *Helicobacter pylori*-associated duodenal ulcer / D. Kumar, A. Dhar, S. Dattagupta [et al.] // Indian Journal of Gastroenterology. - 2002. - Vol. 21 (1). - P. 7-10.

Zunatas K. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection / K. Zunatas, G. Fantry // Curr. Opin. Gastroenterol. - 2010. - Vol. 33, № 15. - P. 66-71.

**Буглова Н.О.**

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

**Резюме.** Среди хронических заболеваний органов пищеварения у детей важное место принадлежит язвенной болезни. Проведено клиническое обследование 96 детей, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в возрасте с 7-18 лет. Изучены особенности клинических проявлений в зависимости от тяжести заболевания и наличия *H. Pylori*. Исследования показали, что дети с *H. Pylori* (+) язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки имели более интенсивные проявления болевого, диспепсического и астено-вегетативного синдромов в сравнении с *H. Pylori*(-) пациентами.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, дети, *H.pylori*.

**Buglova N.**

#### CLINICAL FEATURES OF PEPTIC DUODENUM ULCER DISEASE IN CHILDREN

**Summary.** Among the chronic diseases of the digestive an important role has peptic ulcer disease. Conducted clinical examination of 96 children suffering from duodenal ulcer, aged 7-18 years. The revealed differences of clinical manifestations depending on the severity of the disease and the presence of *H. Pylori* infection. Established that children with *H. Pylori* (+) duodenal ulcer had more intense expression of pain, dyspeptic and asthenovegetative syndromes compared to *H. Pylori* (-) patients.

**Key words:** peptic ulcer disease, duodenum, children, *H.pylori*.

Рецензент - д.мед.н., проф. Каблукова О.К.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2015 р.

Буглова Наталя Олександрівна - асистент кафедри педіатрії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 46-93-20