

© Ющенко Л.О.

УДК: 616.33 - 008.3:613.9:616 - 071

Ющенко Л.О.

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

## ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ У ДІТЕЙ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ

**Резюме.** В статті наведені результати дослідження частоти, структури, факторів ризику та особливостей клінічних проявів функціональної диспепсії у дітей старшого віку. Встановлено, що категорії функціональної диспепсії супроводжуються різними синдромокомплексами, для яких характерна різна секреторна функція травного тракту та інфікованість *H. pylori*.

**Ключові слова:** функціональна диспепсія, клініка, діти, фактори ризику.

### Вступ

Функціональна диспепсія (ФД) - поширений функціональний гастроінтестинальний розлад, який за Римськими критеріями III, визначається як епігастральний біль або дискомфорт (поширеність 89-90%), постпрандіальне переповнення (75-88%), раннє насичення (50-82%), що турбують протягом 3 останніх місяців та загальною тривалістю не менше 6 місяців [Task, Talley, 2013; Drossman, 2006]. Пацієнти при цьому не повинні мати ніяких органічних, системних та метаболічних порушень, які могли б пояснити симптоми ФД. За даними популяційних досліджень поширеність захворювання серед дорослого населення складає близько 29% серед американців, 20,6% серед європейців та сягає 35-40% серед дітей [Brum, Braden, 2010]. Ознаки ФД є неспецифічними, а патофізіологія різноманітною і це пояснює причину того, що у частини пацієнтів універсальне ефективне лікування залишається ілюзорним [Lacy, Talley, 2012]. Ознаки диспепсії викликає специфічна комбінація фізіологічних, генетичних, екологічних і психологічних факторів, які призводять до появи різного поєднання симптомів у кожного окремого пацієнта [Lloyd, McClellan, 2011]. На сьогоднішній день вважають, що основними патофізіологічними механізмами виникнення симптомів ФД є: порушення моторики (як сповільнення, так і прискорення моторно-евакуаторної функції), вісцеральна гіперчутливість, підвищення кислотності шлунку та/або підвищення чутливості до нормальної секреції, хелікобактерне інфікування [Vanheelm, Farre, 2013; Белоусов, Ганзий, 2013; Фадеенко, Чирва, 2013; Чернявський, Козлов, 2011]. *H. pylori*, викликаючи запалення, може призводити до вищевказаних порушень [Suzuki, Moayyedi, 2013]. Крім цього, розглядають зв'язок з гастроінтестинальними інфекціями (*S. Gastroenteritis*, *Giardia lamblia*), які в одного з семи переохворілих протягом року викликають ознаки ФД [Brum, Braden, 2010; Харченко, Герасименко, 2010]. У дітей старшого віку до розвитку ФД можуть призвести лабільність центральної та вегетативної нервової системи, порушення нейрогуморального апарату [Van Oudenhove, Aziz, 2013; Харченко, Анохина, 2012]. У підлітків особливу роль відводять соціальному оточенню, у якому формуються нейроендокринна система та такі поведінкові особливості, як недотримання режиму харчування, небажання приймати медикаменти, вжи-

вання алкогольних напоїв, паління [Feinle-Bisset, Azpiroz, 2013; Фадеенко, Чирва, 2013].

Саме тому, метою дослідження стало вивчення структури, частоти, факторів ризику та особливостей клінічного перебігу функціональної диспепсії серед дітей старшого віку.

### Матеріали та методи

Для вивчення розповсюженості та структури ФД проводили оцінку скарг та аналіз результатів досліджень хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей старшого віку Вінницької міської лікарні "Центру матері та дитини" з 2009 по 2011 роки. Серед 1575 хворих гастроентерологічного профілю функціональну диспепсію мала 421 (26,73%) дитина. Серед останніх відібрано 100 осіб старшого віку (від 14 до 18 років), серед яких однаково кількість становили підлітки як жіночої так чоловічої статі. В залежності від наявності в клінічній картині захворювання тих чи інших симптомів при постановці діагнозу ФД виділяли її два варіанта: синдром епігастрального болю (СЕБ) та постпрандіальний дистрес синдром (ПДС). Розподіл підлітків в залежності від категорії ФД показав, що найбільшу частку становили підлітки з поєднанням симптомів ПДС та СЕБ (42,00%), практично вдвічі менше було хворих з ПДС (28,00%) та третину становили діти з СЕБ (30,00%). Суттєвої різниці в частоті клінічних категорій ФД у дітей різного віку (14-18 років) не виявили.

Для виключення інших захворювань травного тракту всім дітям проводили загальноклінічні аналізи крові та сечі, біохімічне дослідження з визначенням загального, прямого та непрямого білірубіну, трансаміназ, лужної фосфатази, тимолової проби,  $\alpha$ -амілази,  $\beta$ -ліпопротеїдів, глюкози в плазмі крові, дослідження копроцитограми, аналіз калу на наявність яєць гельмінтів, аналіз випорожнень на приховану кров. При відборі хворих звертали увагу на те, щоб диспепсичні скарги відмічались у них протягом 3 останніх місяців та щоб загальна тривалість симптомів диспепсії була не менше 6 місяців. Діагноз ставили згідно Римських критеріїв III (2006) та верифікували на основі фіброезофагогастродуоденоскопії, також визначали рівень хелікобактерного інфікування. Серед інших інструментальних досліджень застосовували УЗД органів черевної порожни-

ни та заочеревинного простору, внутрішньошлункову рН-метрію. За потребою діти були оглянуті вузькими спеціалістами (хірургом, гінекологом).

Отримані результати були опрацьовані методами варіаційної статистики із використанням стандартного набору прикладних програм багатомірного варіаційно-статистичного аналізу Statistica 5,0 for Windows.

### Результати. Обговорення

Серед обстежених з підтвердженою ФД біль в епігастрії зустрічали в усіх хворих, але він за інтенсивністю та характером відрізнявся у дітей з різними категоріями ФД. Особливості больового синдрому представлені в таблиці 1.

Характер больового синдрому залежав від категорії ФД. Слабкої та помірної інтенсивності, ниючі та тиснучі болі, переважно після їжі, відзначали достовірно частіше у хворих з ПДС, в той час, як інтенсивні колючі, голодні болі, після емоційного навантаження - у дітей з СЕБ, а помірної інтенсивності, ріжучі або ниючі, не пов'язані з прийомом їжі зафіксовані при поєднанні симптомів ПДС та СЕБ.

Нами проведена оцінка залежності абдомінального больового синдрому від навантаження на організм дитини. Потрібно відзначити, що вплив емоційного навантаження був більш значущим і призводив до появи абдоміналії в 56,67% дітей з СЕБ, на відміну від 25,00 та 38,09% у пацієнтів з ПДС та при поєднанні ПДС з СЕБ, відповідно ( $p < 0,05$ ). Вплив фізичного навантаження відмічений при усіх категоріях ФД, хоча і не був таким вагомим як нервово-психічний фактор.

Окрім больового синдрому діти мали скарги диспепсичного характеру (табл. 2). Встановлено, що при ПДС достовірно переважали скарги на зниження апетиту, нудоту, блювання, швидке перенасичення та неприємне постпрандіальне перепоєнення, при інших категоріях ці скарги зустрічали з меншою частотою. Набагато рідше та без достовірної різниці між категоріями ФД спостерігали наявність відрижки, неприємного присмаку в роті, нестійкого стільця. Схильність до закрепів частіше відмічали у дітей з СЕБ. Таким чином, скарги дітей з ФД відображують наявність абдомінально-диспепсичного синдрому.

При зборі анамнезу 14 обстежених (14,00%) пов'язували виникнення симптомів ФД з гострими розладами травлення, 4 (4,00%) - з отруєнням, 2 підлітків (2,00%) вказують на появу диспепсичних скарг після травм.

З історії захворювання відомо, що регулярно 4-разове харчування мали 39 хворих (39,00%), інші (61 хворий - 61,00%) - харчувались нерегулярно. Протягом доби вони пропускали деякі прийоми їжі, часто споживали бутерброди, шоколадні батончики, вживали газовані "кольорові" напої, жувальні гумки; в раціоні були відсутні перші страви, в вечірній час у багатьох дітей відмічали перенасичення. Слід зазначити, що у дітей з СЕБ частіше виявляли 2-3 разове харчування (53,33%), бутерб-

**Таблиця 1.** Характеристика больового синдрому у підлітків з функціональною диспепсією.

Характеристика больового синдрому	Категорії функціональної диспепсії					
	ПДС (n=28)		СЕБ (n=30)		Поєднання (n=42)	
	n	%	n	%	n	%
1. Інтенсивність:						
- слабка	10	35,71	0	0	9	21,43
- помірна	17	60,71	17	56,67	23	54,76
- сильна	1	3,57*	13	43,33	10	23,81
2. Характер:						
- колючий, ріжучий	4	14,28*	28	93,33	24	57,14
- ниючий, тиснучий	24	85,71*	2	6,67	18	42,86
3. Зв'язок з прийомом їжі:						
- після їжі	15	53,57*	6	20,00	18	42,86
- голодний біль	0	0	8	26,67	7	16,67
- не пов'язаний	13	46,43	16	53,33	17	40,47
4. Зв'язок з фізичним навантаженням	9	32,14	12	40,00	6	14,28
5. Зв'язок з емоційним навантаженням	7	25,00*	17	56,67	16	38,09

**Примітка.** \* - різниця показників в порівнянні з такими при СЕБ ( $p < 0,05$ ).

**Таблиця 2.** Частота диспепсичних скарг у підлітків з функціональною диспепсією.

Характеристика больового синдрому	Категорії функціональної диспепсії					
	ПДС (n=28)		СЕБ (n=30)		Поєднання (n=42)	
	n	%	n	%	n	%
Зниження апетиту	24	85,71*	14	48,65	23	54,76
Нудота	20	71,43*	5	16,67	22	52,38
Блювота	5	17,85	3	10,00	8	19,05
Швидке перенасичення	25	89,28*	2	6,67	20	47,62
Епігастральне печіння	0	0	12	40,00	5	11,90
Неприємне постпрандіальне перепоєнення	28	100,0*	2	6,67	21	50,00
Відрижка	11	39,28	13	43,33	14	33,33
Неприємний присмак в роті	15	53,57	17	56,67	25	59,52
Схильність до закрепів	4	14,28*	15	50,00	14	33,33
Нестійкий стілець	1	3,57	2	6,67	6	14,28

**Примітка.** \* - різниця показників в порівнянні з такими при СЕБ ( $p < 0,05$ ).

родами (33,33%), зловживання їжею "фаст-фуд", "кольоровими" газованими напоями (66,67%), в той час як серед підлітків з ПДС встановлено більшу частоту споживання солодкого (шоколаду) (64,28%) та перенасичення в вечірній години (42,85%). Отже, виникнення та підтримання порушення шлункової секреції, а також зміни моторики шлунку, які викликають дискоординацію у виділенні гастроінтестинальних гормонів та пептидів, обумовлені виявленими аліментарними погіршеннями у дітей старшого віку з ФД.

Більшість підлітків (79,00%) навчалися в загально-

**Таблиця 3.** Розподіл обстежених підлітків з різними категоріями функціональної диспепсії від залежності від внутрішньошлункової кислотності-лужності.

Секреторна функція	ПДС (n=28)		СЕБ (n=30)		Поєднання (n=42)	
	п	%	п	%	п	%
Гіперацидний стан (n=29)	2	7,14*	11	36,67	12	28,57
Гіпоацидний стан (n=5)	1	3,57	0	0	3	7,14
Нормоацидність (n=86)	25	89,29	19	63,33	27	64,29

**Примітка.** \* - різниця показників в порівнянні з такими при СЕБ (p<0,05).

**Таблиця 4.** Розподіл обстежених підлітків з різними категоріями функціональної диспепсії в залежності від рівня інфікування *H.pylori*.

Рівень інфікування	ПДС (n=28)		СЕБ (n=30)		Поєднання (n=42)	
	п	%	п	%	п	%
(+) - незначне інфікування (n=10)	0	0	5	16,67	4	9,52
(++) - помірне інфікування (n=8)	2	7,14	4	13,33	1	2,38
(+++ ) - значне інфікування (n=14)	1	3,57*	9	30,00	3	7,14
(-) - результат негативний (n=88)	25	89,29	12	40,00	34	80,95

**Примітка.** \* - різниця показників в порівнянні з такими при СЕБ (p<0,05).

освітній школі, решта - в учбових закладах I-II ступеню акредитації (професійно-технічні училища, коледжі). З задоволенням відвідували учбовий заклад та хотіли б отримати вищу освіту 42 підлітка (42,00%). 22 учня були байдужі та не проявляли ентузіазму. Деякі часто змінювали школу та віддавали перевагу перебуванню в стаціонарі, ніж відвідуванню учбового закладу. Задовільна і хороша успішність була у 52 підлітків (52,00%), незадовільна - у 14 (14,00%). Систематично займались фізкультурною або в спортивних секціях менше третини опитаних, загалом відвідували додаткові заняття та гуртки 22,00% дітей. За комп'ютером або телевізором проводили до 4 годин на добу 42 підлітка (42,00%), більше 4 годин - 12 (12,00%). Несприятливі соціально-побутові фактори (незадовільні умови проживання, неповні, малозабезпечені та багатодітні сім'ї) відзначені у 11 випадках (11,00%). Серед хворих палили 27 підлітків, з них хлопців - 21 (21,00%) і дівчат - 6 (6,00%).

При зборі анамнезу обов'язково звертали увагу на спадкову схильність до патології шлунково-кишкового тракту. Було виявлено, що родичі I ступеню спорідненості мали захворювання травної системи у 61,00% випадків. Домінування серед обстежених обтяженої спадковості за хронічним гастродуоденітом, виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки виявили як зі сторони матері, так і зі сторони батька.

Секреторна функція, яку визначали у підлітків, була

порушена у 29 хворих (29,00%): гіперацидний стан спостерігали у 25 (25,00%) і гіпоацидний - у 4 (4,00%) підлітків. Нормоацидність мала місце у 71 (71,00%) обстежених. Розподіл підлітків основної групи з різними категоріями ФД в залежності від внутрішньошлункової кислотності-лужності показаний в таблиці 3. Як видно, третина підлітків з СЕБ (36,67%) мала підвищену кислотність, що достовірно відрізнялось від кількості дітей з ПДС (7,14%). Кореляційний аналіз дозволив виявити пряму позитивну залежність секреторної функції шлунка та клінічного перебігу ФД у дітей. Рівень гіперацидності вірогідно корелює з проявами больового синдрому при СЕБ (r = 0,03).

За допомогою уреазного тесту було встановлено, що інфікованість *H.pylori* виявлена у третини хворих з ФД (29,00 %) (таблиця 4). Нами відзначено, що у осіб з СЕБ відмічається вірогідно частіше інфікування *H.pylori* в порівнянні з іншими категоріями ФД. Відсутність інвазивності отримано у підлітків з ПДС (у 25 осіб, 89,29%) та при поєднанні ПДС і СЕБ - 34 особи (80,95 %), на відміну від пацієнтів з СЕБ - 12 осіб (40,00%).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Клінічний перебіг ФД у обстежених підлітків залежить від їх категорій. Так, одними з провідних симптомів ФД є абдоміналії, які відрізняються за інтенсивністю та характером. Нами прослідкована залежність больового синдрому від фізичного та психоемоційного навантаження. Більш вагомим в розвитку абдоміналії виявився емоційний фактор.

2. У обстежених дітей виявлений ряд аліментарних погіршностей, які підтримують порушення шлункової секреції, а також зміни моторики шлунку.

3. Секреторна функція у дітей з ФД виявилась порушеною у третини хворих переважно з синдромом абдомінального болю.

4. Нами відзначено, що у групі осіб з синдромом абдомінального болю відмічається вірогідно частіше інфікування *H.pylori* в порівнянні з іншими категоріями ФД. Відсутність інвазивності супроводжує більшість підлітків з постпрандіальним дистрес-синдромом та при поєднанні епігастрального больового і постпрандіального дистрес-синдрому.

5. Виявлена обтяжена спадковість за хронічним гастродуоденітом, виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки, що вказує на генетично обумовлену неповноцінність вегетативної іннервації внутрішніх органів.

Таким чином, клінічні категорії ФД супроводжуються різними синдромокомплексами, для яких характерна різна секреторна функція травного тракту та інфікованість *H.pylori*, що необхідно визначати при обстеженні дітей та враховувати при призначенні коригуючої терапії таким хворим.

**Список літератури**

- Белоусов Ю.В. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка у детей и их коррекция препаратом "Иберогаст" /Ю.В.Белоусов, Е.Б.Ганзий, К.В.Волошин //Сучасна гастроентерологія. - 2013. - №2(70). - С. 89-93.
- Оптимизация лечения больных функциональной диспепсией /Н.В.Харченко, Г.А.Анохина, И.А.Коруля, О.Н.Кисла [и др.] //Сучасна гастроентерологія. - 2012. - №4(66). - С. 63-66.
- Фадеев Г.Д. Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: некоторые вопросы патогенеза и возможности коррекции (обзор литературы и собственные исследования) /Г.Д.Фадеев, О.В.Чирва //Сучасна гастроентерологія. - 2013. - №1(69). - С. 149-156.
- Харченко Н.В. Корекція порушень кишкового мікробіоцинозу у хворих на функціональну диспепсію, поєднану з синдромом подразненого кишечника /Н.В.Харченко, О.М.Герасименко //Сучасна гастроентерологія. - 2010. - №4(54). - С. 40-45.
- Чернявський В.В. Функціональна диспепсія: можливості фармакологічної корекції /В.В.Чернявський В.О.Козлов //Сучасна гастроентерологія. - 2011. - №6(62). - С. 41-45.
- Brum R. Functional dyspepsia /Brum R., Braden K. //Therap Adv Gastroenterol. - 2010. - Vol.3, №3. - P. 145-164.
- Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process /D.A.Drossman //Gastroenterology. - 2006. - Vol.130, №5. - P. 1377-1390.
- Feinle-Bisset C. Dietary and lifestyle factors in functional dyspepsia /C.Feinle-Bisset, F.Azpiroz //Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. - 2013. - №10. - P. 150-157.
- Review Article: Current Treatment Options and Management of Functional Dyspepsia /B.E.Lacy, N.J.Talley, G.R.Locke III [et al.] //Aliment Pharmacol Ther. - 2012. - Vol.36, №1. - P. 3-15.
- Ryan L.A. Update on the Evaluation and Management of Functional Dyspepsia /L.A.Ryan, A.D.McClellan //Am. Fam. Physician. - 2011. - Vol.83, №5. - P. 547-552.
- Suzuki H. Helicobacter pylori infection in functional dyspepsia /H.Suzuki, P.Moayyedi //Nature Rev. Gastroenterol. & Hepatol. - 2013. - №10. - P. 168-174.
- Tack J. Functional dyspepsia-symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria /J.Tack, N.J.Talley //Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. - 2013. - №10. - P. 134-141.
- Van Oudenhove L. The role of psychosocial factors and psychiatric disorders in functional dyspepsia /L.Van Oudenhove, Q.Aziz //Nature Rev. Gastroenterol. & Hepatol. - 2013. - №10. - P. 158-167.
- Vanheel H. /Changes in gastrointestinal tract function and structure in functional dyspepsia /H.Vanheel, R.Farre //Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. - 2013. - №10. - P. 142-149.

**Ющенко Л.А.**

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ДЕТЕЙ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА**

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования частоты, структуры, факторов риска и особенностей клинических проявлений функциональной диспепсии у детей старшего возраста. Установлено, что категории функциональной диспепсии сопровождаются разными синдромокомплексами, для которых характерна различная секреторная функция пищеварительного тракта и инфицированность *H.pylori*.

**Ключевые слова:** функциональная диспепсия, клиника, дети, факторы риска.

**Yushchenko L.O.**

**FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN: FREQUENCY, STRUCTURE, PACULIARITIES CLINICAL COURSE AND RISK FACTORS**

**Summary.** The article presents the results of research of frequency, structure, risk factors and peculiarities of the clinical course of functional dyspepsia in older children. The subgroups of functional dyspepsia characterized by various group of symptoms with different gastric acid secretion and infection of *H.pylori* are determined.

**Key words:** functional dyspepsia, clinic, children, risk factors.

Стаття надійшла до редакції 15.11.2013 р.

Ющенко Леся Олександрівна - к.мед.н., асистент кафедри пропедевтики педіатрії з доглядом за дітьми, Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 093-03-50; ula1207@rambler.ru.

© Сакова Н.М., Філімонов Ю.В., Ісаков П.А., Киніна О.С., Романяк І.В., Даних В.М.

УДК: 616-008.843.1+616.311.2

**Сакова Н.М., Філімонов Ю.В., Ісаков П.А., Киніна О.С., Романяк І.В., Даних В.М.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра стоматології дитячого віку (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕЛЮ ТА ОПОЛІСКУВАЧА З ПРОТИЗАПАЛЬНИМ ЕФЕКТОМ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

**Резюме.** Уданій статті досліджена ефективність та проведена порівняльна оцінка впливу протизапального гелю та ополіскувача Тебодонт на стан тканин пародонта та профілактику рецидивів запальних процесів у пародонті. Встановлено, що гель та ополіскувач Тебодонт володіє більш вираженими протизапальними, протимікробними властивостями, порівняно з Метрогіл Дента. Клінічно показано, що використання гелю та ополіскувача більше 14 днів призводить до зменшення кількості пародонтопатогенних мікроорганізмів, усуває симптоми запалення та позитивно впливає на перебіг генералізованого пародонтиту.

**Ключові слова:** гель та ополіскувач Тебодонт, пародонтопатогенні мікроорганізми, генералізований пародонтит.