

УДК 616.33-002.44-071-053.2:612.884

*Т. В. Сорокман*  
*С. В. Сокольник*  
*М. Г. Гінгуляк*  
*Л. В. Швигар*

## ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Ключові слова:** діти, виразкова хвороба, больовий синдром.

**Резюме.** Наведена характеристика больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу віком 7-17 років. Встановлено, що найбільш часто біль локалізувався в пілородуоденальній ділянці, носив тупий, ниючий характер. Інтенсивність болю залежала від тривалості хвороби, статі, локалізації виразки. Вірогідної різниці в характері болю в дітей залежно від наявності *H. pylori* не виявлено.

### Вступ

Основною нозологічною формою сучасної гастроентерології і найбільш серйозною патологією гастроуденальної ділянки залишається виразкова хвороба (ВХ), яка поєднує в собі, як правило, найвищий прояв хронічного запального процесу з деструкцією слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки. Провідним синдромом ВХ є больовий. Для виразки гастроуденальної ділянки характерний сезонний ритм больового синдрому [1, 3]. Причиною виникнення болю варто вважати рухові порушення шлунка й дванадцятипалої кишки [4]. Оцінка відчуття болю, його виразність залежить від особливостей особистості й психічної налаштованості хворого [2, 5].

### Мета дослідження

Провести оцінку больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу.

### Матеріал та методи

Детальне клінічне обстеження проведено у 150 дітей, хворих на ВХДПК, віком 7–8 років, яким проводилося комплексне клінічно-лабораторне та інструментальне обстеження. При проведенні клінічного дослідження особливу увагу приділяли вивченню таких ознак больового синдрому: локалізація, термін появи, залежність від прийому їжі, тривалості захворювання та пори року тощо.

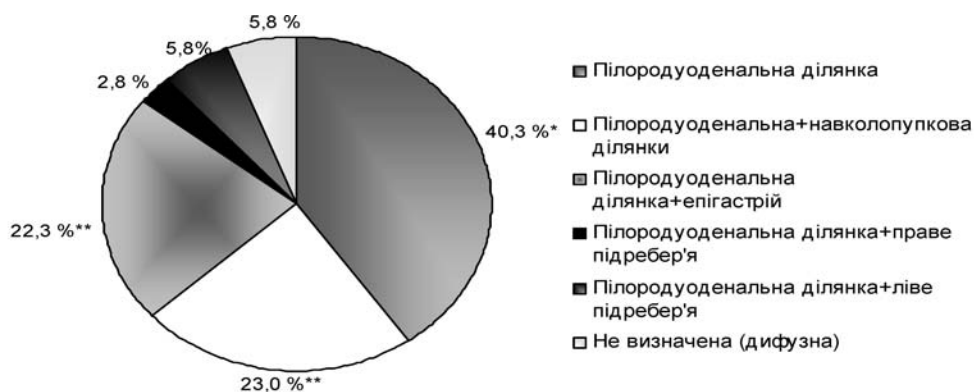
Результати дослідження статистично оброблені за допомогою пакетів комп'ютерних програм "STATISTICA" for Windows 8.0.0. (SPSS I.N.C.; 1989-1997), "STATISTICA V.6.0" (Stat Soft Inc; 1984-1996). Використані статистичні модулі «Основи статистики», «Кореляційний аналіз». Вірогідність відмінності між відносними величинами визначалася методом кутового перетворення Фішера - Рф.

### Обговорення результатів дослідження

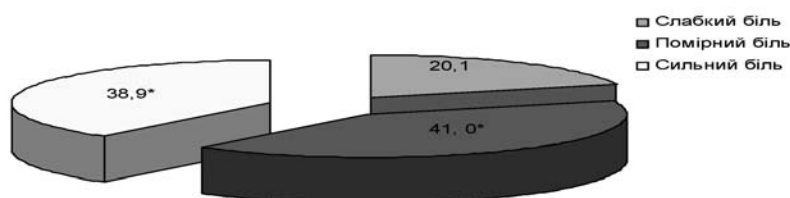
Найбільш часто біль локалізується ізольовано в пілородуоденальній ділянці ( $\phi=2,34$ ,  $p<0,05$ ) та в комбінації із навколопупковою ділянкою ( $\phi=2,29$ ,  $p<0,05$ ) і правим підребер'ям ( $\phi=2,34$ ,  $p<0,05$ ). Локалізація больового синдрому представлена на рисунку 1.

У дітей 7-11 років вірогідно частіше виявляли поєднану локалізацію болю, що виникав переважно у пілородуоденальній і навколопупковій ділянках ( $(53,2\pm 7,9)\%$ ,  $\phi=2,29$ ,  $p<0,05$ ) та з однаковою частотою у пілородуоденальній ділянці і правому підребер'ї ( $(15,6\pm 3,9)\%$ ) та ізольований біль у пілородуоденальній ділянці ( $(15,6\pm 3,9)\%$ ; у дітей 12-18 років – у пілородуоденальній ділянці ( $(47,7\pm 8,3)\%$ ,  $\phi=2,32$ ,  $p<0,05$ ) та в поєднанні з правим підребер'ям ( $(24,3\pm 7,5)\%$ ,  $\phi=2,23$ ,  $p<0,05$ ).

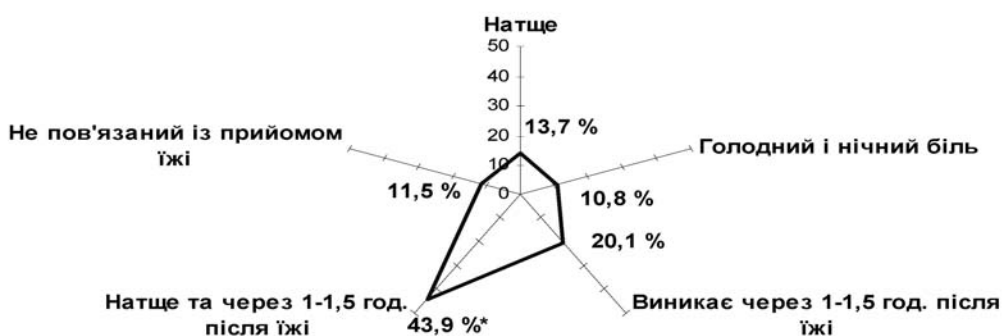
У переважної більшості дітей біль носив тупий, ниючий характер ( $(69,8\pm 8,5)\%$ ), біль іншого характеру зустрічався у  $(30,2\pm 4,9)\%$  дітей,  $\phi=2,51$ ,  $p<0,05$ , серед них майже з однаковою частотою реєструвався пекучий ( $(12,2\pm 3,1)\%$ ) та переймоподібний ( $(10,8\pm 3,2)\%$ ) біль і лише  $(7,2\pm 2,8)\%$  дітей не могли охарактеризувати біль. Як у підгрупі дітей 7-11 років, так і у підгрупі 12-18 років вірогідно частіше біль носив ниючий характер ( $(53,1\pm 4,9)\%$  та  $(74,8\pm 2,8)\%$  відповідно, проте в старшій віковій підгрупі частота була вірогідно більшою ( $\phi=2,18$ ,  $p<0,05$ ). Така ж закономірність спостерігалася і залежно від тривалості захворювання: ниючий характер болю відзначали у  $(74,5\pm 6,9)\%$  дітей із тривалістю захворювання до 1 року, у  $(79,0\pm 7,2)\%$  дітей, що хворіють 1-3 роки ( $\phi=1,01$ ,  $p>0,05$ ) та у  $(92,6\pm 6,8)\%$  дітей, що хворіють понад 3 роки ( $\phi=1,02$ ,  $p>0,05$ ). Варто зауважити, що хлопчики у 2,3 рази частіше, ніж дівчатка скаржилися на біль переймоподібного характеру ( $\phi=1,99$ ,  $p<0,01$ ). Вірогідної різниці в характері



**Рис. 1.** Локалізація болювого синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Примітки: 1. \* - різниця вірогідна щодо решти локалізації болювого синдрому,  $p < 0,05$ ; 2. \*\* - різниця вірогідна щодо локалізації болювого синдрому в пілородуоденальній ділянці та епігастрії; у пілородуоденальній ділянці та лівому підреб'ї й не визначеній (дифузній) локалізації,  $p < 0,05$   $p < 0,05$ .



**Рис. 2.** Інтенсивність болювого синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Примітка. \* - різниця вірогідна щодо слабого болювого синдрому ( $p < 0,05$ )

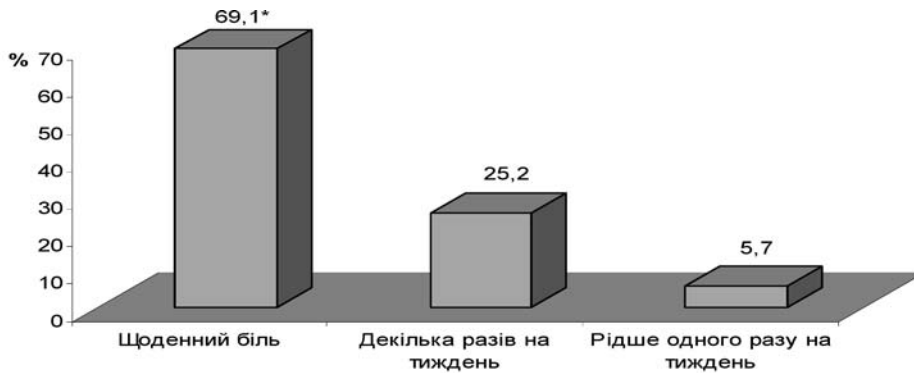


**Рис. 3.** Характеристика болювого синдрому залежно від часу його появи. Примітка. \* - різниця вірогідна щодо решти показників ( $p < 0,05$ )

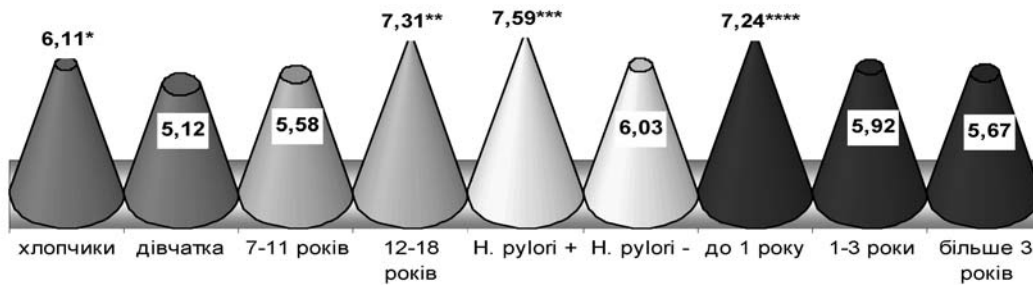
болю в дітей залежно від наявності Н. рулогі не виявлено – біль ниючого характеру реєструвався у (78,1±6,8) %, переймоподібний - у (21,8±2,9) %,  $\varphi=2,46$ ,  $p < 0,05$ ), тобто дещо вища його частота ніж у підгрупі дітей із Н. рулогі-неасоційованою ВХДПК (18,1±1,9) %,  $\varphi=1,02$ ,  $p > 0,05$ . За ступенем інтенсивності болювий синдром у дітей із ВХ майже в однаковій мірі був сильним та помірно вираженим ((38,9±4,6) % та (41,0± 4,6) %,  $\varphi=1,02$ ,  $p > 0,05$ ), рисунок 2.

Відзначено, що у (73,1±3,4) % хворих із тривалістю ВХ до року біль був інтенсивний, тоді як серед дітей із тривалістю перебігу даної патології понад 3 роки інтенсивний біль у животі виявлявся тільки у ((40,7±9,2) %,  $\varphi=2,18$ ,  $p < 0,05$ )), що пояснюється збільшенням порогу болювої чутливості серед тривалохворюючих дітей.

Існують тісні кореляційні зв'язки між інтенсивністю болю і тривалістю ВХ. Встановлено зворотній вірогідний кореляційний зв'язок між інтен-



**Рис. 4.** Частота появи болювого синдрому в дітей із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.  
Примітка. \* - різниця вірогідна щодо решти показників ( $p < 0,05$ )



**Рис. 5.** Загальний болювий індекс у дітей, хворих на виразкову хворобу.

Примітки. 1. \* - різниця вірогідна щодо дівчаток ( $p < 0,05$ ); 2. \*\* - різниця вірогідна щодо дітей 7-11 років ( $p < 0,05$ ); 3. \*\*\* - різниця вірогідна щодо дітей із відсутністю *H. pylori* ( $p < 0,05$ ); 4. \*\*\*\* - різниця вірогідна щодо дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки та більше 3 років ( $p < 0,05$ )

сивністю болювого синдрому та тривалістю захворювання ( $r = -0,62$ ,  $p < 0,05$ ). Оцінка ступеня інтенсивності болювого синдрому залежно від статі показала вірогідне переважання серед хлопчиків сильного болювого синдрому ( $88,3 \pm 6,9$ ) % порівняно із дівчатками ( $32,2 \pm 5,3$ ) %,  $\phi = 2,56$ ,  $p < 0,01$ , яких вірогідно частіше турбував біль помірної інтенсивності ( $64,5 \pm 4,1$ ) %,  $\phi = 2,27$ ,  $p < 0,05$ ). У дітей із *H. pylori*-асоційованою ВХДПК біль носив більш інтенсивний характер ( $\phi = 1,52$ ,  $p < 0,05$ ). У 43,9 % хворих біль виникав натще та через 1-1,5 години після вживання їжі (рис. 3). Біль, що з'являвся натще, відзначений у ( $41,2 \pm 3,8$ ) % дітей із тривалістю хвороби до року. Із збільшенням тривалості перебігу ВХ хворі відзначали появу болювих відчуттів ще й через 1-1,5 години після прийому їжі ( $(71,9 \pm 9,8)$  %,  $\phi = 2,13$ ,  $p < 0,05$ ). Вірогідної різниці у часі виникнення болювого синдрому залежно від статі ( $\phi = 1,02$ ,  $p > 0,05$ ) та наявності *H. pylori* не встановлено ( $\phi = 1,05$ ,  $p > 0,05$ ).

Біль у животі в дітей із ВХ виникав щодня у ( $69,1 \pm 8,3$ ) %, декілька разів на тиждень у ( $25,2 \pm 7,9$ ) %,  $\phi = 2,12$ ,  $p < 0,05$  та рідше одного разу на тиждень у ( $5,7 \pm 4,4$ ) %,  $\phi = 2,93$ ,  $p < 0,01$ , рисунок 4.

Варто зазначити, що з віком частота появи болю збільшувалась ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,01$ ): щоденний біль турбував дітей старшої вікової підгрупи вірогідно частіше, ніж молодшої ( $(79,4 \pm 11,2)$  % та ( $34,4 \pm 4,8$ ) % відповідно,  $\phi = 1,46$ ,  $p < 0,05$ ); тоді як у дітей 7-11 років частіше ніж у дітей 12-18 років діагностувався біль, який виникав декілька разів на тиждень ( $(56,2 \pm 6,9)$  % та ( $15,9 \pm 2,1$ ) % відповідно,  $\phi = 1,31$ ,  $p < 0,05$ ). Для хворих із *H. pylori*-асоційованою ВХ характерна вірогідно вища частота болю: щодня біль хвилював ( $74,8 \pm 4,9$ ) % дітей, тоді як у групі із *H. pylori*-неасоційованою ВХ ( $44,4 \pm 3,2$ ) % дітей,  $\phi = 1,84$ ,  $p < 0,05$ . Вірогідного зв'язку частоти появи болювого синдрому з тривалістю захворювання ( $\phi = 1,03$ ,  $p > 0,05$ ) та статтю ( $\phi = 1,01$ ,  $p > 0,05$ ) не виявлено. Тривалість болювого синдрому в переважній більшості дітей становила від 30 хвилин до 1 години ( $82,7 \pm 5,8$ ) %, тоді як короткочасний біль реєструвався тільки у ( $17,3 \pm 5,8$ ) %,  $\phi = 2,34$ ,  $p < 0,05$ . У дітей 12-18 років вірогідно частіше спостерігався біль тривалістю від 30 хв до 1 години ( $94,4 \pm 10,3$ ) %, а короткочасний у ( $5,6 \pm 1,0$ ) %,  $\phi = 2,34$ ,  $p < 0,05$ .

Відмінностей у тривалості болю в дітей залежно від наявності *H. pylori* ( $\phi = 1,03$ ,  $p > 0,05$ ), статі

( $\varphi=1,0$ ,  $p>0,05$ ) та тривалості захворювання ( $\varphi=1,04$ ,  $p>0,05$ ) не встановлено. У 52,5 % дітей біль зникав після вживання їжі, 34,6 % дітей потребували вживання антисекреторних засобів та лише у 12,9 % хворих біль проходив самостійно. Зникнення больового синдрому як у дітей 7-11 років ((59,4±6,2) %), так і 12-18 років ((50,5±5,4) % частіше відзначалося після вживання їжі, тоді як самостійно біль зникав тільки у (8,4±2,1) % дітей 7-11 років та вірогідно частіше у дітей 12-18 років (28,1±4,1) %,  $\varphi=2,34$ ,  $p<0,05$ ; у (41,1±3,8) % хворих віком 12-18 років та лише у ((12,5±1,9) %,  $\varphi=2,43$ ,  $p<0,05$ ) біль купувався прийомом антисекреторних засобів. Причому зі збільшенням тривалості захворювання зменшення проявів больового синдрому частіше купувалося лише вживанням антисекреторних засобів ( $r=2,15$ ,  $p<0,05$ ). Крім того, встановлено позитивний вірогідний кореляційний зв'язок між інфікуванням *H. pylori* та зменшенням больового синдрому зі вживанням медикаментозної терапії ( $r=2,15$ ,  $p<0,05$ ). Проте, вірогідної залежності між факторами, що полегшують біль та статтю не виявлено ( $\varphi=1,02$ ,  $p>0,05$ ). Зникнення больового синдрому як у дітей 7-11 років ((59,4±6,2) %), так і 12-18 років ((50,5±5,4) % частіше відзначалося після вживання їжі, тоді як самостійно біль зникав тільки у (8,4±2,1) % дітей 7-11 років та вірогідно частіше у дітей 12-18 років (28,1±4,1) %,  $\varphi=2,34$ ,  $p<0,05$ ; у (41,1±3,8) % хворих віком 12-18 років та лише у ((12,5±1,9) %,  $\varphi=2,43$ ,  $p<0,05$ ) біль купувався прийомом антисекреторних засобів. Зі збільшенням тривалості захворювання зменшення проявів больового синдрому частіше купувалося лише вживанням антисекреторних засобів ( $r=2,15$ ,  $p<0,05$ ). Крім того, встановлено позитивний вірогідний кореляційний зв'язок між інфікуванням *H. pylori* та зменшенням больового синдрому зі вживанням медикаментозної терапії ( $r=2,15$ ,  $p<0,05$ ). Вірогідної залежності між факторами, що полегшують біль та статтю не виявлено ( $\varphi=1,02$ ,  $p>0,05$ ). Бальна оцінка больового синдрому показала (рис. 5), що загальний больовий індекс найвищий у дітей із *H. pylori*-асоційованою ВХ ((7,59±0,06 у дітей із *H. pylori*-асоційованою ВХ та 6,03±0,09 у дітей із *H. pylori*-неасоційованою ВХ,  $p<0,05$ ), у старшій віковій підгрупі (7,31±0,09 у підгрупі дітей 12-18 років та 5,58±0,04 у підгрупі дітей 7-11 років,  $p<0,05$ ), хлопчиків (6,11±0,08 у хлопчиків та 5,12±0,03 у дівчаток,  $p<0,05$ ) та із тривалістю захворювання до року (7,24±0,05 із тривалістю до 1 року та 5,67±0,06 із тривалістю більше 3-х років,  $p<0,05$ ).

## Висновок

Проведений аналіз характеристики больового синдрому виявив його гетерогенність в дітей, хворих на виразкову хворобу, що необхідно враховувати при призначенні лікування.

## Перспективи подальших досліджень

Вивчення особливостей больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу, залежно від наявності супутньої патології, поєданого впливу різних чинників є перспективним щодо розробки методів лікування даної патології.

**Література.** 1. Артемьев Е. Н. Особенности клинического течения семейной язвенной болезни / Е. Н. Артемьев, М. О. Вильдт // Клиническая медицина. – 2006. - №1. – С. 10-13. 2. Асаулук И. К. Комплексное лечение язвенной болезни с дифференцированным применением нетрадиционных физиотерапевтических методов / И. К. Асаулук, М. П. Бойчак, Л. Ф. Голик // Лікарська справа. – 2007. - №10-12. – С. 119-122. 3. Белоусов Ю. В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка у детей: механизмы формирования, клиника, диагностика и лечение: Методические рекомендации / Ю. В. Белоусов. - Одесса, 2006. - 30 с. 4. Гриневич В. Б. Особенности язвенной болезни, не связанной с *Helicobacter pylori* / В. Б. Гриневич, Ю. П. Успенский // Терапевтический архив. – 2008. - №2. – С.24-27. 5. Сорокман Т.В. Клинические варианты язвенной болезни в детей / Т.В.Сорокман // Клиника. -2011. -№2. -С.67-69.

## ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Т. В. Сорокман, С. В. Сокольник,  
М. Г. Гингуляк, Л. В. Швыгар*

**Резюме.** Приведенная характеристика болевого синдрома у детей, больных язвенной болезнью в возрасте 7-18 лет. Установлено, что наиболее часто боль локализуется в пилородуоденальной области, носит тупой, ноющий характер. Интенсивность боли зависела от продолжительности болезни, пола, локализации язвы. Достоверной разницы в характере боли у детей в зависимости от наличия *H. pylori* не обнаружено.

**Ключевые слова:** дети, язвенная болезнь, болевой синдром.

## DESCRIPTION OF A PAIN SYNDROME IN CHILDREN WITH PEPTIC DISEASE

*T.V.Sorokman, S.V.Sokolnyk, N.G.Gingulyak, L.V.Shvugar*

**Abstract.** Description of pain syndrome in children with peptic ulcer at the age of 7-17 years has been adduced. It has been established, that more pain is located in pyloroduodenal area, has a dull, aching character. Pain intensity depended on the duration of the disease, gender, ulcer localization. Reliable difference in the nature of the pain in children depending on the presence of *H.pylori* has not been found.

**Key words:** children, peptic ulcer, pain.

**Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)**

*Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №2 (44). - P.165-168.*

*Надійшла до редакції 17.05.2013*

*Рецензент – проф. І.А.Плещ*

*© Т.В.Сорокман, С.В.Сокольник, М.Г.Гингуляк, Л.В.Швыгар, 2013*