

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ
У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ***Н.И. Смоляр, С.Е. Лещук*

Резюме. Обследовано 262 детей с бронхиальной астмой возрастом от 3 до 12 лет. Установлено распространённость кариеса временных зубов – 74,49±8,12 % при интенсивности 3,52±0,52. На одного ребенка с бронхиальной астмой приходится, в среднем, 2,94±0,18 кариозных и 0,54±0,08 пломбированных временного зуба.

Ключевые слова: кариес молочных зубов, дети, бронхиальная астма.

**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CARIES OF PRIMARY TEETH
IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA***N.I. Smolar, S.Ye. Leshchuk*

Abstract. The authors have examined 262 children with bronchial asthma aged 3 to 12 years. The prevalence of dental caries of the primary teeth has been established, constituting 74,49±8,12 % with the intensity of 3,52±0,52. It has been determined that 2,94±0,18 carious and 0,54±0,08 filled primary teeth fall on one child on the average.

Key words: caries of primary teeth, children, bronchial asthma.

Danylo Halytskyi National Medical University (Lviv)

Рецензент – доц. О.І. Годованець

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 3 (67), part 2. – P. 72-75

Надійшла до редакції 31.05.2013 року

© Н.І. Смоляр, С.Е. Лещук, 2013

УДК 616.33-002.44-071-053.2

*Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Н.О. Попелюк, М.Г. Гінгуляк***КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведено дослідження особливостей клінічного перебігу виразкової хвороби в дітей віком 7-18 років. Встановлено провідні синдроми виразкової хвороби: больовий (92,7 %), диспепсичний (78,7 %), хронічної неспецифічної інтоксикації та вегетосудинної дисфункції (67,3 %). Виявлено гетерогенність

больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу.

Ключові слова: діти, виразкова хвороба, клінічний перебіг.

Вступ. При виразковій хворобі характер і ступінь вираженості порушень патогенетичних ланок захворювання в дітей можуть бути найрізноманітніші, що зумовлює особливості клінічних проявів хвороби. У зв'язку з цим були природні спроби клініцистів виділити відповідні варіанти, типи перебігу захворювання, які потребують різноманітних підходів до лікування та профілактики виразкової хвороби [3]. Основні клінічні ознаки виразкової хвороби вирізняються локалізацією виразки, супутніми захворюваннями шлунково-кишкового тракту (грижа стравохідної щілини діафрагми, віком, соматичними захворюваннями, ступенем порушення обмінних процесів, рівнем секреції шлункового соку [5]. Все це зумовлює особливості клінічних проявів захворювання, нерідко й атипові прояви виразкової хвороби, наприклад, безбольовий перебіг хвороби, перевага в клінічній картині диспепсичних скарг, кишкових порушень

(частіше запорів), зниження маси тіла, астено-невротичний синдром тощо [4]. Провідне значення клінічних ознак у діагностиці захворювання зумовило необхідність більш глибокого аналізу найбільш специфічних симптомів патології.

Мета дослідження. Охарактеризувати особливості клінічного перебігу виразкової хвороби в дітей.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилося 150 дітей, хворих на виразкову хворобу віком 7-18 років, яким проводилося комплексне клінічно-лабораторне та інструментальне обстеження. При проведенні клінічного дослідження особливу увагу приділяли вивченню таких ознак: початкові симптоми та термін їх появи, локалізація виразки, показники кислотності шлункового соку, тривалість захворювання, сезонність загострень, гострота та тривалість рецидивів захворювання.

Результати дослідження статистично оброблені за допомогою пакетів комп'ютерних про-

© Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Н.О. Попелюк, М.Г. Гінгуляк, 2013

грам "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».

Результати дослідження та їх обговорення. Як свідчить ретельний аналіз суб'єктивних та об'єктивних проявів залучених нами до обсте-

ження дітей, виразкова хвороба (ВХ) характеризується такими провідними синдромами: больовий (92,7±1,3 %), диспепсичний (78,7±3,2 %) та неспецифічної інтоксикації і вегето-судинної дисфункції (67,3±2,6 %). Аналогічна частота виявлення основних ознак ВХ спостерігалася в дітей вікових підгруп 7-11 та 12-18 років (p>0,05). Варто зауважити, що як за даними літератури [1], так і за нашими дослідженнями, вірогідно частіше больовий синдром діагностувався серед дітей

Таблиця

Характеристика больового синдрому в дітей із виразковою хворобою

Ознаки	Діти, хворі на ВХ (n=139)			
	7-11 років (n=32)		12-18 років (n=107)	
	Абс.	М±m,%	Абс.	М±m,%
Відсутні	6	15,8±4,1	5	4,5±2,7
Локалізація				
Пілородуоденальна ділянка	5	15,6±3,9	51	47,7±8,3*
Пілородуоденальна ділянка та епігастрій	1	3,1±1,6	7	6,5±2,8
Пілородуоденальна ділянка та навколупупкова ділянка	17	53,2±7,9	15	14,0±3,3*
Пілородуоденальна ділянка та праве підребер'я	5	15,6±3,9	26	24,3±7,5*
Пілородуоденальна ділянка та ліве підребер'я	1	3,1±1,6	3	2,8±0,9
Не визначена (дифузна)	3	9,4±3,9	5	4,7±2,6
Характер				
Ниючий, тупий	17	53,1±7,9	80	74,8±12,8*
Переймоподібний	6	18,8±4,7	11	10,3±5,9
Колючий, пекучий	5	15,6±3,8	10	9,3±3,2
Не могли охарактеризувати болю	4	12,5±3,6	6	5,6±2,4
Інтенсивність				
Слабка	7	21,9±3,8	21	19,6±2,8
Помірна	13	40,6±4,2	44	41,1±3,9
Сильна	12	37,5±3,8	42	39,3±4,1
Час появи				
Натще	4	12,5±3,1	15	14,0±3,7
„Голодний” і нічний біль	1	3,1±1,2	14	13,1±3,1
Через 1-1,5 години після їжі	10	31,2±4,8	18	16,8±5,7
Натще і через 1-1,5 год після їжі	15	46,9±6,2	46	43,0±8,2
Не пов'язаний із прийомом їжі	2	6,3±2,9	14	13,1±3,4
Частота появи				
Щодня	11	34,4±4,8	85	79,4±11,2*
Декілька разів на тиждень	18	56,2±6,9	17	15,9±2,1*
Рідше одного разу на тиждень	3	9,4±2,7	5	4,7±1,9
Тривалість				
До 30 хвилин	14	56,3±8,9	6	5,6±2,1
Більше 30 хвилин	18	43,7±7,6	101	94,4±10,3*
Фактори, що полегшують біль				
Прийом їжі	19	59,4±6,2	54	50,5±5,4
Прийом антисекреторних засобів	4	12,5±1,9	44	41,1±3,8*
Самостійно	9	28,1±4,1	9	8,4±2,1*

Примітка. * – різниця вірогідна щодо показників у дітей вікової підгрупи 7-11 років (p<0,05)

вікової підгрупи 12-18 років ($95,5 \pm 2,4$ %) щодо його частоти в дітей 7-11 років ($84,2 \pm 2,6$ %, $\varphi=2,12$, $p<0,05$), тоді як диспепсичний синдром та синдром неспецифічної інтоксикації і вегето-судинної дисфункції у підгрупах дітей 7-11 років та 12-18 років траплялися майже з однаковою частотою ($78,9 \pm 2,1$ % та $78,6 \pm 2,4$ % відповідно, $\varphi=1,13$, $p>0,05$ і $65,8 \pm 2,6$ % та $67,9 \pm 2,8$ % відповідно, $\varphi=1,11$, $p>0,05$). Статеві різниці в частоті больового, диспепсичного синдромів та неспецифічної інтоксикації і вегето-судинної дисфункції не характерна [2]. Як у хлопчиків, так і в дівчаток вірогідно частіше визначався больовий синдром ($92,7 \pm 2,4$ % та $92,6 \pm 2,2$ % відповідно, $\varphi=1,11$, $p>0,05$); синдром диспепсії ($79,3 \pm 2,5$ % та $77,9 \pm 2,3$ % відповідно, $\varphi=1,14$, $p>0,05$), і неспецифічної інтоксикації і вегето-судинної дисфункції ($65,4 \pm 2,1$ % та $69,1 \pm 2,2$ % відповідно, $\varphi=1,12$, $p>0,05$) траплялися з меншою частотою в осіб обох статей. У $40,3 \pm 2,4$ % дітей біль локалізувався в пілородуоденальній ділянці та носив ізольований характер; у решти пацієнтів поєднувався з локалізацією в інших відділах живота. Так, у $5,8 \pm 1,9$ % дітей біль поєднувався з локалізацією в епігастральній ділянці, у $23,0 \pm 2,1$ % дітей – навколо пупка, у $22,3 \pm 2,2$ % – у правому підребер'ї, у $2,8 \pm 1,2$ % – у лівому підребер'ї. Локалізацію болю по всьому животу відзначали $5,8 \pm 1,9$ % дітей. Отже, можна зазначити, що найбільш часто біль локалізується ізольовано в пілородуоденальній ділянці ($\varphi=2,34$, $p<0,05$) та в комбінації із навколупупковою ділянкою ($\varphi=2,29$, $p<0,05$) і правим підребер'ям ($\varphi=2,34$, $p<0,05$). Аналіз розподілу локалізації болю в дітей, хворих на ВХ, залежно від віку виявив певні відмінності (таб.). Статеві різниці в локалізації больового синдрому ($\varphi=0,97$, $p>0,05$) та залежності між локалізацією болю та тривалістю захворювання ($r=0,11$, $p>0,05$) не виявлено. Як свідчить аналіз характеру больового синдрому, проведений нами в загальній групі пацієнтів із больовим синдромом ($n=139$) у переважній більшості дітей біль носив тупий, ниючий характер ($69,8 \pm 8,5$ %), біль іншого характеру траплявся у $30,2 \pm 4,9$ % дітей, $\varphi=2,51$, $p<0,05$, 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 болю. 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 ($\varphi=2,18$, $p<0,05$). Така ж закономірність спостерігалася і залежно від тривалості захворювання: ниючий характер болю відзначали у $74,5 \pm 6,9$ % дітей із тривалістю захворювання до одного року, у $79,0 \pm 7,2$ % дітей, що хворіють 1-3 роки ($\varphi=1,01$, $p>0,05$) та у $92,6 \pm 6,8$ % дітей, що хворіють понад три роки ($\varphi=1,02$, $p>0,05$). Варто зауважити, що хлопчики у 2,3 раза частіше, ніж дівчатка скаржилися на біль переймоподібного характеру ($\varphi=1,99$, $p<0,01$).

Вірогідної різниці в характері болю в дітей залежно від наявності Н. рулогі не виявлено: біль ниючого характеру реєструвався у $78,1 \pm 6,8$ %, переймоподібний – у $21,8 \pm 2,9$ % ($\varphi=2,46$, $p<0,05$), тобто дещо вища його частота ніж у підгрупі дітей із Н. рулогі-неасоційованою ВХ ($18,1 \pm 1,9$ %, $\varphi=1,02$, $p>0,05$).

Біль у животі в дітей із ВХ виникав щодня у $69,1 \pm 8,3$ %, декілька разів на тиждень у $25,2 \pm 7,9$ % ($\varphi=2,12$, $p<0,05$) та рідше одного разу на тиждень у $5,7 \pm 4,4$ % ($\varphi=2,93$, $p<0,01$). 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, $\varphi=1,46$, $p<0,05$); 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, $\varphi=1,31$, $p<0,05$). Отже, проведений аналіз характеристики больового синдрому та вивчення його особливостей виявив гетерогенність больового синдрому в дітей із ВХ. Найбільш частими проявами диспепсичного синдрому були печія ($64,4$ %), нудота ($66,1$ %), схильність до запорів ($57,6$ %), відрижка ($44,9$ %) та неприємний присмак у роті: у $35,6$ % – гіркий та у $31,4$ % дітей – кислий. Симптоми шлункової та кишкової диспепсії не мали вірогідних відмінностей за статтю ($\varphi=1,01$, $p>0,05$). У частоті більшості симптомів шлункової диспепсії вірогідної різниці залежно від віку не виявлено ($\varphi=1,08$, $p>0,05$). Однак відмічено наростання симптому печії з віком ($r=0,54$, $p<0,05$). Так, у дітей віком 7-11 років печію спостерігали у $36,7 \pm 4,3$ % дітей, тоді як у дітей старшої вікової підгрупи – у $60,2 \pm 9,2$ % ($\varphi=1,23$, $p<0,05$). Причому в старшій віковій категорії печія часто носила тривалий характер.

Блювання в обох вікових групах траплялося рідко, проте дещо частіше серед дітей віком 7-12 років ($\varphi=1,02$, $p>0,05$). Вірогідної різниці залежно від віку не виявлено й у частоті симптомів кишкової диспепсії ($\varphi=1,08$, $p>0,05$). Як у дітей 7-11 років, так і в дітей 12-18 років приблизно з однаковою частотою реєструвалися метеоризм ($\varphi=1,03$, $p>0,05$) та запори ($\varphi=1,06$, $p>0,05$) з незначним переважанням останніх у дітей старшої вікової підгрупи. Крім больового та диспепсичного синдромів у дітей відзначали наявність синдрому неспецифічної інтоксикації та вегето-судинної дисфункції. Виокремлено деякі особливості. Зокрема, основними скаргами дітей, хворих на ВХ, були головний біль – $45,5$ %, що виникав переважно наприкінці дня; у $63,4$ % хворих часто змінювався настрій; $68,3$ % осіб вказували на швидку втомлюваність, роздратованість, загальну слабкість.

Синдром неспецифічної інтоксикації та вегето-судинної дисфункції траплявся практично з однаковою частотою серед дітей різних вікових підгруп ($\varphi=1,03$, $p>0,05$). Однак симптоми неспецифічної інтоксикації вірогідно частіше діагнос-

тувалися в дітей віком 7-11 років ($64,0 \pm 7,5$ %) щодо частоти в дітей 12-18 років ($42,1 \pm 2,4$ %, $\phi=1,93$, $p<0,05$) та проявлялися загальною слабкістю і підвищеною втомлюваністю (88,0 %), сонливістю (44,0 %) та поганим сном (36,0 %). Відзначено, що з віком ознаки інтоксикаційного синдрому поступово зменшувалися, проте більш вираженими ставали ознаки вегето-судинної дисфункції. Отже, проведений порівняльний аналіз клінічної симптоматики ВХ у дітей дозволив сформулювати чітку уяву про особливості перебігу захворювання.

Висновок

Клінічна симптоматика виразкової хвороби в дітей багатогранна і характеризується наявністю трьох провідних синдромів (больового, диспепсичного та неспецифічної інтоксикації), вираженість яких залежить від розміру виразкового дефекту, ступеня активності запального процесу, інфікування *H. pylori*, порушення моторно-евакуаторної та кислотопродукувальної функцій, частоти рецидивування.

Перспектива подальших досліджень. Важливим та перспективним є подальше вивчення особливостей перебігу виразкової хвороби в дітей із визначенням різних клінічних варіантів патології для полегшення прогнозування перебігу та вибору тактики лікування.

Література

1. Александровский В.Д. Медико-социальные аспекты язвенной болезни в детей: Учебное пособие / В.Д. Александровский. – М.: Медицина, 2009. – 496 с.
2. Алексеенко В.Б. Социальное поведение детей с язвенной болезнью / В.Б. Алексеенко. – М.: “М.И.Ф”, 2006. – 29 с.
3. Сорокман Т.В. Особливості вегетативного гомеостазу в дітей, хворих на виразкову хворобу / Т.В. Сорокман, Л.Г. Паламар, У.Б. Пісік // Гал. лікар. вісн. – 2007. – № 2. – С. 23-25.
4. Сорокман Т.В. Якість життя дітей, хворих на виразкову хворобу / Т.В. Сорокман, Л.Г. Паламар: матеріали 1 наук.-практ. конф. [«Наука: теорія та практика 2006»]. – Дніпропетровськ, 2006. – С. 17-18.
5. Chelimsky G. Peptic ulcer disease in children / G. Chelimsky, S. Czinn // *Pediatr. Rev.* – 2008. – Vol. 22, № 10. – P. 349-355.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Н.А. Попелиук, Н.Г. Гингуляк

Резюме. Проведено исследование особенностей клинического течения язвенной болезни у детей 7-18 лет. Установлено ведущие синдромы язвенной болезни: болевой (92,7 %), диспепсический (78,7 %), хронической неспецифической интоксикации и вегето-сосудистой дисфункции (67,3 %). Выявлено гетерогенность болевого синдрома у детей с язвенной болезнью.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь, клиническое течение.

CLINICAL PECULIARITIES OF THE COURSE OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN

T.V. Sorokman, S.V. Sokolnyk, N.O. Popeliuk, N.G. Hinhuliak

Abstract. A study of the characteristics of the clinical course of peptic ulcer in children aged 7-18 years has been performed. Leading syndromes of peptic ulcer have been established: pain (92,7 %), dyspeptic (78,7 %), chronic of nonspecific intoxication and vegetative-vascular dysfunction (67,3 %). We have revealed the heterogenic character of the pain syndromes in children with peptic ulcer disease.

Key words: children, peptic ulcer disease, clinical course.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.К. Колоскова

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 3 (67), part 2. – P. 75-78

Надійшла до редакції 11.06.2013 року