УДК 616.33-002.44-071-053.2:612.884

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

***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 гастродуоденальної 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 гастродуоденальтної 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 клінінічно-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 - Рφ.

Обговорення результатів дослідження

Найбільш часто біль локалізується ізольовано в пілороуоденальній ділянці (φ=2,34, p<0,05) та в комбінації із навколопупковою ділянкою (φ=2,29, p<0,05) і правим підребер'ям (φ=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±7,9) %, φ=2,29, p<0,05) та з однаковою частотою у пілородуоденальній ділянці і правому підребер'ї (15,6±3,9) % та ізольований біль у пілородуоденальній ділянці (15,6±3,9) %; у дітей 12-18 років – у пілородуоденальній ділянці ((47,7±8,3) %, φ=2,32, p<0,05) та в поєднанні з правим підребер'ям ((24,3±7,5) %, φ=2,23, p<0,05).

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

© Т.В.Сорокман, С.В.Сокольник, М.Г.Гінгуляк, Л.В.Швигар, 2013

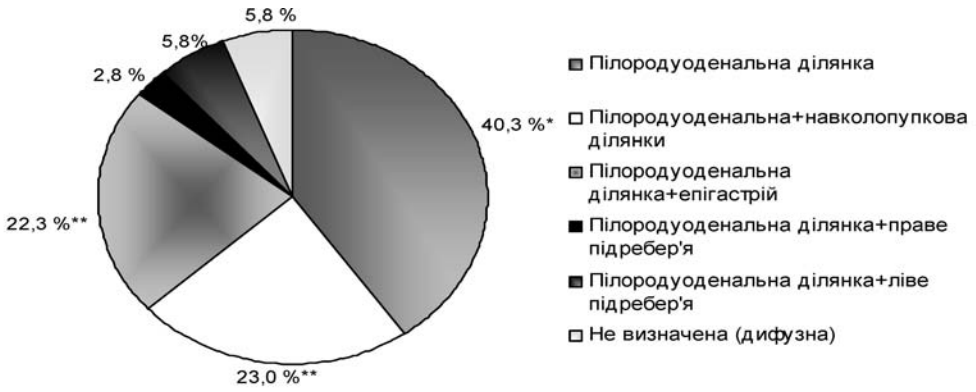

Рис. 1. Локалізація больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Примітки: 1. * - різниця вірогідна щодо решти локалізації больового синдрому, p<0,05; 2. ** - різниця вірогідна щодо локалізації больового синдрому в пілородуоденальній ділянці та епігастрії; у пілородуоденальній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

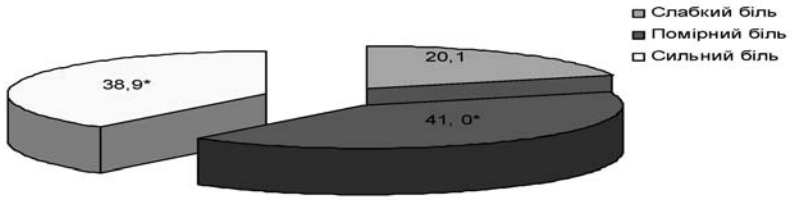

Рис. 2. Інтенсивність больового синдрому в дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Примітка. * - різниця вірогідна щодо слабкого больового синдрому (p<0,05)

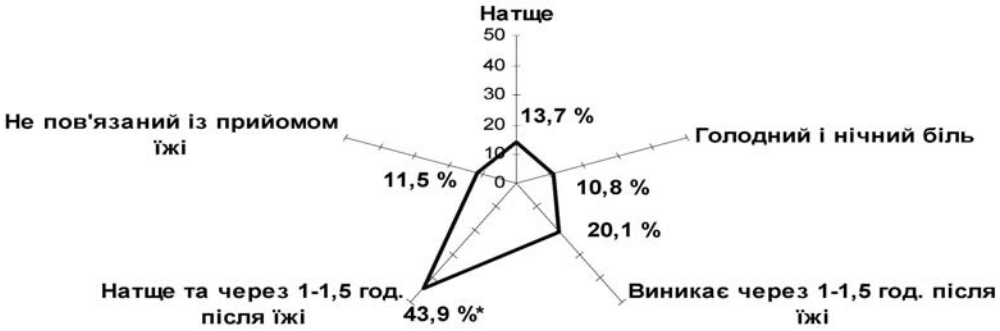

Рис. 3. Характеристика больового синдрому залежно від часу його появи.
Примітка. * - різниця вірогідна щодо решти показників (p<0,05)

болю в дітей залежно від наявності H. pylori не виявлено – біль ниючого характеру реєструвався у (78,1±6,8) %, переймоподібний - у (21,8±2,9) %, φ=2,46, p<0,05), тобто дещо вища його частота ніж у підгрупі дітей із H. pylori-неасоційованою ВХДПК (18,1±1,9) %, φ=1,02, p>0,05. За ступенем інтенсивності больовий синдром у дітей із ВХ майже в однаковій мірі був сильним та помірно вираженим ((38,9±4,6) % та (41,0± 4,6) %, φ=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) %, φ=2,18, p <0,05)), що пояснюється збільшенням порогу больової чутливості серед тривалохворіючих дітей.

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

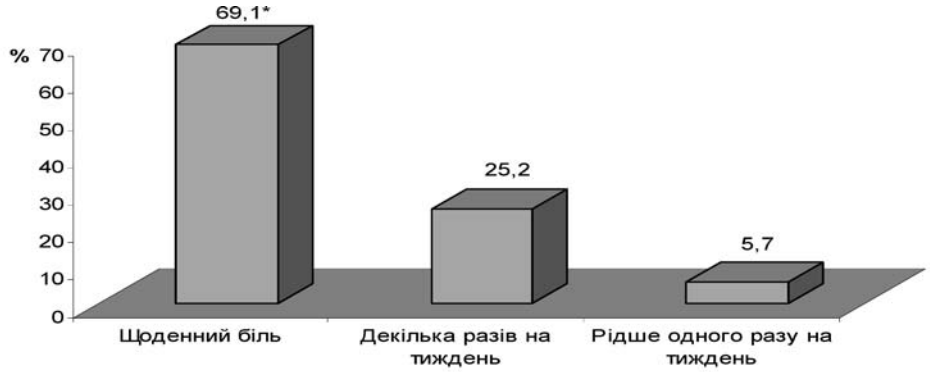

Рис. 4. Частота появи больового синдрому в дітей із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.
Примітка. * - різниця вірогідна щодо решти показників (p<0,05)

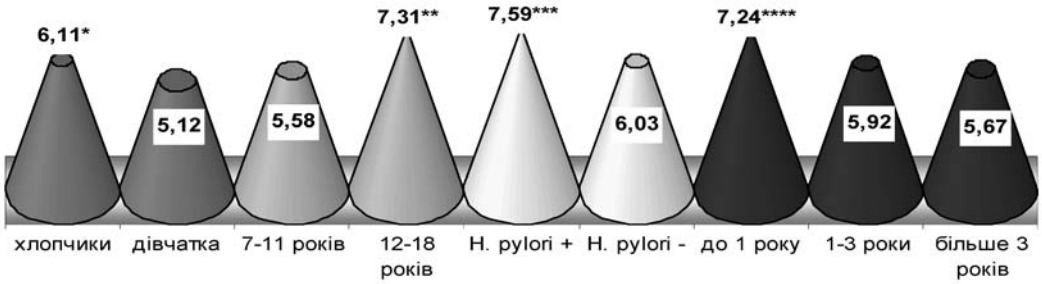

Рис. 5. Загальний больовий індекс у дітей, хворих на виразкову хворобу.
Примітки. 1. * - різниця вірогідна щодо дівчаток (p<0,05); 2. ** - різниця вірогідна щодо дітей 7-11 років (p<0,05); 3. *** - різниця вірогідна щодо дітей із відсутністю H. pylori (p<0,05); 4. **** - різниця вірогідна щодо дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки та більше 3 років (p<0,05)

сивністю больового синдрому та тривалістю захворювання (r= - 0,62, p<0,05). Оцінка ступеня інтенсивності больового синдрому залежно від статі показала вірогідне переважання серед хлопчиків сильного больового синдрому (88,3±6,9) % порівняно із дівчатками (32,2±5,3) %, φ=2,56, p<0,01, яких вірогідно частіше турбував біль помірної інтенсивності (64,5±4,1) %, φ=2,27, p<0,05). У дітей із H. pylori–асоційованою ВХДПК біль носив більш інтенсивний характер (φ=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±3,8) % дітей із тривалістю хвороби до року. Із збільшенням тривалості перебігу ВХ хворі відзначали появу больових відчуттів ще й через 1-1,5 години після прийому їжі ((71,9±9,8) %, φ=2,13, p<0,05). Вірогідної різниці у часі виникнення больового синдрому залежно від статі (φ=1,02, p>0,05) та наявності H. pylori не встановлено (φ=1,05, p>0,05).

Біль у животі в дітей із ВХ виникав щодня у (69,1±8,3) %, декілька разів на тиждень у (25,2±7,9) %, φ=2,12, p<0,05 та рідше одного разу на тиждень у (5,7±4,4) %, φ=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±11,2) % та (34,4±4,8) % відповідно, φ=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±6,9) % та (15,9±2,1) % відповідно, φ=1,31, p<0,05). Для хворих із H. pylori–асоційованою ВХ характерна вірогідно вища частота болю: щодня біль хвилював (74,8±4,9) % дітей, тоді як у групі із H. pylori–неасоційованою ВХ (44,4±3,2) % дітей, φ=1,84, p<0,05. Вірогідного зв'язку частоти появи больового синдрому з тривалістю захворювання (φ=1,03, p>0,05) та статтю (φ=1,01, p>0,05) не виявлено. Тривалість больового синдрому в переважній більшості дітей становила від 30 хвилин до 1 години (82,7±5,8) %, тоді як короткочасний біль реєструвався тільки у (17,3±5,8) %, φ=2,34, p<0,05. У дітей 12-18 років вірогідно частіше спостерігався біль тривалістю від 30 хв до 1 години (94,4 ± 10,3) %, а короткочасний у (5,6±1,0) %, φ=2,34, p<0,05.

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

(φ=1,0, p>0,05) та тривалості захворювання (φ=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) %, φ=2,34, p<0,05; у (41,1±3,8) % хворих віком 12-18 років та лише у ((12,5±1,9) %, φ=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 (φ=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) %, φ=2,34, p<0,05; у (41,1±3,8) % хворих віком 12-18 років та лише у ((12,5±1,9) %, φ=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 (φ=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, поєднаного 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. Асаулюк И. К. Комплексное лечение язвенной болезни с дифференцированным применением нетрадиционных физиотерапевтических методов / И. К. Асаулюк, 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 локализируется в пилородуоденальной области, носит тупой, ноющий характер. Интенсивность боли зависела от продолжительности болезни, пола, локализации язвы. Достоверной разницы в характере боли у детей взависимости 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.Плеш

© Т.В.Сорокман, С.В.Сокольник, М.Г.Гінгуляк, Л.В.Швигар, 2013