

## ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 617.55-009.7-06:616-008.6]-053.2

## ОСОБЛИВОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЦЕРЕБРО-ІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ

Джагіашвілі О. В.<sup>1</sup>, Стоєва Т. В.<sup>1</sup>, Чумак Н. Ю.<sup>2</sup>, Мацюк Н. Б.<sup>1</sup>, Стуканова С. Г.<sup>3</sup><sup>1</sup>Одеський національний медичний університет<sup>2</sup>Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Одеса<sup>3</sup>Міська дитяча лікарня імені акад. Б. Я. Резніка, м. Одеса

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 259 дітей з больовим абдомінальним синдромом (БАС). Після загально-клінічного, лабораторного та інструментального обстеження із виключенням хірургічної патології всім пацієнтам було діагностовано функціональні розлади органів травлення. Встановлено, що у більшості хворих (62,5±3,0) % БАС не має чіткої локалізації та характеризується переважно помірною інтенсивністю в усіх вікових групах (74,1±2,7) %. Супутні диспептичні явища у вигляді одноразової або повторної блювоти, порушення випорожнення та відходження газів були найбільш виражені у дітей дошкільного віку, тоді як у дітей старшого віку ці симптоми спостерігалися у кожного п'ятого хворого. Симптоми подразнення очеревини були виявлені в 2,5-3 рази частіше ніж дефанс. Поєднання у 10,8 % пацієнтів так званих «тривожних ознак» – дефансу та подразнення очеревини, не підтвердило хірургічної патології. Найбільш значущими клінічними ознаками БАС при функціональних розладах травного тракту у дітей є: провокований біль у животі (74,1±2,7) %, диспептичні явища (блювота, порушення випорожнення) – (61,4±3,0) % та подразнення очеревини (41,3±3,0) %. Як показали отримані результати, функціональні порушення не виключають можливості виявлення «тривожних ознак», як то дефансу, симптомів подразнення очеревини та їх поєднання у частини хворих з БАС, що вимагає більш детального обстеження для виключення хірургічної патології та попередження помилкових оперативних втручань.

**Ключові слова:** больовий абдомінальний синдром, діти, функціональні розлади органів травлення, «тривожні ознаки».

**Вступ.** Синдром абдомінального болю є пріоритетною проблемою в дитячому віці, з яким щоденно звертаються у стаціонар понад 20,8 % хворих [1,3]. Згідно з сучасними уявленнями функціональні захворювання органів травлення являють собою різну комбінацію хронічних або рецидивуючих симптомів, не об'єднаних структурними та біохімічними змінами [2], при яких абдомінальний біль часто є основною ознакою [3,5]. Наявність больового абдомінального синдрому (БАС) передусім потребує виключення органічної патології [1,3,4,6].

Втім досить складно визначити диференційовані критерії БАС при функціональних розладах та органічних захворюваннях. Незважаючи на широку палітру наукових досліджень, присвячених функціональним розладам органів травлення у дітей, не можна вважати всі питання цілком вирішеними, зокрема остаточно не з'ясовані вікові особливості БАС при функціональних порушеннях травної системи у дітей, а наявність у частини пацієнтів супутніх больовому синдрому «тривожних ознак», як то дефанс і симптоми подразнення очеревини, спрямовують діагностичний пошук в сторону хірургічної патології [5–8].

**Мета дослідження** – визначення особливостей БАС та оптимізація діагностичної тактики у дітей з функціональними розладами травного тракту.

**Матеріали та методи.** Нами проведений ретроспективний аналіз 259 історій хвороб дітей з больовим абдомінальним синдромом, госпіталізованих у хірургічне відділення обласної дитячої клінічної лікарні м. Одеса. Середній вік пацієнтів склав 10,9 років, дівчат було – 141, хлопчиків – 118. Критеріями включення були наявність БАС та анамнестичні дані щодо функціональних розладів органів травлення.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Microsoft Office Excel 2007 із використанням критерію Стьюдента. Зміни показників вважали достовірними з рівнем значимості понад 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після клінічного обстеження та виключення хірургічної патології всім пацієнтам було діагностовано функціональні розлади органів травлення, як то: синдром подразненого кишечника як основне захворювання, в якості супутньої

патології у  $(70,3 \pm 2,8) \%$  дітей були зареєстровані функціональні розлади біліарного тракту переважно гіпотонічно-гіпокінетичного типу, які поєднувалися з панкреатопатією у  $(50,0 \pm 3,7) \%$  пацієнтів. Для подальшого аналізу всі діти були поділені на 4 вікові групи: перша група – діти віком до 3-х років  $(5,8 \pm 1,4) \%$ , друга – від 3 до 7 років  $(19,3 \pm 2,4) \%$ , третя – від 7 до 11  $(26,3 \pm 2,7) \%$  та четверта – від 11 до 17 років  $(48,6 \pm 3,1) \%$ .

Розподіл дітей за віком дозволив визначити деякі особливості (Рис. 1). Найменша кількість хворих була встановлена в молодшій віковій групі –  $(5,8 \pm 1,4) \%$ . Причиною болювого абдомінального синдрому в цій групі, згідно з анамнестичними даними, був переважно аліментарний фактор, що на тлі загальної морфо-функціональної незрілості, характерної для цієї вікової групи, спричинив БАС.

Як видно з наведеного рисунку, у другій віковій групі визначається відносно рівномірний розподіл хворих за віком, що вірогідно, обумовлено кращими умовами харчування в дошкільних закладах.

Значне збільшення хворих у третій віковій групі (7–11 років) відображає суттєві зміни факторів середовища: різноманітні психофізичні навантаження у школі, зміни в характері та якості харчування. Слід зазначити, що четверта вікова (11–17 років) група, склала майже половину від обстежених дітей –  $(48,6 \pm 3,0) \%$ . Чисельність цієї групи обумовлена, з одного боку, впливом ендогенних чинників (гетерохронія, диспропорція росту, гормональні зміни) з іншого – зростаючою дією екзогенних чинників (психосоматичний фактор, погрішності харчування, зменшення батьківського контролю, шкідливі звички).

Проведений аналіз сезонності захворювання показав збільшення госпіталізації у весняні та осінні місяці, що можливо пов'язано з дисбалансом вегетативної нервової системи, зміною раціону харчування, дією інфекційних

агентів, що призводить до зниження реактивності організму (Рис. 2).

Згідно отриманих даних, більша кількість хворих молодшої групи госпіталізована у стаціонар з БАС у березні та травні місяці, що на нашу думку, крім впливу зазначених причин, пояснюється аліментарним фактором харчування (сезонна зміна раціону). У другій віковій групі було визначено збільшення кількості хворих у літні місяці, що також можна зв'язати із впливом аліментарного фактору.

Для дітей шкільного віку найбільша частота БАС відзначена в осінні місяці, що співпадало з початком навчального періоду року, впливом психосоматичного фактору та зниженням реактивності організму з початком інфекційного періоду.

Як видно з наведеного рисунку, у другій віковій групі визначається відносно рівномірний розподіл хворих за віком, що вірогідно, обумовлено кращими умовами харчування в дошкільних закладах.

Значне збільшення хворих у третій віковій групі (7–11 років) відображає суттєві зміни факторів середовища: різноманітні психофізичні навантаження у школі, зміни в характері та якості харчування. Слід зазначити, що четверта вікова (11–17 років) група, склала майже половину від обстежених дітей –  $(48,6 \pm 3,0) \%$ . Чисельність цієї групи обумовлена, з одного боку, впливом ендогенних чинників (гетерохронія, диспропорція росту, гормональні зміни) з іншого – зростаючою дією екзогенних чинників (психосоматичний фактор, погрішності харчування, зменшення батьківського контролю, шкідливі звички).

Проведений аналіз сезонності захворювання показав збільшення госпіталізації у весняні та осінні місяці, що можливо пов'язано з дисбалансом вегетативної нервової системи, зміною раціону харчування, дією інфекційних агентів, що призводить до зниження реактивності організму (Рис. 2).

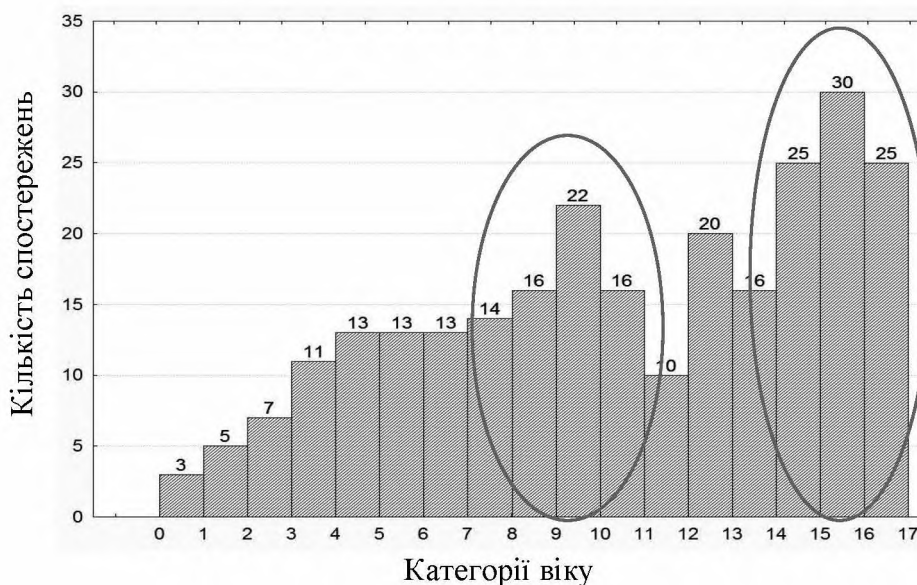


Рис. 1. Кількість госпіталізованих дітей з БАС в залежності від віку (зонально відмічені вікові категорії з найбільшою кількістю хворих)

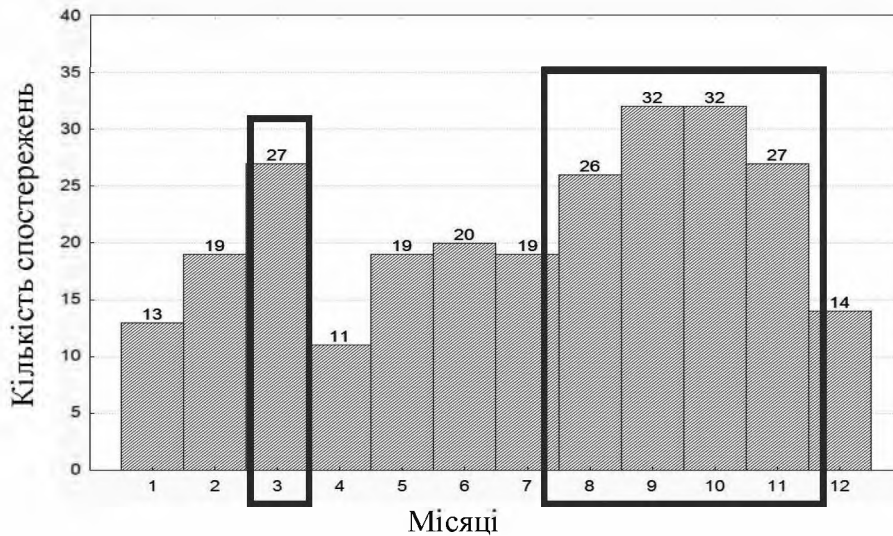


Рис. 2. Кількість госпіталізованих дітей з БАС в залежності від сезону (зонально представлено місяці з найбільшою кількістю хворих)

Таблиця 1

Тривалість БАС до госпіталізації залежно від віку

Вікові групи	Давність захворювання						Кількість дітей	
	1 доба		2 доби		3 доби			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	12	80,0	2	13,3	1	6,7	15	5,8
2	29	78,4	6	16,2	2	5,4	37	19,3
3	68	84,0	10	12,3	3	3,7	81	26,3
4	96	76,2	20	15,9	10	7,9	126	48,6
Всього	205	79,1	38	14,7	16	6,2	259	100

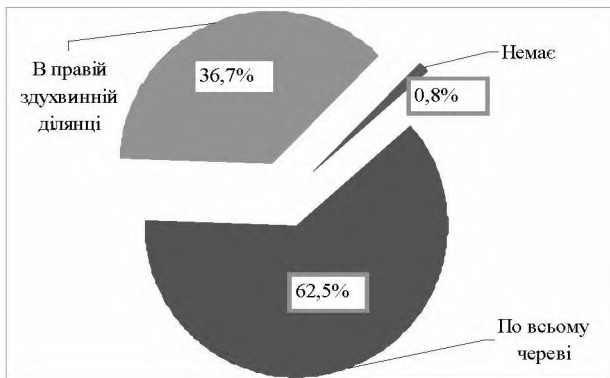


Рис. 3. Особливості локалізації болю в животі

Згідно отриманих даних, більша кількість хворих молодшої групи госпіталізована у стаціонар з БАС у березні та травні місяці, що на нашу думку, крім впливу зазначених причин, пояснюється аліментарним фактором харчування (сезонна зміна раціону). У другій віковій групі було визначено збільшення кількості хворих у літні місяці, що також можна зв'язати із впливом аліментарного фактору. Для дітей шкільного віку найбільша частота БАС відзначена в осінні місяці, що співпадало з початком на-

вчального періоду року, впливом психосоматичного фактору та зниженням реактивності організму з початком інфекційного періоду.

В ході дослідження було вивчено давність захворювання до звернення в стаціонар. Відомо, що критеріями БАС при функціональних розладах травного тракту є анамнестична тривалість. При цьому скарги на болі в животі повинні спостерігатися протягом останніх 3 місяців з початком захворювання як мінімум 6 місяців тому. Проте для більшості хворих даний епізод болю у животі за тривалістю не перевищував 3-х діб (Табл. 1). Це можна пояснити високою інтенсивністю больового синдрому, що ускладнило з'ясування анамнестичних даних щодо попередніх епізодів БАС чи абдомінального дискомфорту в останні місяці.

Як видно з наведеної таблиці, термін госпіталізації не залежав від віку. Практично 79,1 % дітей всіх груп було госпіталізовано в першу добу за наявності гострого абдомінального синдрому. На другу добу госпіталізовано кожен 6 дитину (14,7%), а на третю – в 2 рази менше.

Відносно терміну перебування дітей у стаціонарі, було встановлено, що тривалість госпіталізації статистично достовірно вища у дітей молодшої вікової групи (4,7 ліжок/дів), що можливо пов'язане з більш виразними клінічними ознаками через загальну морфо-функціо-

Сполучення БАС та диспептичних явищ у дітей з урахуванням віку

Вікові групи	Одноразова блювота (1)		Багаторазова блювота (2)		Порушення випорожнення та відходження газів (3)		Кількість дітей
	абс	%	абс	%	абс	%	
1	3	20.0±10.7	2	13.3±9.1	5	33.3±12.2	15
2	8	21.6±6.8	8	21.6±6.8	13	35.1±7.8	37
3	16	19.8±4.4	15	18.5±4.3	25	30.9±4.8	81
4	23	18.3±3.4	10	7.9±2.4	31	24.6±3.8	126
Всього	50	19.3±2.5	35	13.5±2.1	74	28.6±2.8	259
	p (1-2) >0.05		p (2-3) <0.05		p (1-3) <0.05		

Таблиця 4

Розподіл дітей за наявністю симптомів дефансу та подразнення очеревини

Ознака	Вікові групи		p
	Дошкільна (до 7 років)	Шкільна (7-17)	
Дефанс	(11,5±4,4) %	(16,9±2,6) %	>0,05
Симптоми подразнення очеревини	(28,8±6,3) %	(44,4±3,5) %	<0,05

нальну незрілість організму, необхідністю більш поглибленого обстеження хворих для визначення вродженої патології травного тракту. За отриманими даними діти інших вікових груп перебували у стаціонарі до 2-х діб з подальшим переведенням на амбулаторний нагляд.

Вирішення питання щодо ведення хворих складалося з урахуванням скарг, наявності симптомів абдомінального захворювання та супутньої патології.

Згідно мети дослідження особливу увагу приділяли характеристикам БАС, який був головною скаргою у всіх госпіталізованих дітей. У (62,5±3,0) % пацієнтів абдомінальний больовий синдром не мав чіткої локалізації і тільки у (36,7±2,9) % був локалізований у правій здухвинній ділянці (Рис. 3). Разом з тим, провокований больовий синдром характеризувався переважно помірною інтенсивністю в усіх вікових групах і дорівнював (74,1±2,7) %. Супутні диспептичні явища на фоні болю були найбільш виражені у дітей дошкільного віку і проявлялися у вигляді одноразової або повторної блювоти у (43,2±12,4) % дітей, порушення випорожнення та відходження газів – у (35,1±7,8) %, тоді як у дітей старшого віку ці симптоми спостерігалися у кожного п'ятого хворого (Табл. 3).

Симптоми порушення випорожнення та відходження газів частіше спостерігалися у дітей 1-2 вікових груп, що в поєднанні із блювотою понукало звертатися до лікаря. Але у дітей молодших груп була схильність до послаблення випорожнення (63,5±6,7) %, а у дітей старших груп – навпаки до закрепу (72,6±3,1) %.

Загальна температурна реакція при БАС у обстежених хворих в залежності від віку була різною. У половини хворих (49,8±3,1) %, температура тіла при надходженні в

стаціонар була нормальною, тільки у (7,3±1,6) % дітей відзначалася гіпертермія, у (42,9±3,1) % дітей – субфебрилітет. Підвищення температури тіла в основному визначено у дітей віком до 3-х років (60,0±12,6) %, з них у 46,7 % пацієнтів встановлено підвищення температури до субфебрильних цифр. В інших групах приблизно у половини хворих температура тіла переважно була нормальною, у іншій половини – субфебрильною. Передусім, температурна реакція може свідчити про наявність запального процесу в організмі та потребує виключення хірургічних та інфекційних захворювань. Проте в жодному з випадків така патологія не підтвердилась. Вочевидь, підвищення температури в молодшій віковій групі у 60 % дітей пояснюється віковими морфофункціональними особливостями гіперреакції організму на будь-яку агресію внаслідок незрілості нервової системи і терморегуляції відповідно.

Подальше об'єктивне обстеження дітей передбачало виявлення симптомів подразнення очеревини та визначення дефансу який у дітей найчастіше буває у вигляді «тістоподібної» консистенції за умов морфофункціональної незрілості. Виявлення цих симптомів дуже важливо у диференційній діагностиці хірургічної патології органів черевної порожнини. При фізикальному огляді м'язовий дефанс був встановлений у (15,8±2,3) % всіх обстежених, у дітей першої та другої вікової групи він сягав не більш 11,5 %, в останніх групах визначався тільки у (16,9±2,6) % пацієнтів (Табл. 4).

Симптоми подразнення очеревини були виявлені майже у кожній другій дитині (44,4±3,5) % шкільного віку та у (28,8±6,3) % хворих молодшого віку, що можливо пов'язане з набряком мезотелію очеревини, внаслідок її незрілості.

Як видно з наведеної таблиці наявність «тривожних ознак» відрізнялась залежно від віку дітей. Ознаки дефансу не мали статистично значущої різниці, а симптоми подразнення очеревини за частотою достеменно переважали у дітей старшої групи.

Слід відмітити, що у 44,4 % пацієнтів із виявленими симптомами дефансу і подразнення очеревини за даними УЗД органів черевної порожнини було паралельно визначено збільшення мезентеріальних лімфатичних вузлів. Важливо зазначити, що у (10,8±1,9) % обстежених дітей було визначено поєднання так званих «тривожних ознак» – дефансу і подразнення очеревини, що вимагало виключення хірургічної патології, насамперед гострого апендициту. Проте поєднання цих симптомів у обстежених пацієнтів не супроводжувалось локальним болем, абдомінальний біль не мав чіткої локалізації, також не було виявлено запальних змін з боку загально-клінічного аналізу крові, що підтверджувало відсутність хірургічних захворювань органів черевної порожнини та свідчило тільки про функціональні розлади травного тракту. В цілому, як показали результати проведеного аналізу даних обстеження дітей з БАС, у першій віковій групі виявлені симптоми максимально зустрічалися у кожній третій дитині (20,0 % – 33,3 %), а саме: порушення перистальтики травного тракту у вигляді блювоти і порушення випорожнення та відходження газів, що в цьому віці свідчать про функціональні порушення через вікову дискоординацію травного тракту. Саме тому тільки у 5-6 дитини можна було виявити «тістоподібний» дефанс і подразнення очеревини, що не було ознакою хірургічної патології органів черевної порожнини у цих дітей.

В інших вікових групах (2-4) симптоми порушення перистальтики травного тракту зустрічалися практично з такою ж частотою, тобто у кожній третій дитині (26,6 %; 30,9 %). Що стосується дефанса та подразнення очеревини, то в інших групах в 2,5-3 рази частіше зустрічалося подразнення очеревини (44,4±3,5) %, ніж дефанс,  $p < 0,05$ . Це можна пояснити перерозтягнутими петлями кишок, в т. ч. внаслідок метеоризму, підвищенням внутрішньокішкового тиску, реакцією очеревини і реакцією пацієнта на ці симптоми. Практично відсутність дефанса в цих групах (84,2±2,7) % підтверджувала відсутність хірургічної патології.

Отже, БАС при функціональних розладах органів травлення у дітей має вікові особливості, найчастіше спостерігається у дітей старшого віку, поєднується з диспептичними явищами, як то блювота, порушення випорожнення та відходження газів, а також може супроводжуватися т. з. «тривожними ознаками» (дефанс, подразнення очеревини), що вимагає динамічного спостереження і додаткового комплексного обстеження пацієнтів в умовах стаціонару для виключення хірургічної та органічної патології.

**Висновки.** Таким чином, отримані результати проведених досліджень дозволили визначити вікові особливості БАС при функціональних розладах травного тракту у дітей: найбільша кількість хворих відмічена в групі дітей віком 11-17 років (48,6±3,1) %, що вочевидь пов'язане з впливом як екзогенних чинників, так і ендогенних.

Відмічено сезонні особливості БАС при функціональних розладах травного тракту: збільшення госпіталізації у весняні та осінні місяці. Встановлено, що супутні диспептичні прояви (блювота, порушення випорожнення та відходження газів) дещо частіше, але без достеменної різниці ( $p > 0,05$ ) спостерігалися у дітей віком до 7 років – (40,4±6,8) % та (34,6±6,6) % випадків, а серед дітей старшого віку ці симптоми відмічені у (30,9±3,2) % та (27,1±3,1) % пацієнтів відповідно. Відмічено, що порушення з боку кишечника вірогідно частіше спостерігалися в усіх вікових групах ( $p < 0,05$ ). При цьому у дітей молодшого віку (до 7 років) була схильність до послаблення випорожнення (63,5±6,7) %, а у дітей старшого віку (7-17 років) – навпаки до закрепу (72,6±3,1) %. Визначено, що частота виявлення «тривожних ознак» – дефансу та подразнення очеревини у дітей старшого віку дещо вища (16,9±2,6) %;  $p > 0,05$ , та вірогідно вища (44,4±3,5) %;  $p < 0,05$  відповідно. Виявлення у (10,8±1,9) % пацієнтів поєднання «тривожних ознак» – дефансу та подразнення очеревини, вимагало більш детального обстеження цих хворих з метою виключення хірургічної патології та попередження необґрунтованих хірургічних втручань.

**Перспективи.** Подальша розробка діагностичних критеріїв БАС при спільній роботі хірургічних та соматичних відділень, створення алгоритму диференціальної діагностики БАС на ранніх етапах, що дозволить своєчасно госпіталізувати хворого до профільної медичної установи.

Немає ніякого конфлікту інтересів який міг би завдати шкоди неупередженості дослідження.

Дане дослідження не отримало ніякої фінансової підтримки від державної, громадської чи комерційної організації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова О. Ю. Абдоминальный синдром у детей: принципы диагностики и терапии / Семейная медицина. – 2009. – №2. – С. 44 – 47.
2. Майданник В. Г. Критерії діагностики та підходи до лікування порушень церебро-інтестинальної взаємодії / В. Г. Майданник // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2016. – Тематич. №3 вересень: Педіатрія. – С. 12 – 15.
3. Алленова Ю. Е Особенности функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, проявляющихся абдоминальными болями у детей младших возрастных групп / Ю. Е. Алленова, Д. В. Печуров, Р.Т. Галеева / Практическая медицина. – 2014. – № 9. – С. 113 – 117.
4. Приворотский В.Ф. Синдром раздраженной кишки у детей / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, №3. – С. 43 – 49.
5. Типикина М.Ю. Новые аспекты механизмов развития и лечения синдрома раздраженного кишечника / М.Ю. Типикина, Е.А. Корниченко // Педиатр. – 2013. – Т. IV, №3. – С. 29 – 35.
6. Talachian E. Abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders based on Rome III criteria in a pediatric gastroenterology clinic / E. Talachian, A. Bidari, H. Zahmatkesh // Med J Islam Repub Iran. – 2015. – Vol. 247, № 29. – P. 1 – 7.
7. Soares R. L. Irritable bowel syndrome: A clinical review / R. L. Soares // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20. № 34. – P. 12144–12160.
8. Agreement between Prospective Diary Data and Retrospective Questionnaire Report of Abdominal Pain and Stooling Symptoms in Children with Irritable Bowel Syndrome / Mariella M. Self, Amy E. Williams, Danita I. Czyzewski [et al.] // Neurogastroenterol. Motil. – 2015. – №27. – P. 1110–1119.

## ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЦЕРЕБРО-ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ

Джагаишвили О. В.<sup>1</sup>, Стоева Т. В.<sup>1</sup>, Чумак Н. Ю.<sup>2</sup>,  
Мацюк Н. Б.<sup>1</sup>, Стуканова С. Г.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 2

<sup>2</sup>Областная детская клиническая больница, г. Одесса

<sup>3</sup>Городская детская больница имени акад. Б. Я. Резника, г. Одесса

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 259 детей с болевым абдоминальным синдромом (БАС). После обще-клинического, клинико-лабораторного и инструментального обследования с исключением хирургической патологии у всех пациентов были диагностированы функциональные расстройства органов пищеварения. Установлено, что у большинства больных (62,5±3,0) % БАС не имел четкой локализации и характеризовался преимущественно умеренной интенсивностью во всех возрастных группах (74,1±2,7) %. Сопутствующие диспептические явления в виде однократной или повторной рвоты, нарушения отхождения стула и газов были наиболее выражены у детей дошкольного возраста, тогда как у детей старшего возраста эти симптомы наблюдались у каждого пятого больного. Симптомы раздражения брюшины были обнаружены в 2,5-3 раза чаще, чем дефанс. Сочетание у 10,8 % пациентов так называемых «тревожных признаков» – дефанса и раздражения брюшины, не подтвердило хирургической патологии. Были выявлены следующие наиболее значимые клинические признаки БАС при функциональных расстройствах пищеварительного тракта у детей, а именно провоцируемая боль в животе (74,1±2,7) %, диспептические явления (рвота, нарушение стула – (61,4±3,0) % и симптомы раздражения брюшины (41,3±3,0) %. Как показали полученные результаты, функциональные нарушения не исключают возможности обнаружения «тревожных признаков», таких как дефанс, симптомы раздражения брюшины и их сочетания у части больных с БАС, что требует более детального обследования для исключения хирургической патологии и предупреждения необоснованных оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** болевой абдоминальный синдром, дети, функциональные расстройства органов пищеварения, «тревожные признаки».

## THE FEATURES OF ABDOMINAL SYNDROME IN CHILDREN WITH DISORDERS OF GUT-BRAIN INTERACTION

O.V. Dzhagiashvili<sup>1</sup>, T.V. Stoeva<sup>1</sup>, N.Y. Chumak<sup>2</sup>,  
N.B. Matsyuk<sup>1</sup>, S.G. Stukanova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odessa National Medical University

<sup>2</sup>Regional Children's Hospital, Odessa

<sup>3</sup>City Children's Hospital, name ak. B.Y. Reznik, Odessa

We conducted a retrospective analysis of 259 case histories of children with abdominal pain syndrome (APS). After the general clinical, clinical-laboratory and instrumental examination with the exception of surgical pathology all patients were diagnosed functional disorders of the digestive system. It was found that APS in most of the patients (62.5±3.0) % did not have a clear localization and characterized by mostly moderate intensity in all age groups (74.1±2.7) %. Related dyspeptic symptoms as a single or repeated vomiting, defecation disorders and flatulence were the most pronounced in children of preschool age, whereas in older children, these symptoms have been observed in every fifth patient. Rebound tenderness was found in 2.5-3 times more often than defense. The combination in (10.8±1.9) % of patients the so-called "alarm signs" – defense and rebound tenderness, did not confirm the surgical pathology. Following the most significant clinical signs of APS in children with functional gastro-intestinal disorders have been identified, namely, provoked abdominal pain (74.1±2.7) %, dyspepsia (vomiting, defecation disorders) – (61.4±3.0) % and rebound tenderness (41.3±3.0) %. As the results, functional disorders do not exclude the possibility of detection "alarm signs", such as defense, rebound tenderness, and combinations thereof symptoms in some patients with APS, which requires a more detailed examination to exclude surgical pathology and prevention of ungrounded surgical interventions.

**Keywords:** abdominal pain syndrome, children, functional disorders of the digestive system, "alarm signs".