

Клініко-інструментальна характеристика поєднаного перебігу хронічного гастродуоденіту та первинної артеріальної гіпертензії у дітей

А.С. Злобинець, Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: аналіз клініко-інструментальної характеристики поєднаного перебігу хронічного гастродуоденіту (ХГД) та первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 154 дитини: I група – 47 дітей з поєднанням ХГД та ПАГ; II група – 52 дитини з ізольованою ПАГ; III група – 55 дітей з ХГД і нормальним артеріальним тиском.

Результати. У дітей I групи порівняно з III групою частіше виникали нудота ($p=0,046$) та відчуття тяжкості у шлунку ($p=0,04$). Дітей I групи частіше, ніж у II ($p=0,04$) і III ($p=0,02$) групах турбувала підвищена втомлюваність, а порівняно з III групою частіше спостерігались запаморочення ($p<0,001$), серцебиття ($p=0,04$) і кардіалгії ($p=0,04$).

На ЕКГ синусову тахікардію фіксували у 40,4% дітей I групи порівняно з 21,2% дітей II групи ($p=0,04$) та 7,3% дітей III групи ($p<0,001$). Вольтаж у I групі становив $29,2\pm 1,0$ мВ порівняно з $28,9\pm 1,2$ мВ у II групі ($p=0,85$) та $25,8\pm 1,2$ мВ у III групі ($p=0,04$).

За даними добового моніторингу артеріального тиску, у I групі відзначали тенденцію до вищого середньодобового САТ ($142,1\pm 1,7$ мм рт.ст. і $137,8\pm 1,4$ мм рт.ст.; $p=0,05$) і достовірно нижчі показники ДАТ ($70,7\pm 1,1$ мм рт.ст. і $74,3\pm 1,3$ мм рт.ст.; $p=0,03$) порівняно з II групою.

Заключення. У дітей з поєднанням хронічного гастродуоденіту (ХГД) та первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) порівняно з ізольованим перебігом ХГД і ПАГ частіше зустрічається диспепсичний синдром, ознаки хронічної неспецифічної інтоксикації, тахікардія та ознаки високого гемодинамічного навантаження на ЕКГ.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, первинна артеріальна гіпертензія, поєднана патологія, діти.

Clinical-instrumental characteristic of the combined course of chronic gastroduodenitis and primary arterial hypertension in children

A.S. Zlobinets, Yu.V. Marushko, T.V. Hyshchak

The objective: to provide clinical and instrumental characteristic of the combined course of chronic gastroduodenitis (CGD) and primary arterial hypertension (PAH) in children.

Materials and methods. We examined 154 children: group I – 47 children with a combination of CGD and PAH; group II – 52 children with isolated PAH; group III – 55 children with CGD and normal blood pressure.

Results. Children of group I compared with group III had nausea ($p=0,046$) and gastric heaviness ($p=0,04$) more often. Children of group I more often than in children of group II ($p=0,04$) and group III ($p=0,02$) troubled by increased fatigue. Dizziness ($p=0,001$), palpitations ($p=0,04$), and cardialgia ($p=0,04$) were observed more frequently s group I compared to group III.

On ECG sinus tachycardia was in 40,4% of children in group I compared with 21,2% of children ingroup II ($p=0,04$) and 7,3% of children in group III ($p<0,001$). The voltage in group I was $29,2\pm 1,0$ mV compared with $28,9\pm 1,2$ mV in group II ($p=0,85$) and $25,8\pm 1,2$ mV in group III ($p=0,04$).

By DMBP, in group I there was a tendency for higher average daily systolic blood pressure (SBP) ($142,1\pm 1,7$ mm Hg and $137,8\pm 1,4$ mm Hg; $p=0,05$) and significantly lower diastolic blood pressure (DBP) indicators ($70,7\pm 1,1$ mm Hg and $74,3\pm 1,3$ mmHg; $p=0,03$) compared with the group II.

Conclusions. Children with combination of CGD and PAH compared with the isolated course of CGD and PAH are more common dyspeptic syndrome, signs of chronic nonspecific intoxication, tachycardia and signs of high hemodynamic load on the ECG.

Key words: chronic gastroduodenitis, primary arterial hypertension, combined pathology, children.

Клинико-інструментальна характеристика сочетанного течения хронического гастродуоденита и первичной артериальной гипертензии у детей

А.С. Злобинець, Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак

Цель исследования: анализ клинико-инструментальной характеристики сочетанного течения хронического гастродуоденита (ХГД) и первичной артериальной гипертензии (ПАГ) у детей.

Материалы и методы. Обследованы 154 ребенка: I группа – 47 детей с сочетанием ХГД и ПАГ; II группа – 52 ребенка с изолированной ПАГ; III группа – 55 детей с ХГД и нормальным артериальным давлением.

Результаты. У детей I группы по сравнению с III группой чаще возникали тошнота ($p=0,046$) и ощущение тяжести в желудке ($p=0,04$). Детей I группы чаще по сравнению со II ($p=0,04$) и III ($p=0,02$) группами беспокоила повышенная утомляемость, а по сравнению с III группой чаще наблюдались головокружение ($p<0,001$), сердцебиение ($p=0,04$) и кардиалгии ($p=0,04$).

На ЭКГ синусовую тахікардію отмечали у 40,4% детей I группы по сравнению с 21,2% детей II группы ($p=0,04$) и 7,3% детей III группы ($p<0,001$). Вольтаж в первой группе составил $29,2\pm 1,0$ мВ по сравнению с $28,9\pm 1,2$ мВ во II группе ($p=0,85$) и $25,8\pm 1,2$ мВ в III группе ($p=0,04$).

По данным суточного мониторинга артериального давления, в I группе отмечали тенденцию к более высокому среднесуточному САД ($142,1\pm 1,7$ мм рт.ст. и $137,8\pm 1,4$ мм рт.ст.; $p=0,05$) и достоверно ниже показатели ДАД ($70,7\pm 1,1$ мм рт.ст. и $74,3\pm 1,3$ мм рт.ст.; $p=0,03$) по сравнению со II группой.

Заклучение. У детей с сочетанием хронического гастродуоденита (ХГД) и первичной артериальной гипертензии (ПАГ) по сравнению с изолированным течением ХГД и ПАГ чаще встречается диспепсический синдром, признаки хронической неспецифической интоксикации, тахікардія и признаки высокой гемодинамической нагрузки на ЭКГ.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, первичная артериальная гипертензия, сочетанная патология, дети.

Останнім часом все більше дітей мають не одне, а декілька захворювань одночасно, тому проблема поєднаної патології привертає до себе увагу клініцистів [10]. Особливо така ситуація актуальна для хронічного гастродуоденіту (ХГД) та первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ). Ці захворювання посідають провідні місця у загальній захворюваності дитячого населення, а частота їхнього поєднаного перебігу становить 3–13% [4, 7].

ХГД і ПАГ мають низку спільних етіологічних і патогенетичних факторів, а саме:

- спадкова схильність,
- порушення харчування,
- куріння,
- зловживання алкоголем,
- гіперхолестеринемія,
- низька фізична активність,
- підвищена психологічна збудливість,
- несприятливі екологічні та соціальні умови,
- порушення клітинних мембран,
- нейроендокринні порушення,
- порушення мікроциркуляції і гемостазу.

При цьому системні мікроциркуляторні порушення, що властиві ПАГ, підсилюють дистрофічні і запально-некротичні процеси в слизовій оболонці (СО) гастродуоденальної зони (ГДЗ) [9].

Виконуючи роль пускового механізму, психоемоційний фактор створює умови для розвитку ХГД та ПАГ, а також спричинює формування стійких функціональних і структурних змін у ГДЗ і серцево-судинній системі [12]. Під час стресу у дітей поглиблюються патологічні процеси та дисбаланс вегетативної нервової системи [1].

За наявності коморбідної патології можливі істотні зміни класичної клінічної картини, перебігу, збільшення кількості ускладнень та їхньої тяжкості для кожного з асоційованих захворювань, що впливає на погіршення якості життя пацієнтів із супутніми захворюваннями [11].

Незважаючи на те що в сучасній медицині досягнуто значних успіхів у вивченні етіології, патогенезу, розробленні нових критеріїв діагностики і стандартів лікування ХГД та ПАГ, відсутня тенденція до зниження поширеності цих захворювань серед дитячого населення.

Мета дослідження: аналіз клініко-інструментальної характеристики поєднаного перебігу ХГД та ПАГ у дітей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 154 дитини віком від 9 до 17 років, що перебували на стаціонарному лікуванні в дитячій клінічній лікарні № 5 Святошинського району м. Києва. З них 74 (48,1%) дівчаток та 80 (51,9%) хлопчиків.

Пацієнти були розподілені на три групи:

- I група – 47 дітей з поєднаним перебігом ХГД та ПАГ,
- II група – 52 дитини з ізольованим перебігом ПАГ,
- III група – 55 дітей з ізольованим перебігом ХГД із нормальним артеріальним тиском.

Критерії включення дітей у дослідження:

- клінічні прояви ХГД та ПАГ з урахуванням скарг, анамнезу,
- проведення діагностичної фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС),
- проведення добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ),
- вік дітей від 9 до 17 років,
- інформаційна згода батьків або опікунів на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- вживання протимікробних препаратів і колоїдних препаратів вісмуту протягом останніх 2 міс перед дослідженням.

Дослідження було виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. Протокол дослідження був затверджений комісією з питань етики приватного вищого навчального закладу «ПВНЗ Київський медичний університет» (протокол № 2 від 02.12.2014 р.). Верифікацію діагнозу здійснювали згідно з протоколами діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей (Наказ МОЗ від 29.01.2013 р. № 59).

Усім дітям проведено загально-клінічне обстеження та лабораторно-інструментальні дослідження, необхідні для уточнення основного та супутніх захворювань. Для визначення стану слизового і підслизового шару стінки шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) виконували ФЕГДС з прицільною біопсією.

Діагностику хелікобактерної інфекції проводили гістологічним методом, визначенням антигенів *H. Pylori* в калі – СИТО TEST *H. Pylori*Ag (фірми CerTestBiotec. S. L., Іспанія) та окремим пацієнтам експрес-діагностикою за допомогою тест-системи «ХЕЛІК» з індикаторною трубкою (ООО «АМА», Росія).

Стабільну форму ПАГ визначали згідно з класифікацією В.Г. Майданик, М.В. Хайтович, М.М. Коренев, Л.Ф. Богмат (2006) за допомогою ДМАТ з використанням апарату Meditech АВРМ-04 (Угорщина). Артеріальний тиск вимірювали за стандартним протоколом кожні 15 хв вдень (6:30–21:30) і кожні 30 хв вночі (22:00–6:00).

Опитування за тестом диференційованої самооцінки функціонального стану (САН) за методикою В.А. Доскіна та співавторів (1973) проводили для діагностики астеничного синдрому. Якість нічного сну досліджували за допомогою анкети бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну (А.М. Веїн, Я.И. Левин, 1998).

Аналіз здійснювали з використанням комплексу ліцензійного програмного забезпечення для статистичного оброблення даних SPSS та Microsoft Excel-2003 з обчисленням середнього значення (M) і похибки середньої величини (m). Оцінювання достовірності відмінностей проводили параметричними і непараметричними методами за допомогою критеріїв Стьюдента. Для порівняння частотних показників у вибірках застосовували критерій Пірсона χ^2 . Відмінності вважалися значущими при вірогідності помилки (α) нульової гіпотези не більше 5% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті аналізу скарг хворих (табл. 1) було виявлено, що у дітей I групи порівняно з пацієнтами II групи частіше фіксували скарги на абдомінальний біль ($\chi^2=51,31$; $p < 0,001$), а порівняно з III групою у більшій кількості виникали диспепсичні прояви, такі, як нудота ($\chi^2=3,99$; $p=0,046$) та відчуття тяжкості у шлунку ($\chi^2=4,15$; $p=0,04$).

Аналіз частоти синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації продемонстрував, що найбільш часто у дітей всіх груп дослідження спостерігалися скарги на головний біль: у 95,7% дітей I групи, у 90,4% дітей II групи та у 81,8% дітей III групи. Водночас у дітей I групи він був більш інтенсивним порівняно з іншими групами дослідження. Також дітей I групи частіше, ніж пацієнтів II ($\chi^2=4,26$; $p=0,04$) і III ($\chi^2=5,15$; $p=0,02$) груп турбувала підвищена втомлюваність, а порівняно з III групою частішими були скарги на запаморочення ($\chi^2=15,16$; $p < 0,001$), серцебиття ($\chi^2=4,17$; $p=0,04$) і кардіалгії ($\chi^2=4,21$; $p=0,04$).

У результаті об'єктивного обстеження серця було виявлено, що ослаблення серцевих тонів фіксували у 27,7% дітей I групи, у 30,8% дітей II групи ($\chi^2=0,12$; $p=0,73$) та у 5,5% дітей III групи спостереження ($\chi^2=9,45$; $p=0,002$). Дихальну аритмію було виявлено у 13,5–7,3% пацієнтів, систолічний шум – у 17,3–7,3% осіб у групах спостереження.

Характеристика скарг у дітей з ХГД і ПАГ, абс. число (%)

Скарга	I група (ХГД+ПАГ), n=47	II група (ПАГ), n=52	III група (ХГД), n=55	Статистичні показники	
				I-II група	I-III група
Больовий абдомінальний синдром	42 (89,4)	9 (17,3)	54 (98,2)	$\chi^2=51,31$ $p<0,001$	$\chi^2=3,56$ $p=0,059$
Порушення апетиту	18 (38,3)	7 (13,5)	24 (43,6)	$\chi^2=8,07$ $p=0,005$	$\chi^2=0,3$ $p=0,59$
Нудота	39 (83,0)	11 (21,2)	36 (65,5)	$\chi^2=37,75$ $p<0,001$	$\chi^2=4,0$ $p=0,046$
Відрижка	15 (31,9)	4 (7,7)	24 (43,6)	$\chi^2=9,34$ $p=0,002$	$\chi^2=1,47$ $p=0,22$
Печія	3 (6,4)	0	5 (9,1)	$\chi^2=3,42$ $p=0,06$	$\chi^2=0,26$ $p=0,61$
Блювання	4 (8,5)	3 (5,8)	4 (7,3)	$\chi^2=0,28$ $p=0,6$	$\chi^2=0,05$ $p=0,82$
Відчуття тяжкості в шлунку	30 (63,8)	6 (11,5)	24 (43,6)	$\chi^2=29,17$ $p<0,001$	$\chi^2=4,15$ $p=0,04$
Підвищена втомлюваність	40 (85,1)	35 (67,3)	36 (65,5)	$\chi^2=4,26$ $p=0,04$	$\chi^2=5,15$ $p=0,02$
Головний біль	45 (95,7)	47 (90,4)	45 (81,8)	$\chi^2=1,08$ $p=0,3$	$\chi^2=4,74$ $p=0,03$
Запаморочення	28 (59,6)	36 (69,2)	12 (21,8)	$\chi^2=1,01$ $p=0,32$	$\chi^2=15,16$ $p<0,001$
Кардіалгії	17 (36,2)	24 (46,2)	10 (18,2)	$\chi^2=1,01$ $p=0,31$	$\chi^2=4,21$ $p=0,04$
Серцебиття	18 (38,3)	25 (48,1)	11 (20,0)	$\chi^2=0,96$ $p=0,33$	$\chi^2=4,17$ $p=0,04$

Таблиця 2

Диференційована самооцінка функціонального стану та суб'єктивна оцінка якості нічного сну у дітей (у балах)

Скарга	I група (ХГД+ПАГ), n=47	II група (ПАГ), n=52	III група (ХГД), n=55	Норма*	I-II група	I-III група
Самопочуття	49,2±1,3	53,3±1,4	51,5±1,9	≥50	p=0,03	p=0,32
Активність	44,2±1,4	46,5±1,9	49,3±1,8	≥55	p=0,33	p=0,03
Настрій	56,7±1,1	58,5±1,1	57,3±1,2	≥54	p=0,25	p=0,71
Сон	20,7±0,5	22,1±0,45	21,2±0,5	≥22	p=0,04	p=0,04

Примітка: * – нормальні значення показників тесту диференційованої самооцінки функціонального стану за В.А. Доскіним (1973) та тесту бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну за А.М. Вейном (1998) (у балах).

Дослідження електричної активності серця за даними ЕКГ продемонструвало, що синусова тахікардія зафіксована у 19 (40,4%) дітей I групи, в 11 (21,2%) дітей II групи ($\chi^2=4,34$; $p=0,04$) та у 4 (7,3%) пацієнтів III групи дослідження ($\chi^2=15,95$; $p<0,001$). Синусова брадикардія зустрічалась у 2 (4,3%) дітей I групи, у 3 (5,8%) дітей II групи ($\chi^2=0,12$; $p=0,73$) та у 8 (14,5%) пацієнтів III групи дослідження ($\chi^2=3,03$; $p<0,08$). Сумарна амплітуда зубців шлуночкового комплексу у стандартних відведеннях від кінцівок (вольтаж) у дітей I групи становила $29,2\pm 1,0$ мВ, у пацієнтів II групи – $28,9\pm 1,2$ мВ ($p=0,85$) та в осіб III групи дослідження – $25,8\pm 1,2$ мВ ($p=0,04$). Індекс Соколова-Лайона у дітей I групи дорівнював $28,9\pm 1,5$ порівняно з $28,6$ у пацієнтів II групи ($p=0,88$) та $25,1\pm 1,2$ в осіб III групи дослідження ($p=0,05$). Такі показники свідчать, що у дітей із поєднаною патологією ХГД та ПАГ спостерігається високе гемодинамічне навантаження на серце порівняно з пацієнтами з ізольованим ХГД.

Під час дослідження визначено ступень астеничного синдрому за результатами тесту диференційованої самооцінки функціонального стану, а також якість нічного сну за допомогою анкети бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. Результати аналізу представлені у табл. 2.

Як видно з даних, наведених у табл. 2, у дітей всіх груп дослідження відзначали зниження показника «Активність», але у дітей I групи порівняно з дітьми III групи ці дані були нижчі ($p=0,03$). Також у дітей I групи відзначали зниження балів самооцінки за категорією «Самопочуття» порівняно з пацієнтами II групи ($p=0,03$). У дітей I групи зафіксовані нижчі бали оцінки якості нічного сну порівняно з пацієнтами II групи ($p=0,04$) та особами III групи дослідження ($p=0,04$). Погана якість сну у дітей цієї групи була переважно за рахунок скарг на недостатню тривалість сну та погану якість вранішнього пробудження.

У процесі дослідження усім дітям був проведений ДМАТ (результати представлені в табл. 3).

Як видно з даних, представлених у табл. 3, у дітей з поєднаними перебігом ХГД та ПАГ (I група) відзначалась тенденція до більших значень середньодобового САТ ($142,1\pm 1,7$ мм рт.ст. і $137,8\pm 1,4$ мм рт.ст. ($p=0,05$)) і достовірно нижчі показники ДАТ ($70,7\pm 1,1$ мм рт.ст. і $74,3\pm 1,3$ мм рт.ст. ($p=0,03$)) порівняно з дітьми, які мали ізольований перебіг ПАГ (II група). Відповідно і ступінь нічного зниження ДАТ у дітей I групи був найнижчий.

Варіант нормального зниження нічного тиску «Dipрег» рідше всіх зустрічався у дітей I групи – 17%, порівняно з

Показники добового моніторингу артеріального тиску у дітей

Ознака	I група (ХГД+ПАГ), n=47	II група (ПАГ), n=52	III група (ХГД), n=55	I-II група	I-III група
Середньодобовий САТ, мм рт.ст	142,1±1,7	137,8±1,4	111,2±0,9	p=0,05	p<0,001
Середньодобовий ДАТ, мм рт.ст	70,7±1,1	74,3±1,3	63,3±0,6	p=0,04	p<0,001
ІЧГ САТ, %	73,2±2,1	78,7±2,6	12,3±1,1	p=0,1	p<0,001
ІЧГ ДАТ, %	24,6±3,1	34,2±3,2	7,9±0,9	p=0,03	p<0,001
DI _{САТ} , %	4,6±1,03	5,1±1,2	8,4±0,6	p=0,75	p=0,002
DI _{ДАТ} , %	10,2±1,1	13,4±1,1	14,98±1,1	p=0,04	p=0,003
«Dipper», кількість дітей, %	8 (17,0)	18 (34,6)	34 (61,8)	0,047	χ ² =21,0 p<0,001
«Non-dipper», кількість дітей, %	27(57,4)	27 (51,9)	20 (36,4)	χ ² =0,3 p=0,58	χ ² =4,53 p=0,03
«Night-piker», кількість дітей, %	11 (23,4)	7 (13,5)	1 (1,8)	χ ² =1,64 p=0,2	χ ² =11,38 p<0,001
«Over-dipper», кількість дітей, %	1 (2,1)	0	0	χ ² =1,12 p=0,29	χ ² =1,81 p=0,28
КВ САТ день, %	9,8±0,4	8,74±0,41	8,65±0,4	p=0,067	p=0,04
КВ ДАТ день, %	12,5±0,67	13,1±0,7	13,8±0,9	p=0,54	p=0,23
КВ САТ ніч, %	10,5±0,85	10,7±0,72	10,0±0,4	p=0,86	p=0,6
КВ ДАТ ніч, %	14,1±0,82	15,7±0,9	14,6±0,6	p=0,19	p=0,62

Примітки: ІЧГ – індекс часу гіпертензії; DI – добовий індекс; КВ – коефіцієнт варіації.

34,6% дітей II групи (χ²=3,95; p=0,047) та 63,6% дітей III групи дослідження (χ²=22,58; p<0,001). Як у I групі, так і в II групі превалювало недостатнє нічне зниження АТ, проте найбільш прогностично несприятливий варіант нічного зниження АТ «Night-piker» в 1,7 разу частіше спостерігався у дітей I групи порівняно з дітьми II групи.

Варіабельність АТ не мала суттєвих відмінностей у дітей I і II груп. Єдині достовірні розбіжності стосувалися більших значень коефіцієнта варіації САД вдень (9,8±0,4% у I групі порівняно з 8,65±0,4% у III групі, p=0,04).

Деякі виявлені нами дані подібні до результатів, отриманих іншими дослідниками. Насамперед це стосується переважання диспепсичного синдрому над абдомінальним і більших проявів ознак неспецифічної хронічної інтоксикації у дітей з поєднанням ХГД і ПАГ порівняно з ізольованим перебігом ХГД [2].

У дітей з поєднаною патологією фіксували тенденцію до більших значень середньодобового САТ (p=0,05), достовірно нижчі значення середньодобового ДАТ (p=0,03) і гірші показники нічного зниження АТ порівняно з дітьми II групи. Це свідчить про те, що у дітей з поєднаним перебігом ХГД та ПАГ більш несприятливий прогноз клінічного перебігу гіпертензії і більший ризик ураження органів-мішеней порівняно з дітьми інших груп. Дані багатьох досліджень свідчать, що СО шлунка і ДПК у людей з артеріальною гіпертензією подібно до інших органів-мішеней потерпає від порушення кровообігу внаслідок звуження судин при підвищеному АТ. За наявності хронічного запалення підвищений АТ є додатковим несприятливим фактором, що призводить до більш вираженого ураження органів травного тракту (ТТ). За даними Т.М. Міхеєвої та співавторів [6], що провели скринінгове оцінювання рівня АТ у школярів з гастроентерологічною патологією. Такі діти мали вищі показники АТ, ніж у загальній популяції. Зокрема серед дітей з патологією ТТ артеріальна гіпертензія спостерігалась у 6,6%, а в 16,6% – високий нормальний АТ.

За даними Г.В. Бекетової та співавторів, при проведенні ДМАТ у дітей 10–15 років з ХГД тільки у 29,4% виявлений

нормальний добовий профіль, у 54,4% дітей з ХГД реєструється нестабільний АТ, у 9,1% – лабільна АГ, у 4,3% – стабільна АГ. У хлопчиків середні значенні добового індексу були менше 10%, що свідчить про приховані гіпертензивні реакції. Варіабельність АТ була підвищена у 40,3% дівчаток і 81,2% хлопчиків у денний час і 73,4% хлопчиків і 63,1% дівчаток у нічний час [2]. Е.Е. Томіна, вивчаючи ДМАТ у дорослих з виразковою хворобою, що поєднана з АГ [8], виявила, що у хворих з ПАГ і виразковою хворобою переважав варіант нічного зниження САТ за типом non-dipper (45%), що збігається з нашими даними (57,4%). Наступним за частотою був варіант dipper (40%), а за нашими даними цей варіант був тільки на третьому місці (17%), тобто в даній роботі нормальний ступінь нічного зниження АТ у дітей з поєднаною патологією зустрічався рідше. У роботі Е.Е. Томіної варіант over-dipper не спостерігався, у нашому випадку такий варіант було виявлено тільки у 2,1%. Водночас у хворих з хронічною гастропатологією автор виявила найбільш відсоток пацієнтів з варіантом Night-peaker нічного зниження АТ.

Т.В. Богослав та співавтори зазначають, що у дорослих з поєднаним перебігом АГ і захворювань ТТ, в яких гіпертензивний анамнез переважав над анамнезом патології ТТ, порівняно з тими, у яких навпаки виразковий анамнез переважав над гіпертензивним, мали вірогідно вищі показники САТ і індексу часу гіпертензії САТ і ДАТ. Авторі вважають, що це опосередковано вказує на більш виражені атеросклеротичні ураження судин при першому варіанті, що може спричинювати погіршення мікроциркуляції у СО шлунка та ДПК та зумовлювати розвиток ерозивно-виразкових ушкоджень [3].

Отже, в результаті дослідженнями були отримані нові клініко-інструментальні дані, що характеризують поєднаний перебіг ХГД і ПАГ, які треба враховувати при лікуванні і спостереженні дітей з цією патологією.

ВИСНОВКИ

1. У дітей з поєднаною патологією хронічного гастроуденіту (ХГД) та первинною артеріальною гіпертен-

зією (ПАГ) порівняно з ізольованим перебігом ХГД при однаковій частоті больового абдомінального синдрому частіше зустрічається диспепсичний синдром (переважно нудота і відчуття тяжкості в шлунку) і ознаки синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації (підвищена втомлюваність, головний біль, запаморочення, кардіалгії та серцебиття).

За даними ЕКГ у дітей з поєднаною патологією ХГД та ПАГ частіше порівняно з ізольованим перебігом ХГД і ПАГ спостерігається тахікардія, а також більші значення ампліту-

ди зубців шлуночкового комплексу, що свідчить про високе гемодинамічне навантаження на серце.

Пацієнти з поєднаним перебігом ХГД та ПАГ більш негативно оцінюють своє самопочуття, активність та якість нічного сну порівняно з дітьми з ізольованим перебігом ХГД і ПАГ.

У дітей з поєднаним перебігом ХГД та ПАГ фіксують гірші показники нічного зниження артеріального тиску порівняно з дітьми з ізольованим перебігом ХГД і ПАГ, що є прогностично несприятливою ознакою щодо ураження органів-мішеней і ушкодження СО шлунка і дванадцятипалої кишки.

Сведения об авторах

Марушко Юрий Владимирович – Кафедра педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г.Шевченко, 13; тел.: (068) 024-22-39. E-mail: iurii.marushko@gmail.com
ORCID ID:0000-0001-8066-9369

Злобинец Antonina Sergeevna – Кафедра детских болезней Частного высшего учебного заведения «Киевский медицинский университет», 02099, г. Киев, ул. Бориспольская, 2; тел.: (066) 425-51-27. E-mail: antoninazlobin@ukr.net
ORCID ID:0000-0003-3817-1684

Гишак Татьяна Витальевна – Кафедра педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г.Шевченко, 13; тел.: (067) 501-67-48. E-mail: tgischak@i.ua
ORCID ID:0000-0002-7920-7914

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Альтман НС. (2015). Роль вегетативных нарушений в развитии эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и пути их коррекции. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 14(2):23-8.
- Бекетова ГВ, Солдатова ОВ. (2015). Астения – «сели батарейки»? Физиологические подходы к коррекции астенических и психовегетативных нарушений у детей с хроническим гастродуоденитом. Педиатрия. Восточная Европа. 2(10):62-74.
- Богослав ТВ, Кузнецова ЛП, Решетлов ЮИ. (2017). Клінічні особливості та стан серцево-судинної системи при сполученому перебігу артеріальної гіпертензії і кислотозалежних захворювань. Україна. Здоров'я нації. 2:7–11.
- Марушко ЮВ, Гишак ТВ, Злобинець АС, Мика МЮ. (2015). Використання левокарнітину у комплексному лікуванні дітей з поєднаною хронічною патологією гастродуоденальної зони та первинною артеріальною гіпертензією. Збірка наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. 3(24):313-8.
- Марушко ЮВ, Гишак ТВ. (2014). Системні механізми адаптації. Стрес у дітей. Київ-Хмельницький: Приватна друкарня ФО-П Сторожук ОВ.:140.
- Міхеева ТМ, Нечитайло ДЮ, Понюк ВВ, Фоміна ТП. (2018). Особливості вегетативного стану та рівня артеріального тиску в дітей із хронічною гастродуоденальною патологією. Запорозький медичний журнал. 20,5(110):651-4.
- Міхеева ТМ, Нечитайло ДЮ. (2014). Особливості показників рівня артеріального тиску в дітей шкільного віку з хронічною гастродуоденальною патологією. Клінічна та експериментальна патологія. 13,1(47):84-8.
- Томина ЕЕ. (2010). Эффективность контроля артериального давления при артериальной гипертензии, коморбидной с язвенной болезнью, с учетом типов суточных профилей систолического артериального давления. Вісник ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія". 10(3):277-80.
- Фомина ЛА, Чернин ВВ. (2017). Патогенетические основы и эффективность применения блокаторов медленных кальциевых каналов в терапии рецидива язвенной болезни, ассоциированной с артериальной гипертонией. Терапевтический архив (архив до 2018 г.). 89(2):10-4.
- Хавкин АИ, Гурова ММ, Новикова ВП. (2018). Применение индекса коморбидности для оценки влияния сочетанной патологии на характер течения хронического гастродуоденита у подростков. Педиатрия. 97(6):19-25.
- Khasanov AK, Bakirov BA, Davletshin RA, Nurmukhametova RA, Kudlay DA. (2019) Clinical Features of Comorbid Cluster and Premorbidly Manifestations in Patients with High Vascular Risk in the Middle Age Category with the Presence of Multifocal Atherosclerosis. Kardiologija. 59(7):31-36.
- Obi IE, McPherson KC, Pollock JS. (2019). Childhood adversity and mechanistic links to hypertension risk in adulthood. Br J Pharmacol. 176(12):1932-1950.

Статья поступила в редакцию 19.03.2020