

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»



**Гастроентерологія**

**Gastroenterology**

**Збірник наукових статей**

**Заснований у 1969 році**

**Періодичність виходу: 4 рази на рік**

**№ 4(62), 2016**

Включений в наукометричні та спеціалізовані бази даних CrossRef, Ulrichsweb Global Serials Directory, Directory of Research Journals Indexing (DRJI), WorldCat, ПІНЦ (Science Index), Google Scholar, НБУ ім. В.І. Вернадського, «Джерело», Academic Resource Index (Research Bible), «КіберЛенінка»



# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ GASTROENTEROLOGY

Збірник наукових статей

№ 4(62) • 2016

DOI 10.22141/2308-2097.4.62.2016

p-ISSN 2308-2097,

e-ISSN 2518-7880

Передплатний індекс: 86164

УДК 616.35/34



**Засновник**

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

**Адреса редакції:**

Україна, 49074, м. Дніпро,

пр. Газети «Правда», 96

Телефони: + 38 (056) 725-47-71, + 38 (056) 227-00-84

[www.gastro.org.ua](http://www.gastro.org.ua)

[www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com)

<http://gastro.zaslavsky.com.ua>

**Електронні адреси для звертань:**

**З питань публікації статей**

[gastro\\_luda@mail.ru](mailto:gastro_luda@mail.ru)

**З питань передплати**

[info@mif-ua.com](mailto:info@mif-ua.com)

Тел. +38 (044) 223-27-42

**З питань розміщення реклами та інформації**

**про лікарські засоби**

[reclama@mif-ua.com](mailto:reclama@mif-ua.com)

[office@zaslavsky.kiev.ua](mailto:office@zaslavsky.kiev.ua)

[golubnichayan@gmail.com](mailto:golubnichayan@gmail.com)

*Видання рекомендоване до друку та до поширення через мережу Інтернет вченою радою ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», протокол № 9 від 25.10.2016 р.*

*Зовнішні рецензенти:*

*проф. Решетілов Ю.І., проф. Чухрієнко Н.Д.*

*Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від 21.12.2015 р. № 1328.*

*Російською, українською та англійською мовами*

*Збірник зареєстровано Державною реєстраційною службою України.*

*Свідоцтво КВ № 20330-10130ПР від 22.08.2013*

*Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 10,46.*

*Тираж 3 000 прим.*

**Видавць Заславський О.Ю.**

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107

Адреса реєстрації: пр. Ленінський, 25/126, м. Донецьк, 83102

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2128 від 13.05.2005

**Друк: ТОВ «РІДЖИ»**

Вул. Старокиївська, 26а, м. Київ, 04116

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 3790 від 26.05.2010

**Головний редактор — Степанов Ю.М.,**

д.м.н., професор, директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», зав. кафедри гастроентерології та терапії ФПО Дніпропетровської державної медичної академії (Дніпро)

## **РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

**Бабак О.Я.**, д.м.н., професор, зав. кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету (Харків)

**Діденко В.І.**, к.м.н., заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро)

**Мосійчук Л.М.**, д.м.н., зав. відділом захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро)

**Nagorni A.**, professor of Internal Medicine, Mr. Php. University Clinical Center (Serbia)

**Paradowski L.**, prof. dr. hab. n. med. (Wroclaw, Poland)

**Ратчик В.М.**, д.м.н., заступник директора з лікувальної роботи — головний лікар, зав. відділом хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро)

**Решетілов Ю.І.**, д.м.н., професор, зав. кафедри гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (Запоріжжя)

**Свінцицький А.С.**, д.м.н., професор, зав. кафедри госпітальної терапії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (Київ)

**Фадєєнко Г.Д.**, д.м.н., професор, директор ДУ «Інститут терапії ім. А.Т. Малої НАМН України» (Харків)

**Харченко Н.В.**, чл.-кор. НАМН України, д.м.н., професор, зав. кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (Київ)

**Хатьков І.Є.**, д.м.н., професор, директор Московського клінічного науково-практичного центру ЦНП гастроентерології (Москва, Росія)

**Шевченко Б.Ф.**, д.м.н., професор, головний науковий співробітник відділу хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро)

**Шипулін В.П.**, д.м.н., професор кафедри внутрішніх хвороб № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (Київ), головний спеціаліст за фахом «гастроентерологія» МОЗ України, директор Національного музею медицини України (Київ)

## **ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:**

**Гравіровська Н.Г.**, к.м.н., пров. наук. співроб. відділу науково-організаційної, методичної роботи та інформаційних технологій ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпро)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», 2016

© Заславський О.Ю., 2016



УДК 616-071+616.37+613.95

DOI: 10.22141/2308-2097.4.62.2016.81093



СОРОКМАН Т.В., ПОПЕЛЮК О.-М.В.  
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ДІТЕЙ

**Резюме. Актуальність.** Поширеність панкреатиту в дітей становить 5–25 %. **Мета:** визначити особливості патології підшлункової залози в дітей. **Матеріал та методи.** Дослідження проведено на базі гастроентерологічного відділення Чернівецької обласної клінічної дитячої лікарні впродовж 2013–2015 рр. **Результати.** Частота хронічного панкреатиту серед дітей Чернівецької області загалом становить 1,8 %. У 66 % дітей із хронічним гастродуоденітом і в 100 % дітей із виразковою хворобою цибулини дванадцятипалої кишки були виявлені ультразвукові зміни підшлункової залози. Ознаки хронічного панкреатиту відмічені в 1 дитини з целиакією і 4 дітей із лактазною недостатністю. У 17 дітей спостерігались ультразвукові ознаки фіброзу залози та зниження рівня еластази-1 в калі, що можуть розглядатися як ознаки хронічного панкреатиту, у 9 дітей встановлено ультразвукові ознаки структурних змін підшлункової залози, але рівень еластази-1 був нормальним (хворі з рецидивуючим панкреатитом), у 18 дітей не було ультразвукових змін структури залози та рівень еластази-1 в калі не змінювався. **Висновок.** Хронічні панкреатити в дітей перебігають на фоні больового (нападоподібний біль із локалізацією в епігастрії або часта зміна локалізації болю), диспептичного (найчастіше проявляється нудотою та блюванням) і астеновегетативного синдромів та супроводжуються дисгармонійним фізичним розвитком. У всіх хворих із хронічним панкреатитом виявлено вогнищеві або лінійні фіброзні зміни паренхіми підшлункової залози, неспецифічні зміни в копрограмі та значне зниження рівня еластази-1 у крові.

**Ключові слова:** діти, патологія підшлункової залози, хронічні панкреатити.

### Актуальність

Поширеність панкреатиту серед дітей із патологією травного тракту становить 5–25 % [1]. Перебіг панкреатиту в дитини на відміну від дорослого має свої особливості: захворювання може викликатися широким колом екзогенних і ендогенних факторів, перебігати малосимптомно, маскуватися іншими захворюваннями травного тракту: гастрит, гастродуоденіт, дисбактеріоз кишечника тощо [2]. Якщо звернутися до визначення хронічного панкреатиту (ХП), то здебільшого вказуються такі ознаки: стійкі структурні зміни в залозі (зазвичай — фіброз, рідше — зміни протокової системи) і функціональна недостатність [3]. Тепер, коли разом з ультразвуковим дослідженням на практиці все ширше використовують такі методи

візуалізації, як комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія, ендосонографія, ретроградна холангіопанкреатографія, діагностика структурних змін стає можливою вже на ранніх стадіях патології [4]. В арсеналі сучасної медицини є надійний неінвазивний метод оцінки функції підшлункової залози — визначення

Адреса для листування з авторами:  
Сорокман Таміла Василівна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики БДМУ  
Театральна пл., 2, м. Чернівці, 58002, Україна  
E-mail: t.sorokman@gmail.com

© Сорокман Т.В., Попелюк О.-М.В., 2016  
© «Гастроентерологія», 2016  
© Заславський О.Ю., 2016

еластази-1 в калі [5–7]. Пошук методів раннього виявлення та своєчасного лікування панкреатиту в дітей є актуальним завданням педіатрії та дитячої гастроентерології.

**Мета дослідження:** вивчити особливості перебігу патології підшлункової залози в дітей. Завдання дослідження: визначити частоту патології підшлункової залози в дітей, госпіталізованих у гастроентерологічне відділення, вивчити особливості перебігу патології підшлункової залози в дітей.

## Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі гастроентерологічного відділення Чернівецької обласної клінічної дитячої лікарні впродовж 2013–2015 рр. Усього за цей період у відділення госпіталізовано 1406 дітей із патологією шлунково-кишкового тракту, історії хвороби яких були проаналізовані. Діти надходили до стаціонару зі скаргами на повторний біль із переважною локалізацією в епігастрії та лівому верхньому квадранті живота, що супроводжувався тими чи іншими диспептичними симптомами. З них відібрано для ретельного аналізу 59 історій. У всіх дітей була фонові гастроентерологічна патологія: у 35 осіб — хронічний гастродуоденіт, у 3 — виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки, у 3 — жовчнокам'яна хвороба, у 10 — лямбліоз, у 3 — целиакія, у 5 — лактазна недостатність. Аналіз клінічної симптоматики проводився за бальною оцінкою скарг, анамнестичних даних і об'єктивних ознак хвороби. Більовий індекс включав оцінку за 3-бальною шкалою показників інтенсивності, характеру, частоти, зв'язку з їжею та тривалості болю, диспептичний — вираженості нудоти, блювання, відрижки, метеоризму, діареї.

Усім пацієнтам проведено дослідження клінічних та біохімічних аналізів крові, 3-кратне копрологічне дослідження, фіброезофагогастродуоденоскопію з біопсією шлунка та дванадцятипалої кишки і подальшим морфологічним дослідженням біоптатів, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з вимірюванням розмірів ПЗ натще і після прийому їжі. Для оцінки функції ПЗ у всіх хворих досліджено рівень еластази-1 в калі. Критерієм зовнішньосекреторної недостатності вважали зниження рівня еластази-1 в калі нижче 200 мг/г.

Статистична обробка отриманих даних проведена за допомогою програм Statistica 6.0. Для кожної з ознак обчислювалися середні значення, середня помилка середнього. Для визначення вірогідності відмінностей використаний ранговий критерій Вілкоксона — Манна — Уїтні.

## Результати та їх обговорення

За результатами тільки клінічного дослідження частка дітей із патологією ПЗ від усіх пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні, становила 4,2 %. У 2013 році кількість таких дітей становила 19 (4,2 % від усіх хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту), у 2014 році — 20 (4,2 %), у 2015 році — 20 (4,2 %). Необ-

хідно також відзначити, що в 66 % дітей із хронічним гастродуоденітом і в 100 % дітей із виразковою хворобою цибулини дванадцятипалої кишки були виявлені ультразвукові зміни ПЗ. Ознаки ХП були виявлені в 1 дитини з целиакією і 4 дітей із лактазною недостатністю. З 59 пацієнтів, які були відібрані для дослідження, у 44 (74,5 %) виявлено порушення з боку ПЗ з урахуванням інструментальних та лабораторних показників. Відповідно до обраних критеріїв пацієнтів розподілили так (рис. 1): у 17 дітей виявлені ультразвукові ознаки фіброзу залози та зниження рівня еластази-1 в калі, що можуть розглядатися як ознаки ХП, у 9 дітей установлені ультразвукові ознаки структурних змін ПЗ, але рівень еластази-1 був нормальним (хворі з рецидивуючим панкреатитом (РП), у 18 дітей не було ультразвукових змін структури залози та рівень еластази-1 в калі не змінювався, однак, оскільки в них відмічався біль у зоні проекції ПЗ, у них діагностували панкреатичний варіант дисфункції сфінктера Одді (ДСО). Отже, інших уражень ПЗ, окрім вищенаведених, у досліджуваних нами дітей не виявлено. Хронічний панкреатит підтверджено тільки в 26 пацієнтів (1,8 % від усіх проаналізованих історій хвороб). Якщо враховувати той факт, що всі пацієнти з порушеннями шлунково-кишкового тракту неінфекційної етіології в Чернівецькій області скеровуються на лікування в обласну дитячу клінічну лікарню, то отримані результати щодо частоти ХП у дітей можна екстраполювати на всю область.

Середній вік дітей із ХП становив  $12,8 \pm 1,3$  року, дітей із РП —  $10,1 \pm 1,1$  року та дітей із ДСО —  $9,7 \pm 1,6$  року. При аналізі анамнезу життя дітей звертали на себе увагу такі дані: 1/3 дітей перебувала на ранньому (з 1-місячного віку) штучному вигодовуванні, 19 дітей страждали від частих респіраторних захворювань, одну кишково інфекцію і більше перенесли 7 дітей, обтяжений алергологічний анамнез встановлено в 14 дітей.

З анамнезу захворювання встановлено, що розвитку клінічної картини передували: грубі порушення дієти — в 21 дитини (47,7 %), кишкові інфекції різної етіології — у 14 (31,8 %), травма живота — у 2 (4,5 %), загострення атопічного дерматиту — у 2 (3,4 %) і кропив'янка — у 2 (2,3 %), загострення виразкової хвороби цибулини дванадцятипалої кишки — у 4 (4,5 %) і гастродуоденіту, асоційованого з *Helicobacter pylori*, — у 6 (6,8 %), надмірні фізичні навантаження — у 4 дітей (4,5 %). У 6 дітей нам не вдалося виявити будь-яких несприятливих факторів, що сприяли розвитку захворювання.

З хірургічного відділення у гастроентерологічне були переведені 15 дітей цієї групи (9 дівчаток і 6 хлоп-

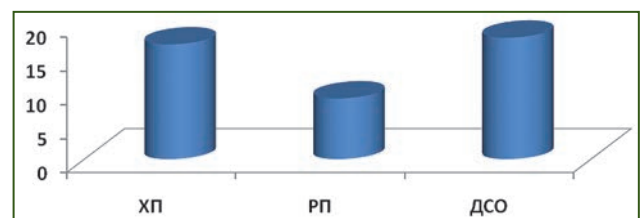
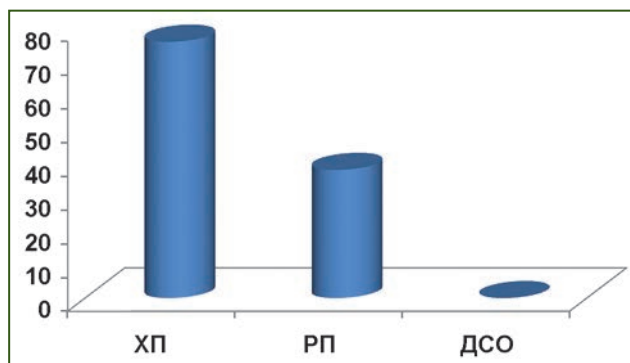


Рисунок 1 — Розподіл обстежених дітей на нозологічні групи, %





**Рисунок 2 — Дисгармонійний фізичний розвиток у дітей із патологією підшлункової залози, %**

чиків), куди вони надійшли з підозрою на гострий апендицит. У цих дітей біль у животі виник гостро, у решти — наростання інтенсивності больового синдрому протягом 1,5 місяця (51 %) або біль виникав періодично впродовж 1–1,5 місяця (14 %). У 35 (79,5 %) дітей біль мав нападаподібний характер, у 9 (20,5 %) хворих біль був ниючий. У дітей із РП значно частіше біль турбував протягом усього дня та в нічний час. Тільки в 5 дітей біль мав оперізувальний характер. Більше ніж у половини дітей біль локалізувався переважно в епігастральній ділянці (52,3 % пацієнтів), лівому (20,5 %) і правому підребер'ї (15,9 %). 11,3 % дітей не мали чіткої локалізації болю. Варто зауважити, що в третини дітей біль періодично міняв свою локалізацію. Практично у всіх пацієнтів він посилювався після прийому їжі та при порушенні режиму харчування.

Характерним для цих дітей був і диспептичний синдром. Біль у животі супроводжувався відчуттям тяжкості у верхній половині живота (56,8 %), блюванням (61,3 %), нудотою (68,2 %), розрідженим випорожненням (22,7 %), підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр (27,2 %).

Прояви астеновегетативного синдрому виявлено в 45,4 % дітей: млявість (43,1 %), підвищена втомлюваність (38,6 %), емоційна лабільність (45,4 %). Більшість дітей обох груп скаржилися на зниження апетиту, а чверть хворих взагалі відмовлялися від прийому їжі.

Важливим показником є фізичний розвиток пацієнта. Найбільш виражене порушення фізичного розвитку спостерігали в дітей із ХП — дисгармонійний фізичний розвиток зареєстровано в 76,8 % дітей. Серед пацієнтів із РП дітей із таким порушенням було вдвічі менше, і тільки діти з ДСО відповідали нормальним фізичним параметрам (рис. 2).

Зміни копрограми у всіх дітей були неспецифічні, тому остання не може слугувати надійним показником функціонального стану ПЗ у дітей старшого віку. У 7 дітей діагностований аскаридоз. Гелікобактерна інфекція виявлена в 11 дітей першої групи та в 6 дітей другої групи.

Ультразвукове дослідження ПЗ показало збільшення її розмірів у 22,4 % дітей із ХП, 18,8 % — із РП. У дітей із ДСО розміри ПЗ при ультразвуковому дослідженні були в нормі, однак у 11,3 % виявлялися гіперехогенні включення. У всіх хворих із ХП відмічено

вогнищеві або лінійні фіброзні зміни паренхіми ПЗ; при РП подібні зміни виявлені в 57,4 % дітей. У 2 випадках спостерігалися ущільнення стінок вірсунгової протоки та її нерівномірність. У 3 дітей діагностована жовчнокам'яна хвороба, у 10 — деформація жовчного міхура, у 3 — збільшення правої частки печінки без зміни її структури.

Середні показники рівня еластази-1 в калі у хворих із ХП становили  $98,7 \pm 13,4$  мг/г, у хворих із РП —  $243,0 \pm 28,3$  мг/г і в пацієнтів із ДСО —  $438,2 \pm 19,6$  мг/г.

Таким чином, повноцінне обстеження хворого з подальшим моніторингом основних показників дозволить не тільки встановити характер патологічних змін у підшлунковій залозі та генез їх розвитку, а й припустити можливі варіанти їх перебігу і розробити тактику лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання хронізації процесу з розвитком панкреатичної недостатності.

## Висновки

1. Хронічні панкреатити в дітей перебігають на фоні больового (нападаподібний біль із локалізацією в епігастрії або часта зміна локалізації болю), диспептичного (найчастіше проявляється нудотою та блюванням) і астеновегетативного синдромів та супроводжуються дисгармонійним фізичним розвитком.

2. У всіх хворих із хронічним панкреатитом виявлені збільшення розмірів підшлункової залози, вогнищеві або лінійні фіброзні зміни її паренхіми, неспецифічні зміни в копрограмі та значне зниження рівня еластази-1 у крові.

## Список літератури

1. Банадига Н.В. Місце панкреатопатії у дітей на тлі хронічної патології органів травлення / Н.В. Банадига, О.М. Дутчак // Сучасні досягнення в гастроентерології. — К.: Прапор, 2013. — С. 30-32.
2. Заичкина А.А. Трудности диагностики хронического панкреатита у детей / А.А. Заичкина, Е.А. Корниченко // Рус. мед. журнал. — 2015. — Т. 10, № 2. — С. 34-38.
3. Oracz G. The clinical course of hereditary pancreatitis in children — a comprehensive analysis of 41 cases / G. Oracz, E. Kolodziejczyk, A. Sobczynska-Tomaszewska [et al.] // *Pancreatology*. — 2016. — Vol. 15, № 3. — P. 234-237. — doi: 10.1016/j.pan.2016.04.009.
4. Кудрявцева Н.Б. Диагностика ранних нарушений экзокринной функции поджелудочной железы детей школьного возраста / Н.Б. Кудрявцева, В.П. Родіонов // Вісник здоров'я. — 2015. — № 2. — С. 113-1116.
5. Губергриц Н.Б. Метаболическая панкреатология / Н.Б. Губергриц, А.Н. Казюлин. — Донецк: Лебедь, 2011. — 464 с.
6. *The Pancreas: An integrated textbook of basic science, medicine, and surgery* / H.G. Beger, A.L. Warshaw, M.W. Büchler [et al.]. — 2<sup>nd</sup> ed. — Massachusetts, USA: Blackwell Publ., 2013. — 1006 p.
7. Löhr J.-M. Exocrine pancreatic insufficiency / J.-M. Löhr. — Bremen: UNI-MED, 2010. — 91 p.

Отримано 08.09.16 ■

Сорокман Т.В., Попелюк А.-М.В.

ВГУЗУ «Буковинський державний медичний університет», г. Чернівці, Україна

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

**Резюме. Актуальность.** Распространенность панкреатита у детей составляет 5–25 %. **Цель:** определить особенности патологии поджелудочной железы у детей. **Материал и методы.** Исследование проведено на базе гастроэнтерологического отделения Черновицкой областной клинической детской больницы в течение 2013–2015 гг. **Результаты.** Частота хронического панкреатита среди детей Черновицкой области в целом составляет 1,8 %. У 66 % детей с хроническим гастродуоденитом и у 100 % детей с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки были обнаружены ультразвуковые изменения поджелудочной железы. Признаки хронического панкреатита отмечены у 1 ребенка с целиакией и 4 детей с лактазной недостаточностью. У 17 детей обнаружены ультразвуковые признаки фиброза железы и снижение уровня эластазы-1 в кале, которые могут рассматриваться как признаки хронического панкреатита, у 9 детей установлены ультразвуковые признаки

структурных изменений поджелудочной железы, но уровень эластазы-1 был нормальным (больные с рецидивирующим панкреатитом), у 18 детей не было ультразвуковых изменений структуры железы и уровень эластазы-1 в кале не менялся. **Вывод.** Хронические панкреатиты у детей протекают на фоне болевого (приступообразная боль с локализацией в эпигастрии или частая смена локализации боли), диспептического (чаще всего проявляется тошнотой и рвотой) и астеновегетативного синдромов и сопровождаются дисгармоничным физическим развитием. У всех больных с хроническим панкреатитом обнаружены очаговые или линейные фиброзные изменения паренхимы поджелудочной железы, неспецифические изменения в копрограмме и значительное снижение уровня эластазы-1 в крови.

**Ключевые слова:** дети, патология поджелудочной железы, хронические панкреатиты.

Sorokman T.V., Popelyuk O.-M.V.

HSEIU «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

### FEATURES OF PANCREATIC PATHOLOGY IN CHILDREN

**Summary. Background.** The prevalence of pancreatitis in children with digestive disorders is 5–25 %. **Aim of research:** to determine the prevalence of pancreatic pathology in children. **Material and methods.** The research was conducted on the basis of department of gastroenterology of Chernivtsi Regional Clinical Children's Hospital during 2013–2015. **Results.** The overall prevalence of chronic pancreatitis in children of Chernivtsi region is 1.8 %. It should also be noted that 66 % of children with chronic gastroduodenitis and 100 % of children with duodenal bulb ulcer had ultrasound changes of pancreas. Signs of chronic pancreatitis were detected in 1 child with celiac disease and 4 children with lactose intolerance; 17 children had identified ultrasound signs of pancreatic fibrosis, and reduced elastase-1 in stool, which can be considered as signs of chronic

pancreatitis; 9 children had identified ultrasound signs of structural changes of pancreas, but the level of elastase-1 was normal (patients with recurrent pancreatitis); 18 children had no ultrasound changes of pancreas and no deviation in the structure and the level of elastase-1. **Conclusion.** The chronic pancreatitis in children is often associated with pain (epigastric paroxysmal pain with frequent changes of pain location), dyspeptic (often manifested by nausea and vomiting) and astheno-vegetative syndromes which are associated with disharmonious physical development. All patients with chronic pancreatitis were revealed to have focal or linear fibrotic changes in the parenchyma of the pancreas, nonspecific changes in coprogram and a significant reduction of elastase-1 level in blood.

**Key words:** children, pancreatic pathology, chronic pancreatitis.