

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.

Абдуллаева Дилором Тельмановна, Сатибалдиева Насиба Ражабовна, Курбанова Дилбар Рахимовна., Агзамходжаева Насиба Саидовна., Ахмедова Гулбахор Хусаиновна.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан, Ташкент. ул. Фароби, дом 2.

E-mail: zvezda-6565@mail.ru

Ключевые слова: Дети; бронхиальная астма; синдром раздраженного кишечника; дисплазия соединительной ткани; психосоматика.

Актуальность. На сегодняшний день многочисленные попытки выявления механизмов влияния дисплазии соединительной ткани на развитие патологии пищеварительного тракта у детей дали возможность расшифровать отдельные их звенья, однако многие проблемные вопросы остаются нерешенными.

Психосоматические расстройства чаще всего являются пусковым механизмом развития синдрома раздраженной кишки (СРК) и некоторых фенотипов бронхиальной астмы. [1,2] Обращаемость к педиатру с данной патологией составляет до 12% среди всех больных, и 28% пациентов, наблюдающихся у специалиста — гастроэнтеролога [3,4].

У детей, страдающих с СРК и БА на фоне ДСТ, поражение со стороны ЖКТ у детей часто выражается в микроаномалиях желчного пузыря, нервно-эмоциональных расстройствах и астено-невротических реакциях, отмечается склонность к воспалительным заболеваниям желудка и кишечника, нередко осложняющимися перфорациями и кровотечениями; отмечаются дискинезия желчевыводящих путей (23%), перетяжки желчного пузыря (13%), дуоденогастральный рефлюкс (9%), гастроэзофагальный рефлюкс (7%), ячеистый желчный пузырь (3%). [8, 9].

Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес врачей-практиков в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией [18]. Частота выявления синдрома ДСТ достаточно велика от 26 до 80% в зависимости от группы исследования [4,5,6].

Цель. Выявить клинические особенности течения бронхиальной астмы и синдрома раздраженного кишечника у детей на фоне дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии г. Ташкента, в отделении аллергологии под нашим наблюдением находилось 112 детей в возрасте от 5 до 18 лет с бронхиальной астмой с дисплазией соединительной ткани: из них у 43 наблюдалось расстройства органов ЖКТ. (1 группа) — 18 (41,8%) детей СРК — с преобладанием запоров, (2 группа) — у 9 (20,9%) детей с преобладанием диареи, (3 группа) — 16 (37,2%) детей преимущественно с болями в животе и метеоризмом;

Были проведены следующие клиничко-лабораторные исследования: Общий анализ крови, мочи, кала, бактериологическое исследования кала. Спирография, пикфлоуметрия, УЗИ органов брюшной полости; ФГДС.

Результаты обследования показали, что дети школьного возраста часто подвергались различным стрессовым ситуациям (недопонимания урока, невыполнение порученного задания, тревожное состояние перед экзаменами, чрезмерная восприимчивость к замечаниям педагога и т.д.). В результате у них наблюдали следующие внешние фенотипические признаки ДСТ: тонкая гиперэластичная кожа — 30 (69%), аномалии прикуса и роста зубов — 6 (13,9%), высокое небо — 5 (11,6%); долихоцефалическая форма черепа — 3 (6,9%), сандалевидная щель — 11 (25,5%), плоскостопие — 13 (30,2%), нарушение осанки — 18 (41,8%); гипермобильность суставов — 15 (34,8%); деформированные и низко расположенные ушные раковины — 7 (16,2%). [9].

А также у обследованных нами 43 детей были выявлены следующие стигмы дизэмбриогенеза со стороны органов ЖКТ: в виде дискинезии желчевыводящих путей — 4 (9,3%); — пере-

тяжки желчного пузыря — 2 (4,6%); дуоденогастрального и гастроэзофагального рефлюкса — 5 (11,6%); микроаномалии желчного пузыря — 3 (6,9%), хронического гастрита и гастродуоденита — 12 (27,9%)

Все дети с бронхиальной астмой и СРК различной степени тяжести, и нарушением психоэмоционального статуса на фоне базисной терапии получали препарат Тенотен.

Учитывая проявления дисплазии соединительной ткани у данной категории детей, к лечению были подключены препараты, содержащие карнитин хлорид в возрастной дозировке.

С целью коррекции дефицита необходимых микронутриентов был подключен препарат клинонотрен юниор в возрастной дозировке.

Дети 1 группы СРК с преобладанием запоров получали: дротаверин, дюфалак, ферментные препараты, им была назначена диета с обогащением клетчатки. Детям 2 группы с преобладаем СРК с диареей были назначены — смекта, асептики (эрссефурил), а так же имодиум с пребиотиками.

Детям 3 группы были назначены препараты: энтеросорбенты, семитикон, пре и пробиотики, спазмолитики.

Заключение.

1. Выявлено, что в основе патогенеза бронхиальной астмы и синдрома раздраженного кишечника причинно-значимым пусковым механизмом является нарушение психосоматического статуса.

2. При выявлении наиболее значимые внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани высокий показатель у 30 (69%) отмечался у детей с тонкой гиперэластичной кожей. А так же менее значимые цифры определялись при плоскостопии -13 (30,2%), нарушении осанки — 18(41,8%); и гипермобильности суставов — 15 (34,8%);

3. Так же у наших пациентов были выявлены следующие значимые нарушения органов пищеварения в виде стигм дизэмбриогенеза, чаще всего наблюдался острый гастрит и гастродуоденит, что составило 12 (27,9%).

4. При комплексном лечении детей с бронхиальной астмой в сочетании с СРК на фоне дисплазии соединительной ткани дополнительно назначался препарат для коррекции психосоматического статуса — Тенотен.

Литература:

1. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. — М. МЕДпресс-информ, 2016. — стр 776.
2. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Избранные лекции по гастроэнтерологии. — М. МЕДпресс, 2002. — стр. 88
3. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006; 130 (5): 1527–1537.
4. Drossman D. D., Corazziari E., Delvaux M. et al. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. 3rd Edition. USA: Degnon Associates, Inc. 2006.
5. Якубовская О. Г. Клинико-морфологическая характеристика хронического гастродуоденита у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Автореф. дис ... канд. мед. наук. Ставрополь. 2008. 24 с.
6. Reilly D. J., Chase J. W., Hutson J. M. et al. Connective tissue disorder — a new subgroup of boys with slow transit constipation? J. Pediatr. Surg. 2008; 43 (6): p 1111–1114.
7. Zarate N., Farmer A. D., Grahame R. et al. Unexplained gastrointestinal symptoms and joint hypermobility: is connective tissue the missing link? Neurogastroenterol. Motil. 2010; 22 (3): 252–278.
8. И.И. Иванова, С.Ф. Гнусаев, Ю. С. Апенченко, Л. В. Капустина, Н. А. Герасимов, И. А. Солдатова. Характеристики проявления заболеваний пищеварения у детей с дисплазией соединительной ткани. Ж. Современная педиатрия Том 11, No 5, 2012 стр. 50–55
9. Абдуллаева Д.Т. Значение дисплазии соединительной ткани в развитии и прогнозе бронхиальной астмы у детей. Автореф. дис ... канд. мед. наук. Ташкент. 2011. 24 с.