

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

© Ахметшина А. Б., Шалимова А. П.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Резюме. Целью исследования было изучение взаимосвязи эндоскопических признаков с гастроинтестинальной формой дисплазии соединительной ткани. **Материалы и методы.** Проведен осмотр и ретроспективный анализ амбулаторных карт 100 детей 6–17 лет. В основную группу вошли 40 детей с гастроинтестинальной формой ДСТ (патология верхних отделов пищеварительного тракта с диспластическими изменениями). Группа сравнения — 20 детей с хронической гастродуоденальной патологией без признаков ДСТ. Контрольная группа — 40 детей с единичными признаками ДСТ и без хронической патологии органов пищеварения, сопоставимые по возрасту и полу с группой. Дисплазия соединительной ткани выявлялась по основным и второстепенным признакам по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1988), частота выявленных диспластических изменений выражалась в процентах. Диагнозы верифицированы клинико-эндоскопически. Оценивали отягощенность акушерского анамнеза, результаты лабораторно-инструментальных методов обследования во время обострения заболевания. В исследовании был проведен корреляционный анализ для исследования трех групп, анализировались сильные и средней силы взаимосвязи. Для оценки достоверности различий между значениями использовали программу Statistica 6.0. Результаты являлись статистически значимыми при $p < 0,05$. **Заключение.** Для гастроинтестинальной формы дисплазии соединительной ткани характерна мультиморбидность с корреляцией между данными эндоскопического исследования и выраженностью признаков дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, эндоскопическая диагностика, хронический гастродуоденит.

ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS OF GASTROINTESTINAL FORM OF DISPLAYS OF CONNECTING TISSUE IN CHILDREN

© Akhmetshina A.B., Shalimova A.P.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Summary. *The aim* of the study was to study the relationship between endoscopic features and the gastrointestinal form of connective tissue dysplasia. *Materials and methods.* An examination and a retrospective analysis of outpatient charts of 100 children aged 6–17 years were conducted. The main group included 40 children with gastrointestinal form of DST (pathology of the gastrointestinal tract with dysplastic changes). Comparison group — 20 children with chronic gastroduodenal pathology without signs of DST. Control group — 40 children with individual signs of DST and without chronic pathology of digestive organs, comparable in age and sex with the group. Dysplasia of connective tissue was detected by main and secondary signs according to the criteria of T. Milkovska-Dimitrova and A. Karkashev (1988). The incidence of revealed signs of connective tissue dysplasia was expressed as a percentage. Diagnoses are verified clinico-endoscopically. We assessed the burden of obstetric history, the results of laboratory-instrumental methods of examination during the exacerbation of the disease. In the study, a correlation analysis was performed to study three groups. The strong and medium strength of the relationship were analyzed. To assess the reliability of the differences between the values, the program Statistica 6.0 was used. The results were statistically significant at $p < 0.05$. *The conclusion.* Gastrointestinal form of connective tissue dysplasia is characterized by multimorbidity with correlation between endoscopic findings and severity of connective tissue dysplasia.

Key words: connective tissue dysplasia, endoscopic diagnosis, chronic gastroduodenitis.

Общеизвестно, диагностика воспалительных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, в частности, хронического гастродуоденита, базируется на основании данных клинико-лабораторных исследований. Однако абсолютно достоверным методом диагности-

ки наличия этих заболеваний является эзофагогастродуоденоскопия [1–3].

Дисплазия (от греч. $\delta\upsilon\varsigma$ dys — нарушение + $\pi\lambda\acute{\alpha}\theta\omega$ plaseo — образуя) означает отклонение в формировании. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) представляет со-

бой аномалию тканевой структуры, проявляющуюся снижением прочности соединительной ткани вследствие мутации генов, кодирующих синтез молекул и пространственную организацию коллагена. В практике врачей всех специальностей проблема ДСТ не теряет актуальность и по сей день. Клинические проявления соединительно-тканых нарушений разнообразны. К ним относятся как специфический внешний вид и косметические дефекты, так и тяжелые патологические изменения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Врач нередко затрудняется объединить множество отдельных симптомов и не может увидеть за ними единую системную патологию. Ранняя диагностика у детей маркеров ДСТ позволяет предотвратить развитие возможных осложнений [4–6].

Распространенность хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ХЗ ВОПТ) среди детей остается высокой и не имеет тенденции к снижению [2, 6, 7]. К одним из причинных факторов их генеза относятся аномалии развития и различные варианты соединительнотканной недостаточности. В научной литературе имеется немало количество исследований по проблеме ХЗ ВОПТ у детей. Но при этом признаки ДСТ рассматриваются не всегда [4, 6].

Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи эндоскопических признаков при ХЗ ВОПТ с гастроинтестинальной формой дисплазии соединительной ткани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен осмотр детей 6–17 лет ($n=100$) и ретроспективный анализ амбулаторных карт на базах 6 амбулаторных лечебно-профилактических учреждений Удмуртии и Татарстана. В основную группу вошли 40 детей с гастроинтестинальной формой ДСТ (патология ЖКТ с диспластическими изменениями). Группа сравнения включала в себя 20 детей с хронической гастродуоденальной патологией без признаков ДСТ. В контрольную группу вошли 40 детей с единичными признаками ДСТ и без хронической патологии органов пищеварения, сопоставимые по возрасту и полу с группой. Анализ полученных результатов проведен в группах: основной, контрольной и сравнения.

Диагностику ДСТ проводили по выявлению основных и второстепенных признаков по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1988) [7, 9]. Частота выявленных признаков ДСТ выражалась в процентах. Диагнозы ХЗ ВОПТ были верифицированы кли-

нико-эндоскопически. Также у всех осмотренных детей оценивали такие показатели, как отягощенность акушерско-биологического анамнеза, результаты лабораторно-инструментальных методов обследования (уровень гемоглобина и СОЭ, количество эритроцитов и лейкоцитов, группа крови и резус-фактор, полный анализ кала, ЭКГ, Эхо-КГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости) во время обострения заболевания.

В исследовании трех групп наблюдения проведен корреляционный анализ. Анализировались сильные и средней силы взаимосвязи. Для оценки достоверности различий между значениями использовали программу Statistica 6.0. Результаты являлись статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех детей из групп сравнения и основной группы диагноз ХЗ ВОПТ был верифицирован данными эзофагогастродуоденоскопии. В основной группе и группе сравнения чаще встречался хронический эрозивный гастродуоденит — 65 и 60% соответственно. Анализ анамнестических данных показал, что на количество эрозий влияет акушерский анамнез, имелась сильная прямая корреляционная взаимосвязь. Кроме того у детей с множественными эрозиями хуже показатели красной и белой крови ($r=-0,99$, $p<0,001$). Площадь поражения ЖКТ напрямую влияет на показатели красной крови, а именно способствует развитию железодефицитной анемии [1]. К примеру, результаты полного анализа кала отражают площадь поражения ЖКТ.

По критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985) по диагностике ДСТ в контрольной группе и группе сравнения число внешних фенотипических признаков не превышало диагностического порога, равного не более 2 внешним феном. Действительно, единичные проявления ДСТ отмечены у 78% здоровых детей из контрольной группы и группы сравнения — пациентов с патологией ЖКТ с единичными признаками ДСТ. У наблюдаемых с подтвержденным диагнозом ХЗ ВОПТ (основная группа) фенотипические признаки ДСТ были выявлены в 66% случаев, что позволяет подтвердить наличие гастроинтестинальной формы ДСТ [4]. Были выявлены следующие характерные признаки ДСТ для ХЗ ВОПТ [7, 9].

- В основной группе детей достоверно чаще выявлены такие фенотипические признаки ДСТ как умение свернуть язык в трубочку (95%), плоскостопие (70%), тонкая кожа (65%), нарушение осанки (80%) ($p<0,001$).

Из внутренних признаков ДСТ значимыми были патология органов зрения — миопия, астигматизм (77.5%), синдром иммунологических нарушений — аллергия (40%) и висцеральный синдром — дискинезии желчного пузыря, гастроэзофагеальный рефлюкс, нефроптоз (45%) ($p < 0,05$).

- В основной группе у детей с висцеральным синдромом и патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) при эндоскопическом исследовании выявляются в основном острые эрозии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Также установили, что единичные эрозии обнаружены у детей с такими фенами ДСТ, как готическое небо, деформация грудной клетки, патология ССС, бронхолегочный синдром, висцеральный синдром, патология нервной системы, что совпадает с данными литературы [5, 7].

Проведенный корреляционный анализ клинико-anamнестических, эндоскопических и лабораторных данных обнаружил, что наличие у ребенка патологии ЖКТ связано с выраженностью признаков ДСТ. Один из внешних фенотипов дисплазии соединительной ткани — готическое небо — чаще встречается у девочек и прямо пропорционально связан с площадью поражения ЖКТ ($r = 0,99$, $p < 0,001$), а также с наличием патологии сердечно-сосудистой системы. Нарушения опорно-двигательного аппарата (деформация грудной клетки и позвоночника) имеют сильные прямые взаимосвязи с площадью поражения ЖКТ и наличием отклонений в работе ССС. В основной группе для детей с патологией ССС менее характерны такие признаки соединительнотканых нарушений, как плоскостопие, расширение вен, растяжимость и дряблость кожи ($r = 0,7$, $p < 0,01$).

Бронхо-легочный синдром более характерен для девочек и имеет сильную прямую связь с наличием у ребенка нарушений иммунологических реакций. Действительно, одним из частых проявлений аллергии у детей старшего возраста является бронхиальная астма [10].

Висцеральный синдром также чаще встречался у детей с эрозивным гастродуоденитом ($r = 0,99$, $p < 0,001$), с возрастом его проявления усиливаются, что соответствует современным литературным данным [8, 9]. Однако у таких детей реже имеются плоскостопие, расширение вен и дряблость кожи.

По данным литературы у детей с ДСТ часто выявляется патология со стороны нервной и ССС. Так, в нашем исследовании патология со стороны нервной системы и внешние фены

дисплазии соединительной ткани имеют сильную прямую корреляционную связь [11].

Для ДСТ характерны изменения на ЭКГ, особенно у детей, у которых выявлены следующие признаки: готическое небо, висцеральный синдром, изменения в полном анализе кала, что подтверждается наличием сильной прямой корреляционной связи ($r = 0,99$, $p < 0,001$).

Сходные аналогичные корреляционные взаимосвязи выявлены также в группе сравнения.

Заметим, для гастроинтестинальной формы ДСТ характерны как острые, так и хронические эрозии. При проведении корреляционного анализа выявлено, что острые эрозии чаще наблюдаются у детей при наличии признаков ДСТ, обусловленные патологией ССС и при висцеральном синдроме. Количество эрозий увеличивается при повышении отягощенности акушерского анамнеза ($r = 0,6$, $p < 0,05$). Мы обнаружили, что у детей с положительным резус-фактором количество эрозий меньше, что требует дальнейшего исследования [8, 12].

Еще раз заметим, в контрольной группе детей, у которых не были установлены диагнозы ХГД и ДСТ, имелись только единичные признаки дисплазии, при этом отмечено преобладание мужского пола над женским. У мальчиков чаще встречаются такие признаки ДСТ, как умение сворачивать язык в «трубочку», гипермобильность суставов, подвывихи и вывихи, повторяющиеся в одном или более чем в одном суставе [5], дряблость и увеличенная растяжимость кожи ($r = 0,8$, $p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У обследованных нами детей с подтвержденным диагнозом ХЗ ВОПТ фенотипические признаки ДСТ были выявлены в 66% случаев, что позволяет подтвердить наличие гастроинтестинальной формы ДСТ [8].

Проведенные исследования позволили обнаружить, что в основной группе и группе сравнения у детей с висцеральным синдромом и патологией ССС при эндоскопическом исследовании выявляются в основном острые эрозии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Также установлено, что единичные эрозии обнаруживаются у детей с такими фенами ДСТ, как готическое небо, деформация грудной клетки, патология ССС, бронхолегочный синдром, висцеральный синдром, патология нервной системы. У пациентов с множественными эрозиями отягощен акушерский анамнез и хуже показатели красной

и белой крови. Нами выявлено, в группе сравнения у детей с положительным рефлекс-фактором количество эрозий меньше, что требует дальнейшего исследования.

Достоверно значимыми признаками патологии соединительной ткани можно считать умение свернуть язык в трубочку, плоскостопие, нарушение осанки, тонкую кожу, патологию органа зрения, синдром иммунологических нарушений и висцеральный синдром. Наибольшее количество проявлений ДСТ характерно для детей основной группы.

Для гастроинтестинальной формы ДСТ характерна мультиморбидность с корреляцией между данными эндоскопического исследования и выраженностью признаков ДСТ. Следовательно, нужно вовремя выявлять детей с признаками ДСТ — группы риска на эрозивно-язвенные поражения, и, наоборот, при подтверждении диагноза эрозивного гастродуоденита следует обращать внимание на диспластические признаки, подтверждать синдром ДСТ ввиду не только возможности рецидивирования гастропатологии, но и осложнений со стороны других систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кильдиярова Р.Р., Денисов М.Ю., Макарова В.И., Лобанов Ю.Ф., Щербак В.А., Файзуллина Р.М., Балькова Л.А., Меньшикова Л.И. Детские болезни. Учебник / Под ред. Р.Р. Кильдияровой. М., 2015. 832 с
2. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф. Наглядная детская гастроэнтерология и гепатология. Учебное пособие, М: ГЭОТАР-Медиа 2013: 29–34.
3. Кильдиярова Р.Р. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 128с.
4. Стрелков Н.С., Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Ишмамеев И.Л. Соединительная ткань у детей при патологии: монография. Под ред. проф. Р.Р. Кильдияровой. Ижевск, 2011; 210.
5. Дауко А.Н., Кривцова Л.А., Конев В.П. Новые критерии диагностики степени тяжести дисплазии соединительной ткани у детей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания медицинской и социальной помощи детям, оставшимся без попечения родителей и находящимся в трудной жизненной ситуации, в доме ребенка», посвященная 100-летию КУЗОО «Специализированный дом ребенка» 2018; 60–67.
6. Трутнева Л.А., Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Шлыкова О.П. Развитие хронического гастродуоденита у детей с признаками дисплазии соединительной ткани. Клиническая гастроэнтерология 2010; 1: 53–57.
7. Клинические рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр). Медицинский вестник Северного Кавказа 2018; 13(1.2): 137–210.
8. Кильдиярова Р.Р. Болевой синдром у подростков при гастроинтестинальной форме дисплазии соединительной ткани. М-лы сб. трудов Всероссийской научно-практической конференции. СПб, 2016: 40–46.
9. Иванова И. И., Гнусаев С. Ф., Апенченко Ю. С. и соавт. Особенности проявлений заболеваний пищеварительного тракта у детей с дисплазией соединительной ткани. Вопросы современной педиатрии. 2012; 5(11): 50–55.
10. Кильдиярова Р.Р., Хасаншина А.Р. Особенности течения бронхиальной астмы, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, у детей. М-лы сб. III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля «Молодые ученые — развитию Ивановской области». 2017: 311–312.
11. Иванова И.Л., Кильдиярова Р.Р. Клинические проявления дисплазии соединительной ткани у подростков с вертеброгенными заболеваниями нервной системы. Российский педиатрический журнал. 2012. 4: 18–22.