

Шило К.В.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Сикорский А.В.

2-ая кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Заболевания гастродуоденальной зоны у детей являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии и педиатрии [Шубина М.В., 2023]. Гастродуоденальная патология, часто начинаясь в детском возрасте, усиливается в подростковый период, в значительной мере снижая качество жизни, увеличивая расходы на проведение дорогостоящих диагностических манипуляций и подбор необходимой терапии. Особую группу детей составляют пациенты, имеющие наряду с хронической патологией органов пищеварения, дисплазию соединительной ткани (ДСТ), которая встречается у 70% детей и активно влияет на характер течения основного заболевания [Парамонова Н.С., 2022]. В доступной литературе остаются малочисленными сведения о влиянии ДСТ на характер заболевания гастродуоденальной зоны у детей, особенностях диагностики и терапии этих коморбидных состояний как у детей и подростков, так и взрослого населения.

Цель: установить характер влияния дисплазии соединительной ткани на клиническое течение заболеваний пищеварительного тракта у детей с учетом диспластических фенотипов и выраженности диспластических проявлений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 82 однотипных по возрасту и полу школьника с клинически установленными в условиях гастроэнтерологического отделения 3-й детской клинической больницы г. Минска однонаправленными гастродуоденальными диагнозами с ДСТ (1-ая группа, 35 пациентов) и без ДСТ (2-ая группа, 25 человек). Контрольную группу составили 22 здоровых школьника случайной выборки такового же возраста и пола. Степень ДСТ и ее фенотип определяли в соответствии с Российскими рекомендациями «Наследственные и мультифакториальные нарушения СТ у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения (2016).

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследования показал, что клинически ДСТ у детей основной группы наиболее часто проявлялась гиперрастяжимостью кожи (37,1%), миопией (40,0%), сколиозом (68,6%), плоскостопием (54,3%), изменением костей грудной клетки (42,9%) и пролапсом митрального клапана (ПМК) (62,9%). В 48,6% случаев нами установлен неклассифицируемый фенотип ДСТ, который почти в два раза чаще встречался у девочек, чем у мальчиков ($p<0,05$). У пациентов с ДСТ 3ст. дебют заболевания определялся на 2 года раньше, чем у детей без ДСТ по эрозии желудка и ДПК ($p<0,05$), по язве – на 2,2 года ($p<0,05$), а по эрозивному эзофагиту – на 3,9 лет ($p<0,001$). Нами у детей с ДСТ достоверно чаще выявлялась патология желудочно-пищеводного перехода (51,4%), особенности строения желчного пузыря и билиарный сладж (42,9%).

Выводы: ДСТ у детей с гастродуоденальной патологией встречается довольно часто и клинически наиболее часто проявляется гиперрастяжимостью кожи, миопией, сколиозом, плоскостопием, изменением грудной клетки, ПМК. Почти у половины детей основной группы определяется неклассифицируемый фенотип ДСТ. Пациенты с ДСТ 3ст. имеют более ранний дебют эрозивно-язвенных процессов пищевода, желудка и ДПК, чем дети без ДСТ, что обусловлено, на наш взгляд, коморбидностью двух патологических процессов. Гастродуоденальной патология в сочетании с ДСТ характеризуется эндоскопически подтвержденными расстройствами желудочно-пищеводного перехода и особенностями строения желчного пузыря и билиарного сладжа на эхографии органов брюшной полости.