

наблюдается расторможенность; у 7 (77,8%) – задержка речевого развития разной степени. Из них 3 (42,9%) ребенка произносят отдельные слова, 2 (28,6%) – отдельные звуки, а 1 (14,3%) не разговаривает. 2 (22,2%) ребенка – ходят с поддержкой, а 1 (11,1%) ребенок – не ходит. У 2 (22,2%) детей наблюдается специфический запах, у 1 (11,1%) – судорожный синдром.

Было оценено физическое развитие детей с ФКУ. 24 (41,4%) ребенка имели среднее гармоничное развитие, 4 (6,9%) – очень высокое гармоничное и 4 (6,9%) – ниже среднего гармоничное, 3 (5,2%) – высокое гармоничное и 2 (3,45%) – выше среднего гармоничное. У 17 (29,3%) детей дисгармоничное физическое развитие, из них у 7 (41,2%) – высокое, 6 (35,3%) – выше среднего, 2 (11,8%) – низкое, 1 (5,9%) – ниже среднего и у 1 (5,9%) – очень низкое.

Анализ крови оценивался у 30 детей. У большинства детей, соблюдающих диету, анализ крови соответствовал возрасту, показатели не выходили за пределы референтных величин. У 8 (26,7%) детей не соблюдающих диету наблюдается анемия легкой степени тяжести.

Выводы:

1. Исходя из биохимического неонатального скрининга следует, что наиболее распространенным является классический тип ФКУ.
2. Не все дети регулярно придерживаются лечебного питания.
3. Физическое развитие детей с ФКУ, соблюдающих лечебное питание в большинстве случаев гармоничное и высокое, однако, дети не соблюдающие диету отстают в физическом развитии.
4. Психическое развитие детей, соблюдающих диету соответствует возрасту. Большинство детей не регулярно соблюдающих диету и все дети, не соблюдающие диету, имеют задержку психического развития разной степени выраженности и нестабильные лабораторные показатели. У детей без четкой приверженности к диете чаще отмечается анемия.

Список литературы:

1. Детские болезни: практ. пособие / под ред А.М. Чичко, М.В. Чичко. – Минск: ФУАинформ, 2013. – С. 824-827.
2. МЗ РБ от 07.08.2009 № 781 «Клинический протокол диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с заболеванием фенилкетонурия»
3. http://pku.org.ua/organization/about_disease/what_is_phenylketonuria

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ

*Карчевский А.А., Вежель О.В.**

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. В последние годы все большее внимание исследователей различных специальностей привлекает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1]. ДСТ имеет высокую популяционную частоту в детском возрасте и может служить основой развития многих патологических состояний, а также оказывать негативное влияние на течение различных соматических

заболеваний [2]. Причиной ДСТ считают внешние (экологическое неблагополучие, плохие материально-бытовые условия, профессиональные вредные условия) и/или внутренние воздействия на плод в фетальном периоде развития (гестозы, анемия, инфекционные заболевания матери во время беременности и др.) [3]. Проградиентный характер течения соматических заболеваний, развившихся на фоне диспластических изменений, диктует необходимость разработки методов ранней диагностики, совершенствования системы прогнозирования течения заболеваний, пересматривать схемы лечения.

Эпидемиологические и клинические исследования последних лет свидетельствуют о высокой распространенности и постоянном росте частоты болезней органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. ЖКТ как один из «коллагенизированных» органов, неизбежно вовлекается в патологический процесс, поэтому гастроэнтерологическая патология на фоне ДСТ встречается в более половине случаев [3].

Целью исследования было выявить клинические особенности течения у детей с хронической патологией гастродуоденальной зоны с дисплазией соединительной ткани и без дисплазии

Материалы и методы исследования. Обследовано 140 детей с хроническими заболеваниями ЖКТ:

1-ю основную группу составили 60 пациентов с хронической патологией пилородуоденальной области ассоциированной с не выраженной ДСТ (легкая степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой);

2-ю основную группу составили 40 детей с ХГД с выраженной ДСТ (умеренная и выраженная степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой);

в группу сравнения (3-я) включили 40 детей с хронической патологией проксимальных отделов ЖКТ без ДСТ.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: анамнестический, выборочной выкопировки, клинический, лабораторно-инструментальные, предусмотренные протоколом обследования и лечения пациентов с гастродуоденальными заболеваниями. Верификация ДСТ основывалась на выявлении ее внешних и внутренних маркеров согласно критериям Т. Милковска-Димитровой. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью метода непараметрической статистики программой STATISTICA for Windows.

Результаты исследования. При изучении анамнеза пациентов с хроническими заболеваниями верхних отделов ЖКТ на фоне ДСТ обращает на себя внимание более ранний дебют заболевания (медиана возраста возникновения первых жалоб со стороны пищеварительной системы 7,1 (6,1/8,2) лет, чем в группе сравнения 12,4 (9,8/14,2) лет, $p < 0,05$. Характерен более длительный период госпитализации при обострениях у детей на фоне выраженной ДСТ 13,6 (11,2/17,1) дней, чем в первой группе 11,1 (8,9/13,5) дней, и пациентами группы сравнения 9,3 (7,6/10,4), $p_{1-2} < 0,05$, $p_{1-3} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$.

При поступлении практически все дети с хроническими заболеваниями пилородуоденальной зоны на фоне ДСТ вне зависимости от степени ее

выраженности предъявляли жалобы со стороны нескольких систем и органов в отличие от пациентов без дисплазии, где только каждый третий, $p < 0,05$. О вовлечении в процесс ЖКТ свидетельствовали боли в области живота без четко локализации, «ноющего», «тянущего» характера, возникающие как натощак, так и после приема пищи, в различное время суток, а также индуцированный болевой синдром на фоне стандартных протоколов лечения.

У детей с ХГД на фоне выраженной ДСТ со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) отмечались – усиленное сердцебиение (15%), ощущение перебоев (17,5%), боли в области сердца «колющего», «давящего», «ноющего» характера в левой половине грудной клетки, без иррадиации, купирующиеся самостоятельно через несколько минут (77,5%), что достоверно чаще чем у пациентов группы сравнения, где жалобы со стороны ССС предъявляли лишь в единичных случаях, $p < 0,05$.

У пациентов второй группы дыхательные расстройства проявлялись неудовлетворенностью вдоха (52,5%) и одышкой (12,5%). Практически у всех детей наблюдался астеновегетативный синдром (95,0%): повышенная утомляемость (80,0%), общая слабость (55,0%), нарушение сна (40,0%), снижение концентрации внимания (45,0%), раздражительность (37,5%), цефалгия у каждого третьего, у 2/3 детей отмечалась склонность к ортостатическим реакциям, что чаще, чем в первой группе, однако, без достоверной разницы. Данная клиническая симптоматика встречается достоверно реже у пациентов группы сравнения, $p < 0,05$.

Погрешности в режиме питания и рационе (уменьшение кратности питания, еда всухомятку, прием жирной и острой пищи, употребление кофе, крепкого чая, переедание в один из приемов пищи) наблюдались в трех исследуемых группах, однако наибольшие нарушения выявляли у детей на фоне дисплазии, $p < 0,05$, достоверных различий в первых двух группах нами выявлено не было.

В половине случаев клиническая картина гастродуоденальных заболеваний проксимального отдела ЖКТ у детей с выраженной ДСТ сопровождалась симптомами интоксикации. К признакам хронической интоксикации относили снижение индекса массы тела, бледность кожных покровов, «периорбитальные тени». Высокая частота симптомов интоксикации у пациентов с ДСТ, по видимому, объясняется большей площадью воспалительных изменений слизистой оболочки ЖКТ, вовлечением в патологический процесс различных отделов пищеварительной системы, а также высокой частотой выявления хронических воспалительных заболеваний других органов, по сравнению с детьми без дисплазии. У обследованных с хроническими заболеваниями ЖКТ на фоне выраженной ДСТ наиболее часто диагностировали дисфункцию сфинктера Одди (82,5%), в 80,0% выявляли аномалии развития желчевыводящих путей (перетяжки, перегибы, дубликатуры желчного пузыря), по сравнению с пациентами первой группы, соответственно 70,0% и 60,0% и третьей группы – 30,0% и 15,0% ($p_{1-2} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$). Данные нарушения, как правило, сопровождающиеся утолщением стенок желчного пузыря с застоем содержимого, явлениями диспанкреатизма (72,5% во 2-й группе, 56,0% во 1-й и 13,4% в 3-й группах, $p_{1-2} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$, p_{1-3}

< 0,05). У большинства детей второй группы ХГД протекали на фоне моторно-тонических нарушений сфинктерного аппарата пищеварительной трубки: гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов, причем у 2/3 выявляли сочетанные формы, в первой группе данные нарушения присутствовали у каждого третьего ребенка, а в группе сравнения лишь в единичных случаях, $p_{1-2} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$. Различные нарушения стула были у половины обследованных из основных групп (запоры, дискинезия кишечника по типу чередования запоров с поносом), против каждого десятого ребенка без дисплазии, $p_{1-2} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$. При более детальном обследовании у 2/3 пациентов с нарушениями стула были найдены врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (долихосигма, долихоколон, птоз различных отделов толстого кишечника).

У большинства пациентов на фоне ДСТ находили изменения со стороны опорно-двигательного аппарата, из которых наиболее часто диагностировали: нарушения осанки, сколиозы различной степени выраженности, гипермобильность суставов, деформация грудной клетки. Со стороны ССС – фальш-хорды, аномально расположенные трабекулы левого желудочка, ПМК и различные нарушения ритма сердца.

В 40% случаев у детей второй основной группы наблюдались изменения со стороны кожи: повышенную растяжимость, множественные стрии белого цвета, как правило, в области поясицы, ягодиц, не связанные с резкими колебаниями массы тела, широкие келоидные рубцы. В первой основной группе частота встречаемости данных проявлений составила 26% случаев, а в группе сравнения лишь у единичных пациентов, $p_{1-2} > 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$.

У каждого второго ребенка с хроническими заболеваниями ЖКТ на фоне выраженной НДСТ часто диагностировали нарушения зрения: миопия различной степени выраженности, астигматизм, ангиопатия сетчатки, гетерохромия радужной оболочки, на фоне легкой НДСТ в 34% случаев и каждого десятого ребенка без дисплазии, $p_{1-2} > 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$.

Выводы:

1. Клинические симптомы ХГД на фоне ДСТ в детском возрасте характеризовались ранним дебютом заболевания, длительным периодом госпитализации, преобладанием симптомов интоксикации при неспецифическом абдоминальном болевом синдроме.

2. Для детей с воспалительными заболеваниями проксимальных отделов ЖКТ характерны нарушения функционального состояния желудка, а также частое вовлечение в патологический процесс других органов и систем, что можно объяснить повсеместным распространения СТ в организме, и требует более широкого диагностического поиска при обследовании этих пациентов.

Список литературы:

1. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики, тактика ведения // Педиатрия журнал имени Г.Н. Сперанского. – Приложение, 2014 – Т. 93, № 5. – С. 1-40.

2. Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани. Национальные клинические рекомендации / Е.Л. Трисветова [и др.]. – Минск, 2015. – 48 с.

3. Трутнева, Л.А. Особенности гастродуоденальных заболеваний у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Л.А. Трутнева, В.В. Чемоданов // Педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 12-17.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Карчевский А.А., Вежель О.В. *, Кривицкий Д.С. **

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Согласно современным представлениям этиопатогенез развития хронических заболеваний гастродуоденальной зоны можно представить в виде равновесия агрессивных и защитных факторов [1]. Не вызывает сомнений значительная роль *Helicobacter pylori* в развитии и прогрессировании хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Колонизация *Нр* слизистой оболочки желудка изменяет местный иммунный ответ, который приобретает провоспалительный характер. Ряд исследователей к агрессивным факторам относят и дисплазию соединительной ткани (ДСТ), характеризующуюся изменением структуры соединительнотканного матрикса органов, в том числе и пищеварительной системы, влияющую на характер и течение заболеваний [2].

Цель. Установить эндоскопические особенности желудка и 12-перстной кишки у детей с хроническим гастродуоденитом на фоне ДСТ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 100 пациентов с хроническим гастродуоденитом (ХГД) на фоне ДСТ (основная группа) и 40 детей без дисплазии (3-я группа – сравнения). 1-ю основную группу составили 60 пациентов с хронической патологией пилородуоденальной области ассоциированной с не выраженной ДСТ, 2-ю основную группу составили 40 детей с ХГД с выраженной ДСТ.

Тяжесть синдрома ДСТ верифицировали по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева, в соответствии с которыми главными признаками считают плоскостопие, варикозное расширение вен, высокое нёбо, гипермобильность суставов, нарушения зрения, деформации грудной клетки и позвоночника, повышенную растяжимость кожи, арахнодактилию; второстепенными – аномалии ушных раковин, зубов, прикуса, преходящие суставные боли, вывихи и подвывихи суставов, птеригодактилию и др. Легкую степень ДСТ диагностировали при наличии двух главных признаков, среднюю степень – при наличии трех главных и 2-3 второстепенных или четырех главных и 1-2 второстепенных, тяжелую степень – при наличии пяти и более главных и трех второстепенных признаков.

Критериями включения в исследование являлись:

- возраст детей от 6-17 лет;
- добровольное информированное согласие родителей пациентов на проведение обследования ребенка, включающего эндоскопическое исследование с биопсией слизистой желудка, в/венный забор крови;