

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Карчевский А.А., Парамонова Н.С., Горбачевский П.Р.,
Вежель О.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно Беларусь

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

Введение. В последние годы внимание исследователей привлечено к дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как возможной первопричине возникновения патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1]. Сегодня большинство исследователей признают, что хронический гастродуоденит (ХГД) является полиэтиологическим заболеванием и причины развития болезни окончательно не установлены [2, 4]. ДСТ возникает в результате большого числа генных мутаций в различных сочетаниях и воздействия разнообразных факторов внешней среды и рассматривается как проявление слабости соединительной ткани, оказывающее влияние на течение и патогенез целого ряда заболеваний, в том числе и на органы пищеварительной системы. Прогрессирующий характер течения соматических заболеваний, развившихся на фоне диспластических изменений, диктует необходимость разработки методов ранней диагностики, совершенствования системы прогнозирования течения заболеваний, пересмотра схем лечения [3].

Цель: определить клинико-анамнестические данные у пациентов, страдающих хроническими гастродуоденитами.

Объект и методы исследования. Изучение клинико-анамнестических данных проведено у 194 детей. В основную группу вошли 158 пациентов с ХГД на фоне ДСТ, которые были разделены на 1-ю основную группу (101 ребенок с ХГД, ассоциированным с легкой ДСТ (легкая степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой) и 2-ю основную группу (57 пациентов с ХГД с выраженной ДСТ (умеренная и выраженная степень согласно критериям Т. Милковска-

Димитровой). Группа сравнения – 36 детей с хронической патологией проксимальных отделов ЖКТ без ДСТ.

Проведено комплексное обследование пациентов, включенных в исследование, которые обследованы согласно отраслевым стандартам обследования и лечения детей в стационарных условиях, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Тяжесть синдрома дисплазии соединительной ткани верифицировали по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева.

Все результаты исследований внесены в компьютерную базу данных в Международной системе единиц (СИ). База данных, и обработка полученных результатов выполнена в программах «Microsoft Excel 2010» и Statistica версия 10.0 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q). Результаты представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (LQ; UQ).

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза пациентов с ХГД на фоне ДСТ обращает на себя внимание более ранний дебют заболевания (медиана возраста возникновения первых жалоб со стороны пищеварительной системы 10 (7,3; 11,5) лет, чем в группе сравнения 11 (9; 13) лет ($p=0,0047$), длительность заболевания ($p=0,0337$), высокая частота обострений ($p=0,0000$). Данные анамнеза заболевания у детей изучаемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Данные анамнеза заболевания у детей с ХГД, Me (LQ; UQ)

Показатель	Группа сравнения (1, n=36)	1-я основная группа (2, n=101)	2-я основная группа (3, n=57)	p_{1-2}	p_{2-3}	p_{1-3}
Возраст возникновения заболевания, года	11 (9; 13)	10,8 (8; 12,5)	9 (7; 10,5)	0,09	0,0052	0,0000
Длительность заболевания, месяца	24 (11; 36)	35 (11; 48)	36 (24; 60)	0,2	0,0427	0,0015
Частота обострений в год	1 (1; 1,5)	2 (2;3)	3 (2; 4)	0,0000	0,0000	0,0000
Длительность госпитализации, койко/день	13 (10; 14)	14 (12; 16)	15 (13; 18)	0,0201	0,028	0,0000

Анализ таблицы 1 показал, что на фоне выраженной ДСТ патология ЖКТ проявляется в более раннем возрасте, характерны частые и длительные обострения, что требует больших экономических затрат на лечение и вызывает необходимость длительного пребывания данной категории пациентов в стационаре.

При поступлении в стационар 62% детей с ДСТ (98/158, 95% ДИ 54-69,6) вне зависимости от степени ее выраженности предъявляли жалобы со стороны нескольких систем и органов, в отличие от пациентов без дисплазии, где аналогичные жалобы были у каждого третьего (12/36, 95% ДИ 18,6–51), $\chi^2=9,8$, $p=0,0017$. О вовлечении в процесс ЖКТ свидетельствовали боли в области живота без четкой локализации, «ноющего», «тянущего» характера, возникающие как натощак, так и после приема пищи. Количество симптомов желудочной и кишечной диспепсии во всех изучаемых группах составило 3 (2; 3) и не имело статистических отличий ($p=0,6$). Не выявлено достоверной разницы в локализации болевого синдрома, в большинстве случаев дети указывали на эпигастральную область. Для клинической картины ХГД у пациентов с ДСТ были характерны признаки диспепсии (таблица 2).

Таблица 2. – Жалобы при поступлении у детей с ХГД

Симптомы	Абсолютное число пациентов (% (95% ДИ))			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	Группа сравнения (1, n=36)	1-я основная группа (2, n=101)	2-я основная группа (3, n=57)			
Выраженный болевого синдром	13 (36,1 (20,8- 53,8%))	70 (69,3 (59,3- 78,1%))	41 (71,9 (58,5- 83%))	0,0005	0,4	0,0007
Снижение аппетита	20 (55,6 (38,1- 72,1%))	67 (66,3 (56,3- 75,4%))	46 (80,7 (68,1- 90%))	0,2	0,0394	0,0093
Изжога	11 (30,6 (16,4- 48,1%))	27 (26,7 (18,4- 36,5%))	25 (43,9 (30,7- 57,6%))	0,4	0,0221	0,08

Симптомы	Абсолютное число пациентов (% (95% ДИ))			P ₁₋₂	P ₂₋₃	P ₁₋₃
	Группа сравнения (1, n=36)	1-я основная группа (2, n=101)	2-я основная группа (3, n=57)			
Отрыжка	10 (27,8 (14,2- 45,2%))	25 (24,8 (16,7- 34,3%))	16 (28,1 (17- 41,5%))	0,4	0,4	0,6
Тошнота	18 (50,0 (32,9- 67,1%))	53 (52,5 (42,3- 62,5%))	39 (68,4 (54,8- 80,1%))	0,5	0,0365	0,06
Рвота	6 (16,7 (6,4- 32,8%))	22 (21,8 (14,2- 31,1%))	5 (8,8 (2,9- 19,3%))	0,4	0,034	0,2
Горечь во рту	3 (8,3 (0- 17,4%))	5 (5,0 (1,6- 11,2%))	3 (5,3 (1,1- 14,6%))	0,4	0,6	0,4

Из таблицы 2 следует, что у детей с ДСТ был более выражен болевой синдром. Достоверно чаще в основных группах беспокоило снижение аппетита. Из диспепсических проявлений почти каждый второй пациент 2-й основной группы предъявлял жалобы на изжогу, последняя у детей с дисплазией часто носила выраженный характер. Каждого четвертого ребенка всех групп беспокоила отрыжка, чаще воздухом. На тошноту достоверно чаще жаловались дети с выраженной ДСТ. Рвота, горечь во рту и метеоризм встречались во всех изучаемых группах с незначительной частотой. Каждый третий из 1-й основной группы (33/101, 95% ДИ 23,7–42,7) и каждый второй 2-й основной группы (28/57, 95% ДИ 35,6–62,7) предъявляли жалобы на различные нарушения стула ($\chi^2=4,2$, $p=0,0414$), среди которых преобладали запоры (53/61, 95% ДИ 75,8–94,2).

Выводы:

1. Для пациентов с ХГД, протекающим на фоне ДСТ, характерно более раннее начало заболевания (медиана возраста возникновения первых жалоб со стороны пищеварительной системы 10 (7,33; 11,5) лет, в группе сравнения 11 (9; 13) лет, $p=0,0047$), большая длительность заболевания ($p=0,0337$), высокая частота обострений ($p=0,0000$), что требует больших

экономических затрат на лечение и вызывает необходимость длительного пребывания данной категории пациентов в стационаре.

2. При анализе диспепсических жалоб у детей с ХГД и выраженной ДСТ достоверно чаще встречались: выраженный болевой абдоминальный синдром (41/57, 95% ДИ 8,5–83), снижение аппетита (46/57, 95% ДИ 68,1–90), тошнота (39/57, 95% ДИ 54,8–80,1), изжога (25/57, 95% ДИ 30,7–57,6) по сравнению с пациентами других групп.

3. Дети с хронической патологией пилородуоденальной области на фоне выраженной ДСТ нуждались в более длительной госпитализации, время пребывания в стационаре данной категории пациентов составило 15 (13; 18) койко-дней, что выше, чем в группе без дисплазии 13 (10; 14), $p=0,0000$.

Список литературы:

1. Дробышева, О. В. Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктера Одди у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и при отсутствии дисплазии / О. В. Дробышева, О. К. Ботвиньев // РЖГГК. – 2009. – № 5. – С. 39–43.

2. Файзуллина, Р. А. Факторы патогенности и вирулентности *Helicobacter pylori* и их роль в развитии хеликобактер-ассоциированной гастродуоденальной патологии / Р. А. Файзуллина, Е. В. Абдуллина // Практик. медицина. – 2011. – № 1. – С. 74–78.

3. Калмыкова, А. С. Синдром дисплазии соединительной ткани. Взгляд педиатра / А. С. Калмыкова, Т. С. Герасимова // Рос. педиатр. журн. – 2007. – № 5. – С. 27–30.

4. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis / K. Sugano [et al.] // Gut. – 2015. – Vol. 64, № 9. – P. 1353–1367. – doi : 10.1136/gutjnl-2015-309252.