

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;

- наличие хронических заболеваний верхних отделов ЖКТ;
- регулярное диспансерное наблюдение.

Критериями исключения являлись:

- органические заболевания кишечника;
- сопутствующие аллергические, иммунопатологические и другие заболевания, способные оказать влияние на течение основного заболевания;
- прием в течение 4 недель до включения в исследование антибактериальных и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств;
- нерегулярное диспансерное наблюдение и невыполнение рекомендаций лечащего врача.

Результаты и их обсуждение. При проведенных исследованиях признаки нарушений функционального состояния желудка (недостаточность кардии, эзофагит, дуоденогастральный рефлюкс) при проведении эндоскопического исследования достоверно чаще встречались во второй основной группе (70%) по сравнению с первой основной (21,7%) и группой сравнения (12,5%), $p_{1-2}<0,05$, $p_{2-3}<0,05$, $p_{1-3}>0,05$. У нескольких пациентов второй основной группы выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, в других группах данная патология не была выявлена.

В двух основных группах при эндоскопическом исследовании преобладала умеренная гиперемия слизистой оболочки желудка, в группе сравнения у каждого третьего ребенка (таблица 1). У детей с выраженной ДСТ высокая степень гиперемии желудка наблюдалась в 2 раза чаще, чем у пациентов второй основной группы, и в 4 раза, чем у детей без дисплазии. У детей второй основной группы преобладало сочетанное поражение тела и антрума желудка, в то время как в группе с невыраженной ДСТ в 1,7 раза реже, в группе сравнения лишь в единичных случаях. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка обнаружены во всех исследуемых группах, в второй у каждого пятого, у детей с невыраженной ДСТ и без дисплазии в нескольких случаях, эрозии преимущественно локализовались в антральном отделе желудка.

Почти все дети с хроническим гастритом на фоне выраженной ДСТ имели признаки дуоденита, характеризующегося преимущественно диффузной гиперемией, отеком слизистой оболочки, у каждого четвертого встречались эрозивные изменения 12-перстной кишки. В первой основной группе также преобладала диффузная гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, а у детей без дисплазии – очаговая, эрозивные изменения встречались лишь в единичных случаях.

При проведении уреазного теста у детей с хроническими заболеваниями пилородуоденальной области на фоне ДСТ *Helicobacter pylori* выявлялась чаще чем в группе сравнения (44,0% против 25,0%, $p<0,05$). При анализе в зависимости от степени выраженности ДСТ выявлено, что более высокая степень обсемененности хеликобактерной инфекции была у детей с выраженной ДСТ (52,5% против 38,3%, $p<0,05$), что может отражать слабость защитных механизмов слизистой оболочки желудка против контаминации *Helicobacter pylori*.

Таблица 1. – Эндоскопическая характеристика желудка и 12-перстной кишки у детей с хронической патологией пилородуоденальной зоны

Эндоскопические признаки	Группы детей			P		
	2-я осн. n=40	1-я осн. n=60	3-я сравн. n=40	P ₁₋₂	P ₂₋₃	P ₁₋₃
Незначительная гиперемия желудка	5	38,3	60	<0,05	<0,05	>0,05
Умеренная гиперемия желудка	70	46,7	32,5	<0,05	<0,05	>0,05
Выраженная гиперемия желудка	25	15	7,5	>0,05	>0,05	>0,05
гиперемия антрального отдела желудка	17,5	50	85	<0,05	<0,05	<0,05
гиперемия фундального отдела желудка	2,5	1,7	5	>0,05	>0,05	>0,05
Диффузная гиперемия желудка	80	48,3	10	<0,05	<0,05	<0,05
Эрозивные изменения желудка	25	6,7	2,5	<0,05	<0,05	>0,05
Гиперемия желудка и 12-перстной кишки	90	70	45	<0,05	<0,05	>0,05
Очаговая гиперемия 12-перстной кишки	20	40	85	<0,05	<0,05	<0,05
Диффузная гиперемия 12-перстной кишки	80	60	15	<0,05	<0,05	<0,05
Эрозии 12-перстной кишки	25	8,3	2,5	<0,05	<0,05	>0,05

При изучении возрастного состава наблюдаемых детей нами зарегистрированы некоторые особенности: так чаще выявление инфекционного агента наблюдалось у детей старшего возраста.

Вывод. Для детей с воспалительными заболеваниями проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта на фоне ДСТ характерны нарушения функционального состояния желудка, а также частое развитие эрозивно-деструктивных процессов в слизистой оболочке.

Список литературы:

1. Бельмер, С.В. Хронический гастродуоденит у детей. Спорные вопросы / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 3. – С. 80-83.

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

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА И СТРУКТУРЫ ПАТОЛОГИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНОПРОФИЛАКТИКИ

Кравцова Ю.Н., Эйныш Е.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии, Гомель, Беларусь

Введение. В настоящее время актуальной остаётся проблема преждевременных родов, которые продолжают оставаться главной причиной перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [1]. В развитых странах преждевременные роды встречаются с частотой 7-12%, причем одна треть из них происходит до 34-й недели беременности [2]. Уровень преждевременных родов Республике Беларусь сохраняется в пределах 4-4,1% без тенденции к снижению, что приводит к высокой заболеваемости недоношенных. В связи с внедрением пренатальной профилактики