

УДК 616.33-002.44-053.6-036.1-06:616.75-007.17]-07(045)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Сидорович О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Нестеренко О.В., Хижняк А.В.

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Минздрава России» Саратов, e-mail: oksana-sidorovich@yandex.ru*

Проведен анализ взаимосвязи между степенью тяжести язвенной болезни (ЯБ) и недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), а также отдельных фенотипических признаков дисплазии. Особенности течения язвенной болезни исследовались в двух группах детей. Проявления НДСТ оценивались на основании клинического осмотра, антропометрического, а также инструментального обследования (рентгенография, ультразвуковое исследование). Установлено, что на фоне НДСТ частота рецидивов язвенной болезни у детей пубертатного возраста значительно выше, чем при ее отсутствии. Длительность заживления пептического дефекта у детей пубертатного возраста часто сочетается с такими фенотипическими признаками НДСТ как прямая спина, гипермобильный суставной синдром, повышенная растяжимость кожи, положительный синдром «запястья».

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, дети пубертатного возраста, язвенная болезнь

PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESSION OF PEPTIC ULCER ASSOCIATED WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN ADOLESCENTS

Sidorovich O.V., Goremykin V.I., Elizarova S.Y., Nesterenko O.V., Khizhnyak A.V.

State Educational Institution of Higher Professional Education «Saratov State Medical University named after V.I.Razumovskiy of Russian Ministry of Health», Saratov, e-mail: oksana-sidorovich@yandex.ru

There was carried out the analysis of the correlation between the severity of peptic ulcer (PU) and undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD), as well as individual phenotypic features of dysplasia. Peculiarities of the progression of the ulcer were studied in two groups of children. Manifestations of the UCTD were evaluated on the basis of clinical examination, anthropometric and instrumental examination (X-ray, ultrasound). It was established that the ulcer relapse in adolescents is significantly higher in presence of UCTD than in its absence. Duration of healing of the peptic defect in adolescents is often combined with phenotypic traits such as UCTD straight back syndrome, hypermobility joint syndrome, increased skin extensibility, and the positive wrist syndrome.

Keywords: undifferentiated connective tissue dysplasia, adolescence, peptic ulcer disease

Целью исследования проанализировать особенности течения язвенной болезни у детей пубертатного возраста на фоне НДСТ.

В рамках наличия НДСТ у детей важное клиническое значение имеет развитие ассоциированных с ней заболеваний. В плане их формирования наиболее неблагоприятным является пубертатный период развития ребенка [3, 6]. Это связано с тем, что в силу особенностей функционирования многих органов и систем в данном возрасте возможно развитие явлений, стоящих на границе между нормальными физиологическими вариациями и патологическим состоянием [1, 4, 8]. На фоне НДСТ выраженность физиологических отклонений в пубертатном возрасте может существенно усиливаться и приводить к развитию различных заболеваний [2, 5].

Однако, в литературе недостаточно сведений о том, в какой мере пубертатный период накладывает отпечаток на риск развития особенностей течения язвенной болезни на фоне НДСТ [7]. Перечисленные

и нерешенные проблемы течения пубертатного периода у детей с наличием дисплазии соединительной ткани и язвенной болезни требуют детального анализа и обуславливают необходимость дальнейших исследований в указанной области.

Цель исследования

Проанализировать особенности течения язвенной болезни у детей пубертатного возраста на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы исследования

Обследовано 45 детей пубертатного возраста язвенная болезнь была диагностирована у 18 детей без признаков НДСТ, что составило 14,4% и 26 детей с наличием данной патологии, что составило 23,4%. Проявления НДСТ оценивались на основании клинического осмотра, антропометрического, а также инструментального обследования (рентгенография, ультразвуковое исследование). Выявлялись внешние (со стороны скелета, суставов, кожи, зубов, мышечной системы) и внутренние (со стороны внутренних

органов – пролапсы, птозы, аномалии развития) признаки (стигмы) НДСТ.

Во всех случаях ЯБ впервые выявлена в возрасте 11–15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе особенностей течения язвенной болезни в пубертатном возрасте у детей с наличием и отсутствием НДСТ было отмечено, что частота ее рецидивов в течение года возрастает прямо пропорционально выраженности НДСТ, а общее их количество значительно ниже, чем у детей с отсутствием НДСТ (рисунок).

У практически здоровых детей (оценка выраженности НДСТ не превышает 12 баллов) частота рецидивов не превысила 0,91 раз в год. При средней тяжести НДСТ (12–22 балла) она составила 1,2 раз/год, а при тяжелой форме НДСТ возросла до 1,5 раз в год.

Важно отметить, что наличие НДСТ не только увеличивало частоту рецидивов, но и снижало эффективность проводимой терапии (табл. 1).

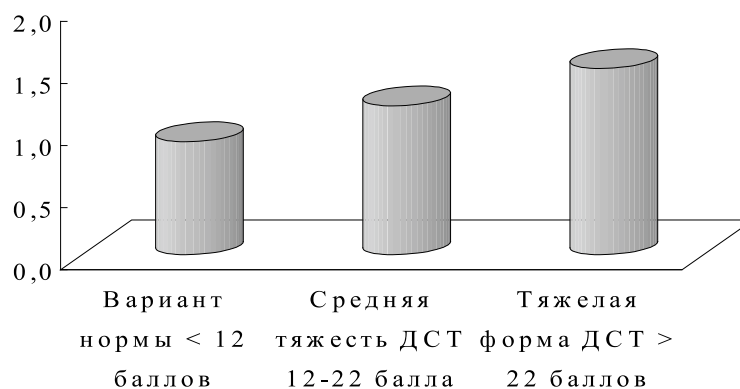
Как следует из таблицы, заживление язвы у детей с отсутствием НДСТ происходило значительно раньше, чем у больных с наличием данной патологии. Так, через 4 недели в контрольной группе (дети с наличием НДСТ рубцевание язвы произошло в 88,8% случаев, в основной – в 73,0% случаев (различия статистически значимы, $p < 0,05$). Болевой синдром через четыре недели лечения в контрольной группе регистрировался в 7,4% случаев, через 6 недель – у 2,6% больных. В основной группе в указанные сроки болевой синдром отмечался у 15,1% и 8,4% детей соответственно ($p < 0,05$). Диспептический синдром на фоне проводимой терапии при наличии НДСТ у детей также сохранялся более длительное время. Если через четыре

недели в основной группе он регистрировался у 26,7% больных, то в группе контроля он сохранялся в 18,3% случаев ($p < 0,05$). Через шесть недель указанные показатели составили 10,4% и 5,1% соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, можно констатировать, что у детей с наличием язвенной болезни на фоне НДСТ отмечается более частое ее рецидивирование, а заживление пептического дефекта происходит в более поздние сроки, чем у детей с отсутствием НДСТ.

Нами было изучено, наличие каких признаков НДСТ в наибольшей мере ассоциировано со скоростью заживления язвы, исчезновением болевого и диспептического синдрома (табл. 2).

Установлено, что длительность заживления пептического дефекта слизистой оболочки находилась в тесной корреляционной зависимости с частотой встречаемости таких фенотипических признаков как прямая спина ($r = 0,51$, $p < 0,05$), гипермобильный суставной синдром ($r = 0,54$, $p < 0,05$), повышенная растяжимость кожи ($r = 0,61$, $p < 0,05$) и положительный синдром «запястья» ($r = 0,62$, $p < 0,05$). Длительность сохранения болевого синдрома достоверно коррелировала с частотой встречаемости прямой спины ($r = 0,62$, $p < 0,05$) и повышенной растяжимостью кожи ($r = 0,57$, $p < 0,05$). С наличием диспептического синдрома оказались связаны такие признаки НДСТ, как потеря нормальной осанки ($r = 0,69$, $p < 0,05$), арахнодактилия ($r = 0,67$, $p < 0,05$). С учетом представленных данных длительное заживление язвы у детей с язвенной болезнью следует ожидать при наличии таких признаков НДСТ, как прямая спина, гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи и положительный синдром «запястья».

Частота рецидивов (раз/год)



Тяжесть ДСТ

Таблица 1

Сравнительная оценка результатов лечения язвенной болезни у детей пубертатного возраста с наличием и отсутствием дисплазии соединительной ткани

Анализируемый показатель	Частота встречаемости после начала лечения (%)					
	Дети с отсутствием НДСТ (n = 18)			Дети с наличием НДСТ (n = 26)		
	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 6 недель	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 6 недель
Заживление язвы	–	88,8	100	–	73,0*	96,4
Болевой синдром	86,4	7,4	2,6	90,6	15,1*	8,4*
Диспептический синдром	66,5	18,3	5,1	70,1	26,7	10,8*

Пр и м е ч а н и е . * – достоверность различий между анализируемыми группами ($p < 0,05$).

Таблица 2

Структура, выраженность корреляционных зависимостей между длительностью заживления язвы, сохранением пептического и болевого синдрома и частотой встречаемости различных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани

Фенотипические признаки НДСТ	Величина корреляционной зависимости		
	Длительность заживления язвы (дни)	Длительность сохранения болевого синдрома (дни)	Длительность сохранения диспептического синдрома (дни)
Астенический тип конституции	0,21	0,16	0,31
Потеря нормальной осанки	0,27	0,11	0,63*
Сколиоз позвоночника	0,34	0,18	0,24
Прямая спина	0,51*	0,62*	0,16
Килевидная деформация грудной клетки	0,41	0,36	0,15
Воронкообразная деформация грудной клетки	0,42	0,41	
Арахнодактилия	0,34	0,33	0,67*
Плоскостопие	0,18	0,27	0,31
Высокое арковидное небо	0,43	0,71*	0,16
Гипермобильный суставной синдром	0,54*	0,18	0,22
Повышенная растяжимость кожи	0,61*	0,57*	0,11
Множественные пигментные пятна на коже	0,26	0,14	0,42
Положительный синдром «запястья»	0,62*	0,18	0,31
Положительный синдром «большого пальца»	0,18	0,66*	0,27
Миопия	0,24	0,62*	0,18

Пр и м е ч а н и е . * – достоверность корреляционной зависимости ($p < 0,05$).

Заключение

Анализировались особенности течения язвенной болезни в пубертатном возрасте у детей с наличием НДСТ. Установлено, что на фоне НДСТ частота рецидивов язвенной болезни у детей пубертатного возраста значительно выше, чем при ее отсутствии, а медленное заживление язвенных дефектов наиболее часто сочетается с такими фенотипическими признаками НДСТ как прямая спина, гипермобильный суставной синдром, повышенная растяжимость кожи, положительный синдром «запястья», что необходимо учитывать при выборе тактики лечения данной патологии.

Список литературы

1. Абу-Джабаль Г. Хронический гастроуденит у детей на фоне дисплазии соединительной ткани: Автореф. дис. ... кандидат медицинских наук. / Г. Абу-Джабаль – М., 1997. – 21 с.
2. Беляева Е.Л. Особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у лиц молодого возраста с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. /

Е.Л. Беляева, Э.В. Земцовский // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2005. – 13 с.

3. Дисплазия соединительной ткани – основа формирования воспалительных и дегенеративных процессов у детей и подростков / Л.Ф. Богмат, Э.Л. Ахназарянц, В.Л. Кашина и др. // Травма. – 2005. – Т. 6, № 4. – С. 381–384.

4. Ключникова М.А. Хронический гастродуоденит – заболевание, ассоциированное с соединительнотканной дисплазией. Возможные пути коррекции с помощью биологически активных добавок / М.А. Ключникова, Ю.А. Барышев, С.О. Ключников // Вопросы детской диетологии. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 46–47.

5. Лебедеко Т.Н. Клинико-морфологическая характеристика хеликобактер-ассоциированного гастрита у больных с дисплазией соединительной ткани: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / Т.Н. Лебедеко. – Омск, 1999. – 22 с.

6. Нечаева Г.И. Патология пищеварения у пациентов с дисплазией соединительной ткани / Г.И. Нечаева, Е.А. Лялюкова, Н.Н. Мекина // Казанский мед. журнал. – 2007. – № 5 (прил.). – С. 76–81.

7. Рудой А.С. Клинико-иммунологические особенности эрозивно-язвенных заболеваний гастродуоденальной области у лиц молодого возраста с сопутствующей недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Рудой. – СПб, 2005. – 24 с.

8. American Gastroenterological Association. Technical Review on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. / Gastroenterology. – 2008. – Vol. 135. – P. 1392–1413.