

В.Г. Арсентьев, А.Г. Можейко, Ю.И. Староверов, Н.П. Шабалов

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ФГБОУ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В клинике детских болезней обследованы 159 детей (1-я группа) с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Средний возраст детей в группе составил $10,32 \pm 4$ лет ($M \pm STD$). Наличие клинически значимой ДСТ выявлялось по диагностической таблице при наборе 30 баллов и более, средняя сумма баллов в группе составила $37,12 \pm 5,88$. Группу сравнения (2-ю) составили 50 детей, сопоставимых по полу и возрасту (средний возраст $11,78 \pm 3,46$ лет) без симптомокомплекса ДСТ, обследованных по поводу функциональных заболеваний (нейроциркуляторная дисфункция, функциональная диспепсия, энурез). Средняя сумма баллов в группе составила $12,5 \pm 3,97$.

Структура жалоб была сходной. Так, на боли в животе жаловались 27 (17%) детей 1-й группы и 10 (20%) – 2-й. Детям обследуемых групп выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, а при наличии показаний – фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и суточное мониторирование внутрижелудочной pH с помощью прибора «Гастроскан-24».

Нормальная картина УЗИ в 1-й группе определялась у 104 детей (65,4%), во 2-й – значимо чаще – у 44 (88%; $\chi^2=5,80$; $p<0,02$). В 1-й группе у 54 детей выявлены 63 нарушения экоструктуры (0,38 на одного ребенка), во 2-й – у 6 детей (0,12).

Чаще всего в 1-й группе выявлялась стойкая деформация желчного пузыря (ЖП): 28 детей (17,6%) по сравнению с 2 (4%) во 2-й группе ($\chi^2=10,51$; $p<0,005$). Также значимо чаще выявляли нестойкую деформацию ЖП у 10 (6,3%) и 0 соответственно в группе сравнения ($\chi^2=6,30$; $p<0,02$), гиперподвижность печени – у 9 (5,7%) и 0 ($\chi^2=5,70$; $p<0,05$).

Значимо реже в 1-й группе определена незначительная, выявляемая только при УЗИ, гепато- или спленомегалия – 4 (2,5%) против 4 (8%; $\chi^2=3,92$; $p<0,05$).

Нормальная картина УЗИ значимо чаще встречалась во 2-й группе, также в ней чаще были случаи гепато- и/или спленомегалии. В 1-й группе значимо чаще наблюдалась стойкая и нестойкая деформация ЖП, гиперподвижность печени.

По показаниям (как правило, в связи с болями в животе или в целях динамического обследования) 42

детям 1-й группы и 12 – 2-й проводили ФГДС. В 1-й группе выявлено 110 различного рода нарушений (2,62 на одного ребенка), во 2-й – 22 (1,83). Большинство нарушений встречались значимо чаще в 1-й группе. Так, поверхностные воспалительные изменения в антральном отделе желудка выявлены у 40 детей 1-й группы (95,2%), у 8 (66,7%) – 2-й ($\chi^2=8,53$; $p<0,005$); недостаточность кардии – у 31 (73,8%) и 4 (33,3%; $\chi^2=22,23$; $p<0,005$); дистальный эзофагит – у 6 (14,3%) и 0 ($\chi^2=14,30$; $p<0,005$).

Не выявлено значимого различия в частоте эндоскопических признаков дискинезии билиарного тракта – 26 (61,9%) и 7 (58,3%). Эндоскопические признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) в 1-й группе замечены значимо реже: 6 (14,3%) и 3 (25%; $\chi^2=4,58$; $p<0,05$).

По показаниям 32 детям 1-й группы и 16 – 2-й проводили суточное мониторирование внутрижелудочной pH в стандартных точках. Нормальные результаты с убедительной достоверностью реже регистрировались в 1-й группе: 0 и 8 (50%; $\chi^2=50,00$; $p<0,005$). Значимо чаще в 1-й группе выявлены по сравнению со 2-й гиперацидность – 17 (53,1%) и 6 (37,5%; $\chi^2=4,58$; $p<0,05$) и патологический ДГР – 28 (87,5%) и 6 (37,5%; $\chi^2=28,57$; $p<0,005$ соответственно).

По результатам pH-метрии значимо чаще в 1-й группе регистрировали гиперацидность и патологический ДГР: суточный мониторинг является более достоверным методом его диагностики, чем ФГДС. Высокая частота ДГР может быть связана с высокой частотой деформации ЖП.

Таким образом, среди детей с ДСТ значимо выше частота ультрасонографических изменений со стороны органов желудочно-кишечного тракта, в первую очередь стойких и нестойких деформаций ЖП, во вторую – гиперподвижности печени. У детей с ДСТ при аналогичной частоте болей в животе, по результатам ФГДС, значимо чаще встречаются воспалительные изменения в антральном отделе желудка, недостаточность кардии и признаки дистального эзофагита. По результатам интрагастрального мониторинга pH у детей с ДСТ чаще регистрируются гиперацидность и патологический ДГР.