

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦЕКО-ИЛЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Дакуко А.Н.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России

Резюме. В данной статье описано клиническое течение цeko-илеального рефлюкса у 106 пациентов детского возраста, выявлена частая взаимосвязь данного заболевания с дисплазией соединительной ткани, описаны особенности клинического течения цeko-илеального рефлюкса, ассоциированного с дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: дети, цeko-илеальный рефлюкс, дисплазия соединительной ткани, абдоминальный синдром.

THE RELATIONSHIP OF CECO-ILEAL REFLUX WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN.

Dakuko A.N.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Omsk State Medical
University of the Ministry of Health of Russia

Summary. This article describes the clinical course of ceco-ileal reflux in 106 pediatric patients, reveals the frequent relationship of this disease with connective tissue dysplasia, describes the features of the clinical course of ceco-ileal reflux associated with connective tissue dysplasia.

Keywords: children, ceco-ileal reflux, connective tissue dysplasia, abdominal syndrome.

Актуальность. Согласно современным взглядам, понятие дисплазии соединительной ткани объединяет гетерогенную по происхождению и полиморфную по клиническим проявлениям группу заболеваний, в основе которых лежит нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных дефектов висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением [1, 2]. По данным литературы, сведения о распространенности ДСТ у лиц молодого возраста разноречивы, согласно мнению ряда авторов, этот показатель колеблется от 9,8 до 35,7% [3,4]. Современные литературные данные позволяют утверждать, что существует достаточно

тесная взаимосвязь между числом внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и частотой выявления аналогичных изменений внутренних органов [5,6,7]. Широкое распространение в организме соединительной ткани (до 50 %) определяет полиорганность поражений при ДСТ [8].

Не является исключением и ЖКТ, как одна из наиболее богатых коллагеном систем организма, которая неизбежно вовлекается в патологический процесс при дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [9,10]. Частое обнаружение признаков ДСТ у детей с заболеваниями ЖКТ (от 30 до 72 %) и, наоборот, высокая частота встречаемости патологии пищеварительного тракта на фоне данного синдрома (57-88%) доказывают их взаимосвязь [11,12,13]. Исследованиями некоторых авторов доказано заметное преобладание гастроэзофагеального (ГЭР), дуодено-гастрального рефлюксов (ДГР), дискинезии кишечника и долихосигмы у больных с сопутствующей ДСТ [14,15,16]. Степень дисфункциональных расстройств и их клинические проявления нарастают по мере увеличения выраженности признаков дисплазии [17]. В исследовании, проведенном И. В. Маевым, отмечено, что у больных с малыми аномалиями развития соединительной ткани наблюдался наиболее ранний дебют заболевания органов пищеварения, большая выраженность абдоминального синдрома и воспалительных изменений слизистой оболочки [18].

Развитие абдоминального синдрома часто связывают с формированием недостаточности барьерной функции сфинктеров, что приводит к рефлюксам и, как следствие, развитию патологических изменений [19]. Одним из уязвимых мест пищеварительного тракта, вызывающим абдоминальную боль, является илеоцекальный отдел кишечника с его сложным конструктивным образованием баугиниевой заслонкой, которая препятствует цеко-илеальному рефлюксу (ЦИР). В некоторых случаях абдоминальный синдром при ЦИР приобретает рецидивирующее течение, что приводит к повторным обращениям пациентов за экстренной помощью и нередко им выполняют необоснованную аппендэктомию [20]. В литературе существуют данные о наличии стигм дисморфогенеза соединительной ткани у лиц старше 17 лет, имеющих первичную недостаточность баугиниевой заслонки, как причину развития цеко-илеального рефлюкса [21]. Но на сегодняшний день остаются малоизученными вопросы течения цеко-илеального рефлюкса, как одного из проявлений функциональных нарушений кишечника у детей, ассоциированного с дисплазией соединительной ткани.

Цель исследования: изучить влияние дисплазии соединительной ткани на формирование и клиническое течение цеко-илеального рефлюкса у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Областной детской клинической больницы города Омска. Было обследовано 106 детей в возрасте от 7 до 14 лет с

установленным ранее цеко-илеальным рефлюксом(ЦИР) по данным контрастной ирригографии. В качестве диагностических мероприятий проводился анализ клинико-анамнестических данных течения ЦИР и результатов инструментальных исследований, в том числе, свидетельствующих о наличии дисплазии соединительной ткани, оценивались внешние маркеры дисплазии. Полученные результаты сопоставлялись с утвержденными в педиатрической практике оценочными таблицами по диагностике ДСТ [4]. По результатам скрининговых исследований на наличие дисплазии все пациенты были распределены на две большие группы: I группа -дети с цеко-илеальным рефлюксом на фоне дисплазии соединительной ткани, II группа - дети с с цеко-илеальным рефлюксом без проявлений дисплазии соединительной ткани). В обеих группах пациентов проанализированы особенности клинического течения болезни. Статистический анализ результатов исследования выполнен с помощью программы STATISTICA 11.0. Качественные признаки представлены в виде частоты события (в % к общему числу наблюдений). Межгрупповое сравнение полученных данных проводилось с исследованием формы распределения данных и применением непараметрических критериев (точного критерия Фишера). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных скрининговых исследований у 106 детей с цеко-илеальным рефлюксом в возрасте от 7 до 14 лет признаки дисплазии разной степени выраженности обнаружены у 52 детей (49,1 %) – основная группа пациентов. У остальных 54 обследуемых количество внешних и внутренних фенов дисплазии соединительной ткани не превышало 6, что, по мнению современных авторов, встречается в норме у здоровых людей [2].

У детей I группы с цеко-илеальным рефлюксом достоверно чаще ($p < 0,05$) определялись внешние маркеры ДСТ: астеническое телосложение (51,9 %), нарушения осанки и сколиоз I степени (65,4 %), неполная воронкообразная деформация грудной клетки (40,4 %). При расчете индексов долихостеномелии было выявлено, что 26,9 % детей с ЦИР имели признаки марфаноидности.

Наряду с недостаточностью баугиниевой заслонки у детей с цеко-илеальным рефлюксом были выявлены и другие висцеральные проявления дисплазии соединительной ткани: малые аномалии сердца в виде пролапса митрального клапана I степени в сочетании с множественными эктопическими хордами левого желудочка – 82,7%, аномалия развития желчного пузыря в виде перетяжки в теле (61,5%), аномалии развития толстого кишечника в виде долихосигмы, трансверзо- и колоноптоза (61,5%). В ходе обследования у детей основной

группы достоверно чаще ($p < 0,01$) определялось сочетание цеко-илеального рефлюкса с гастро-эзофагеальным, дуодено-гастральным рефлюксами.

Несмотря на полученные данные, нам не удалось выделить определенный фенотип, характерный для пациентов с цеко-илеальным рефлюксом, протекающим на фоне дисплазии соединительной ткани, что согласуется с мнением многих авторов об отсутствии универсальных механизмов повреждения соединительной ткани [4, 5].

При оценке степени выраженности дисплазии у детей с цеко-илеальным рефлюксом у 13 детей (25,0 %) сумма баллов варьировала от 12 до 20, что соответствовало легкой степени тяжести дисплазии, а у 39 человек (75,0%) общее количество баллов составило от 21 до 39, что было характерно для умеренной степени тяжести дисплазии. Пациентов с цеко-илеальным рефлюксом на фоне тяжелого течения дисплазии соединительной ткани в исследуемой группе не наблюдалось.

Анализ особенностей течения цеко-илеального рефлюкса у пациентов двух групп показал, что ведущим в клинической картине является абдоминальный синдром. При этом, как правило, пациенты отмечали болевой синдром умеренной интенсивности, с локализацией боли в правой подвздошной области и (или) справа от пупка, при этом абдоминальный синдром не был связан с приемом пищи. Кроме того, у пациентов с сопутствующей дисплазией боли в животе носили рецидивирующий характер и во всех случаях имели длительность более 6 месяцев. При пальпации живота болезненность была максимально выражена у пациентов основной группы, при этом характерной локализацией болей в животе являлась правая подвздошная область, полученные данные были достоверными. Кроме того, дети основной группы чаще жаловались на снижение аппетита. Еще одной особенностью клинической картины цеко-илеального рефлюкса у пациентов с дисплазией соединительной ткани было частое нарушение стула в виде запоров (таблица 1).

Таблица 1.

Частота различных симптомов у наблюдаемых детей с ЦИРБ.

Симптомы	Основная группа N=52, абс. (%)	Контрольная группа N=54, абс. (%)
Боли в животе	49 (94,2)**	36 (66,6)
Абдоминальный синдром свыше 6 месяцев	22 (42,3)**	8 (14,8)
Локализация боли в правой подвздошной области	31 (59,6)**	16 (29,6)
Снижение аппетита	13 (25,0)**	4 (7,4)

Тошнота	13 (25,0)	10 (18,5)
Рвота	9 (17,3)	8 (14,8)
Запоры	25 (48,1)**	8 (14,8)
Астенический синдром	38 (73,1)**	4 (7,4)

*Примечание: ** — $p < 0,01$ — статистически значимое отличие по сравнению с показателем в группе детей и подростков без признаков дисплазии соединительной ткани.*

При сравнении двух групп пациентов нам удалось выявить, что у детей основной группы достоверно чаще отмечался астенический синдром. При этом особенностью субъективного статуса детей с дисплазией являлась повышенная утомляемость (52%), вялость (28%), общая слабость (61%), быстрая истощаемость (49%), трудность сосредоточения и концентрации внимания (28%), снижение памяти (51%), плохой сон (26%). Стоит отметить тот факт, что 38 % пациентов с ДСТ симптомы ЦИР беспокоили в течение года, а 48% - уже в течение 3 лет в то время, как у 83,6 % пациентов без признаков ДСТ клиника ЦИР манифестировала впервые. При этом, 32 % пациентов с ЦИР на фоне дисплазии уже ранее неоднократно госпитализировались по поводу выраженного абдоминального синдрома.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что цеко-илеальный рефлюкс у детей в половине случаев (49,1 %) сочетается с дисплазией соединительной ткани легкой и умеренной степени. При этом, наличие тех или иных проявлений дисплазии не позволяют определить характерный диспластический фенотип для детей с цеко-илеальным рефлюксом. Течение цеко-илеального рефлюкса на фоне дисплазии у детей достоверно чаще сопровождается длительным, часто рецидивирующим абдоминальным синдромом, с преимущественной локализацией боли в правой подвздошной области. При этом у детей с цеко-илеальным рефлюксом, ассоциированным с дисплазией, в три раза чаще формируются запоры в сравнении с группой пациентов без проявлений дисплазии. Наличие дисплазии соединительной ткани, как фонового состояния, приводит к развитию сочетанных функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в виде гастро-эзофагеального, дуодено-гастрального и цеко-илеального рефлюксов (26,9 %, $p < 0,01$). Для детей с цеко-илеальным рефлюксом характерно развитие астенического синдрома, который при сопутствующей дисплазии соединительной ткани регистрируется в 10 раз чаще. Полученные данные свидетельствуют о том, что сопутствующая дисплазия соединительной ткани усугубляет течение ЦИР, способствуя более длительному, выраженному, рецидивирующему течению, что в свою очередь снижает качество жизни пациентов с ЦИР и способствует более частым обращениям за медицинской помощью.

Список литературы.

1. Земцовский Э.В. Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце. СПб.: «ОЛЬГА»; 2007. 80 с.
2. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. СПб.: ЭЛБИ; 2009. 704 с.
3. Калаева Г.Ю., Зайцева А.Х., Хохлова О.И. г.Ю, Власова И.В., Вахрушева М.Н. Клинико–функциональные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков. Педиатрия. 2012; 91 (2): 135–139.
4. Кадурина Т.И., Гнусаев С.Ф. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики, тактика ведения. Проект Российских рекомендаций. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. Приложение. 2014; 93 (5): 2-40.
5. Демин В. Ф. Ключников С. О., Ключникова М. А. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста. Вопросы современной педиатрии. 2005; 1 (4): 50-56.
6. Земцовский Э. В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани. Медицинский Вестник. 2006; 354 (11): с. 13.
7. Аббакумова Л.Н., Арсентьев В.Г., Кадурина Т.И., Копцева А.В., Краснова Е.Е., Мамбетова А.М. и др. Полиорганные нарушения при дисплазиях соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Проект российских рекомендаций. Педиатр. 2016; 7 (4): 5-36.
8. Нечаева Г. И., Яковлев В.М., Конев В.П., Друк И. В., Морозов С. Л. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение. Лечащий врач. 2008; 2: 2-7.
9. Апенченко Ю.С., Гнусаев С.Ф., Устинова О.К., Иванова И.И., Капустина Л.В., Козлов С.А. Клинико-функциональная характеристика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, протекающей на фоне дисплазии соединительной ткани у детей. Педиатрия. — 2013; 92 (4): 42–45.
10. Иванова И.И., Гнусаев С.Ф., Апенченко Ю.С., Капустина Л.В., Герасимов Н.А., Солдатова И.А. Особенности проявлений заболеваний пищеварительного тракта у детей с дисплазией соединительной ткани. Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (5): 50–55.
11. Рахматуллина З. А. Соединительнотканые дисплазии у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и органов мочевой системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2009. 24 с.

12. Reilly D. J., Chaseb J. W., Hutson J. M., Clarke M.C., Gibb S., Stillman B., Southwell B.R. Connective tissue disorder – a new subgroup of boys with slow transit constipation? *J. Pediatr. Surg.* 2008; 43 (6): 1111-1114.
13. Zarate N., Farmer A. D., Grahame R., Mohammed S. D., Knowles C. H., Scott S. M., Aziz Q. Unexplained gastrointestinal symptoms and joint hypermobility: is connectivetissue the missing link? *Neurogastroenterol. Motil.* 2010; 22 (3): 252-278.
14. Нечаева Г. И., Лялюкова Е.А., Рожкова М.Ю. Дисплазия соединительной ткани: основные гастроэнтерологические проявления. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2010; 6: 66-69.
15. Трутнева Л.А., Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Шлыкова О.П. Развитие хронического гастродуоденита у детей с признаками дисплазии соединительной ткани. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2010; 1: 53-57.
16. Чемоданов В. В., Краснова Е.Е. Особенности течения заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани. *Иваново;* 2010. 140 с.
17. Ахмедов В. А. Рефлюксная болезнь и органы мишени. М.; 2007. 128 с.
18. Маев И. В., Казюлин А. Н., Вальцова Е. Д. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана. *Клиническая медицина.* 2000; 78 (1): 22-26.
19. Волков В.С., Волков В.С., Колесникова И.Ю. Дуоденогастральный рефлюкс: спорные и нерешенные вопросы. *Клиническая медицина.* 2005; 4 (83): 73-75.
20. Мухин В. И., Федоров И.В. Диагностика и лечение несостоятельности илеоцекального аппарата. *Международный медицинский журнал.* 2002; 1: 70-72.
21. Клеменов, А. В. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Терапевтический архив.* 2003; 4: 44-46.