



Н. Н. Велигоцкий,
В. В. Комарчук,
А. С. Трушин,
И. В. Тесленко,
Е. В. Комарчук

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РЕФЛЮКСОМ

Резюме. Было обследовано 172 больных с осложнёнными формами язвенной болезни НДСТ: 97 — с функциональным ГЭР; 75 — с органическим ГЭР на фоне ГПОД. Для диагностики проявлений НДСТ проводили балльную оценку значимости отдельных фенотипических признаков. На фоне ГПОД II-III степени умеренная и выраженная степень НДСТ установлена достоверно чаще, чем у больных с функциональным рефлюксом и ГПОД I степени ($p < 0,05$).

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, язвенная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Введение

В последнее время пристальное внимание клиницистов привлекает проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Это связано с тем, что именно аномалии соединительной ткани могут служить основой развития многих патологических состояний, оказывать негативное влияние на течение заболеваний [1, 4, 5, 8].

НДСТ — это не единая нозологическая единица, а гетерогенная группа, при которой набор клинических признаков не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний [5].

НДСТ, создавая предпосылки в виде функциональных и структурных нарушений, оказывает усугубляющее влияние на формирование и течение воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки: ускоряет их развитие, увеличивает частоту обострений, площадь и глубину поражения слизистой оболочки, способствует формированию деструктивных процессов. Есть данные о том, что течение язвенной болезни у детей и взрослых на фоне НДСТ имеет затяжной характер, отмечаются достоверно большие размеры язвенных дефектов, чаще встречаются множественные язвы по сравнению с пациентами без НДСТ. Большинство исследователей признаёт факт большей частоты возникновения нарушений моторики в виде гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у больных, заболевание которых протекает на фоне НДСТ [2, 3].

Одна из основополагающих характеристик НДСТ как дисморфогенетического феномена — фенотипические признаки. Фенотип — резуль-

тат взаимодействия генотипа со средой, результат реализации внутренних возможностей, заложенных в генотипе. Генотип определяет фенотип [7, 9].

Недостаточно изучена роль НДСТ в развитии и прогрессировании осложнений язвенной болезни, сочетающейся с различными формами патологического рефлюкса.

Цель исследований

Изучить фенотипические признаки НДСТ у больных с осложнёнными формами язвенной болезни в сочетании с различными формами патологического рефлюкса.

Материалы и методы исследований

Для диагностики проявлений НДСТ было обследовано 172 пациента с осложнёнными формами язвенной болезни. Из них: 97 — с сопутствующим функциональным ГЭР, обусловленным тяжестью течения язвенной болезни; 75 — с сопутствующим органическим ГЭР на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Для определения степени НДСТ больные были обследованы с применением модифицированной балльной оценки значимости отдельных фенотипических признаков Т. Милковской-Димитровой в модификации Абакумовой Л. Н. и критериев Бейтона [6]. Примеры фенотипических признаков и тестов на синдром гипермобильности суставов приведены на рисунке 1,2. Сумма баллов от 6 до 12 соответствовала легкой степени НДСТ (вариант нормы), сумма до 23 баллов включительно соответствовала умеренной степени, а сумма свыше 23 баллов — выраженной степени



НДСТ. Пациенты обследовались перед оперативным вмешательством, что позволяло учитывать полученные данные при выборе хирургической тактики.

Результаты исследований и их обсуждение

В ходе исследования было установлено распределение фенотипических признаков НДСТ. Чаще других встречались: дефицит массы тела (59–34,3 %), астеническое телосложение (54–31,4 %), выраженная гипермобильность суставов (54–33,1 %), бледность кожи (49–28,5 %), аномалии зубных рядов (67–39,0 %), выраженный венозный рисунок кожи (63–36,6 %), геморрой (53–30,8 %), слабость мышц живота, варикозное расширение вен нижних конечностей (69–40,1 %), грыжи (78–45,3 %). Реже всего отмечены: воронкообразная деформация грудины (2–1,2 %), кифоз (14–8,1 %), высокое нёбо (3–1,7 %), седловидный нос (3–1,7 %), приросшие мочки (7–4,1), плоскостопие (10,0–5,8 %), долихостеномелия (6–3,5 %). Достоверные различия среди фенотипических признаков по частоте встречаемости

установлены для синдрома гипермобильности суставов, аномалий зубных рядов, варикозного расширения вен нижних конечностей ($p < 0,05$) и грыж ($p < 0,001$) у больных с функциональным и органическим ГЭР.

На основании балльной оценки значимости установленных фенотипических признаков были определены степени НДСТ (табл.).

У 75 (43,6 %) больных количество баллов при обследовании не превышало 12, что можно оценивать как лёгкую степень НДСТ или вариант нормы. Данная форма НДСТ чаще встречалась среди больных с осложнёнными формами язвенной болезни, сочетающейся с функциональным рефлюксом ($p < 0,05$) или с органическим на фоне ГПОД I степени.

У 91 (52,9 %) больного сумма баллов фенотипических признаков соответствовала умеренной степени НДСТ. Данная форма НДСТ чаще встречалась среди больных с осложнёнными формами язвенной болезни, сочетающейся с органическим ГЭР на фоне ГПОД I-II степени ($p < 0,05$).



Рис. 1. Признаки синдрома гипермобильности суставов

Таблица

Балльная оценка фенотипических признаков НДСТ

Группы больных	Степень НДСТ						Всего n=172	
	Лёгкая		Умеренная		Выраженная			
	n=75		n=91		n=6			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
С функциональным ГЭР*	54	55,7	43	44,3	0	0	97	100
С органическим ГЭР*	21	28,0	48	64,0	6	8,0	75	100

Примечание. * различия показателей между группами достоверны — ($p < 0,05$).



Рис. 2. Фенотипические признаки

Выраженная степень НДСТ установлена достоверно чаще у больных с сопутствующим патологическим органическим ГЭР на фоне ГПОД III степени ($p < 0,05$).

Выводы

Установленная тенденция позволяет предположить, что НДСТ, создавая предпосылки в виде функциональных и структурных на-

рушений, оказывает усугубляющее влияние на формирование и течение воспалительных заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, способствует развитию осложнений язвенной болезни, ГЭР. Исходя из этого степень «несостоятельности» соединительной ткани в совокупности с другими факторами должна быть учтена при выборе метода симультанной антирефлюксной операции.



ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н. Морфологические предпосылки неудовлетворительных результатов оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы / Н. Н. Велигоцкий, Н. В. Дедух, В. В. Комарчук // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 1(61). — С. 44–47.
2. Джулай Т. Е. Синдром недифференцированной соединительнотканной дисплазии у больных ГЭРБ / Т. Е. Джулай, Г. А. Сидоров. // В сб. «Заболевания органов пищеварения, ранняя диагностика рака и метаболический синдром». — М. : «ИнфоМедФарм Диалог», 2012. — С. 14–15.
3. Диагностика наследственных нарушений соединительной ткани. Итоги и перспективы / Э. В. Земцовский, Э. Г. Малев, С. В. Реева [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2013. — № 4. — С. 38–44.
4. Ивашкин В. Т. Пищевод Баррета / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов. — М. : Издательство «Шико». — 2011. — Том 1. — 608 с.
5. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. — СПб. — 2009. — 704 с.
6. Милковска–Димитрова Т. Някоисподени заболявания на съединителната тъкан у децата, наподобавши ревматизм и ревматоиден артрит / Т. Милковска–Димитрова, М. Витакова // Педиатрия (София). — 1983. — Т. 22, № 4. — С. 347–351.
7. Нестеренко З.В. Преобразование структуры органов и тканей человека / З.В. Нестеренко // Здоровье ребенка. — 2010. — № 4(25). — С. 136 – 139.
8. American Gastroenterological Association. Technical Review on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. / Gastroenterology. — 2008. — Vol. 135. — P. 1392-1413.
9. Roach F. S. Etiology of stroke in children / F. S. Roach // Semin. Pediat. Neurol. — 2000. — № 7. — P. 244-260.

**ФЕНОТИПІЧНІ ОЗНАКИ
НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ
ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ
ТКАНИНИ У ХВОРИХ
З УСКЛАДНЕНИМИ
ФОРМАМИ ВИРАЗКОВОЇ
ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ
З ПАТОЛОГІЧНИМ
РЕФЛЮКСОМ**

**М. М. Велигоцький,
В. В. Комарчук, А. С. Трушин,
І. В. Тесленко, Є. В. Комарчук**

**PHENOTYPIC
CHARACTERISTICS OF
UNDIFFERENTIATED
CONNECTIVE TISSUE
DYSPLASIA IN PATIENTS
WITH COMPLICATED FORMS
OF PEPTIC ULCER DISEASE
IN COMBINATION WITH
PATHOLOGICAL REFLUX**

**N. N. Veligotskiy,
V. V. Komarchuk,
A. S. Trushin, I. V. Teslenko,
E. V. Komarchuk**

Резюме. Було обстежено 172 хворих з ускладненими формами виразкової хвороби на НДСТ: 97 — із функціональним ГЕР; 75 — із органічним ГЕР на тлі ГСОД. Для діагностики проявів НДСТ проводили бальну оцінку значимості окремих фенотипічних ознак. На тлі ГСОД II-III ступеня помірна і виражена ступінь НДСТ встановлена достовірно частіше, ніж у хворих з функціональним рефлюксом і ГСОД I ступеня ($p < 0,05$).

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, виразкова хвороба, грижа стравохідного отвору діафрагми.

Summary. Were examined 172 patients with complicated forms of peptic ulcer with undifferentiated connective tissue dysplasia: 97 — with functional; 75 — organic gastro-esophageal reflux on the background of hiatal hernia. For the diagnosis of manifestations of undifferentiated connective tissue dysplasia performed numerical score significance of individual phenotypic characteristics. Against the background of hiatal hernia II-III degree of moderate to severe degree undifferentiated connective tissue dysplasia was set significantly more frequently than in patients with functional reflux and hiatal hernial degree ($p < 0,05$).

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, peptic ulcer disease, hiatal hernia.