



## ЧАСТОТА УРАЖЕННЯ РІЗНИХ СИСТЕМ ТА ОРГАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

**Резюме. Вступ.** Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — це хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони, що характеризується спонтанним і/або регулярним закиданням у стравохід шлункового чи дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу. ГЕРХ є одним із найбільш поширених захворювань, що вражають стравохід. З огляду на значне число чинників, що зумовлюють ГЕРХ його етіологія ще не є чітко визначеною, і внесок кожного фактора потребує подальшого аналізу. **Метою** роботи було проаналізувати особливості та частоту поєднання ГЕРХ із патологією інших органів і систем. **Матеріали та методи.** Проведено клінічний аналіз 73 випадків ГЕРХ у дітей шкільного віку. Проаналізовано частоту поєднання ГЕРХ із патологією інших систем та органів шляхом збору детального анамнезу та аналізу медичної документації пацієнтів. **Результати.** У 66 % дітей із ГЕРХ виявлено поєднання досліджуваної патології з іншими ураженнями шлунково-кишкового тракту, у 50,7 % — з ураженнями кістково-м'язової системи, у 12,3 % — наявність захворювань сечовидільної системи. У майже третини дітей із ГЕРХ спостерігали вроджені вади зі сторони різних систем та органів, серед яких виявляли доліхосигму, пролапс мітрального клапана, нефроптоз/ротацію нирок/пієлоектазію/міхурово-мисковий рефлюкс, деформації жовчного міхура. У роботі наведено опис клінічного випадку поєднання уражень зі сторони серцево-судинної, травної, сечовидільної систем, який дозволяє припустити наявність спільного етіологічного чинника діагностованих патологій. Проаналізовані дані щодо поєднання ГЕРХ із патологією інших систем й органів і його спектром, а також результати роботи інших дослідницьких груп вказують на ймовірну спільну складову в їх етіології. Спільним чинником в описаних випадках поєднання патологій може бути порушення синтезу сполучної тканини/недиференційована дисплазія сполучної тканини.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, недиференційована дисплазія сполучної тканини, діти.

### Вступ

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — це хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони, що характеризується спонтанним і/або регулярним закиданням у стравохід шлункового чи дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу. ГЕРХ є одним із найбільш поширених захворювань, що вражають стравохід, і цей показник щороку зростає [1, 2].

Клінічні прояви ГЕРХ поділяють на стравохідні та позастравохідні. До стравохідних відносять печію, регургітацію, дисфагію, відрижку, симптом «мокрої

Адреса для листування з авторами:

Дац-Опока М.І.

E-mail: martadats@gmail.com

© Гнатейко О.З., Дац-Опока М.І., Личковська О.Л.,  
Цьолко Т.Ю., 2016

© «Здоров'я дитини», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

подушки». Позаезофагеальні прояви: отоларингологічні, бронхолегеневі, кардіальні, стоматологічні. У всіх дітей спостерігаються астеновегетативні порушення (швидка втомлюваність, емоційна лабільність, метеочутливість, біль голови). Для дітей раннього віку характерні часті зригування, регургітація; для дітей шкільного віку — біль за грудиною або в епігастрії під час фізичних навантажень. У деяких дітей відсутні будь-які клінічні прояви ГЕРХ, тому часто діагноз встановлюється тільки на підставі проведених спеціальних досліджень, з приводу іншої патології органів травлення [2–4, 6, 8].

Вважається, що ГЕРХ — це поліетіологічне захворювання, у розвитку якого провідними є порушення моторної функції верхніх відділів травного тракту: незрілий стравохідний сфінктер, зменшення активності та подовження стравохідного кліренсу, уповільнення евакуації шлункового вмісту, генетичні фактори. Важливе значення у патогенезі ГЕРХ належить зниженню резистентності слизової оболонки стравоходу до ацидопептичного ураження, збільшення агресивності шлункового вмісту, дуоденогастрального рефлюксу, відносна й абсолютна недостатність кардії, підвищення внутрішньошлункового і внутрішньочеревного тиску, диспропорція збільшення тіла та стравоходу. Факторами ризику розвитку ГЕРХ у дітей на сьогодні вважаються обтяженість сімейного анамнезу щодо захворювань шлунково-кишкового тракту, обтяжений перинатальний анамнез, порушення режиму харчування, тривалість гастродуоденальної патології більше 2 років, порушення вегетативного гомеостазу і психоемоційного стану, недиференційована дисплазія сполучнотканинних структур (НДСТ), а також фактори довкілля та способу життя: надлишкова вага, хибні харчові звички, відсутність регулярної фізичної активності [1, 3–7].

З огляду на значне число чинників, що зумовлюють ГЕРХ його етіологія ще не є чітко визначеною, і внесок кожного фактора потребує подальшого аналізу. Актуальним питанням є вивчення ГЕРХ як одного із захворювань при полісистемних ураженнях у дітей, у тому числі обумовлених порушеннями синтезу сполучної тканини/НДСТ [11, 12, 14, 16].

Зважаючи на етіологію ГЕРХ, а саме порушення моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, що забезпечується діяльністю органів травлення з високим ступенем колагенізації, є багато повідомлень про ГЕРХ як один із проявів НДСТ [8–13].

У зв'язку з цим припускаємо, що частина випадків ГЕРХ буде траплятися у поєднанні з ураженнями інших систем та органів, які можуть бути зумовлені порушеннями синтезу сполучної тканини.

Принциповою відмінністю сполучної тканини від інших тканин людини є надлишок позаклітинної матриці (ПКМ) при невеликій кількості клітин. ПКМ — складна сітка, сформована численними структурними макромолекулами (протеоглікани, колаген, еластин). Колагенові волокна визначають міцність та витривалість сполучної тканини. У

геномі людини існує близько 50 генів, що кодують різноманітні колагени. НДСТ може виникати внаслідок абнормального синтезу чи зборки колагену; надмірної деградації колагену; порушення структури колагенових волокон внаслідок недостатньої поперечної зшивки; аналогічних аномалій, пов'язаних з еластиновими волокнами; руйнування тканини шляхом аутоімунних реакцій [10, 12, 13, 15, 16]. До того ж існує ще безліч інших механізмів, що до цього часу не вивчалися.

За літературними даними, НДСТ є одним із чинників у розвитку порушень з боку різних органів і систем: травна система — езофагіт, хронічний гастрит, дуоденогастральний рефлюкс, гастроптоз, дисфункціональні та анатомічні дефекти жовчного міхура, мегаколон, доліхосигма; сечовидільна система — нефроптоз, атопія чашково-мискової системи, подвоєння нирок, протейнурія; серцево-судинна система — пролапси клапанів, несправжні хорди, аневризми судин, вегетосудинна дистонія, порушення серцевого ритму та провідності; кістково-м'язова система — деформації грудної клітки, патологія хребта (сколіоз, кіфоз, лордоз), деформація стоп (кінська, еквіновальгусна, кальканеоварусна, кальканеовальгусна), плоскостопість (поздовжня та поперечна); нервова система — вегетосудинна дистонія, вроджені мальформації судин головного мозку, міатонічний синдром; фенотипові ознаки: скелетні аномалії — подовження та витончення кінцівок; різні кістково-хрящові дисплазії; патологія кінцівок — арахнодактилія, гіпермобільність суглобів, деформація та викривлення кінцівок (вальгусна та варусна деформація); вушні раковини — м'які, звертаються в трубочку, відвисла мочка; шкіра — ніжна, оксамитова; келоїдні рубці після травм, оперативних втручань, вакцинацій, перенесених інфекційних хвороб; формування псевдопухлинних утворень; витончення підшкірного шару; відсутність стрій після вагітності; в'ялість, еластичність; симптом «сигаретного паперу»; геморагічні прояви; варикозне розширення вен; нігті — крихкі, розщеплюються на пластинки, з ділянками вогнищевої аплазії, аноніхія, пахіоніхія, лейконіхія; волосся — тонке, крихке, тускле, ділянки алопеції або гіпотрихозу; зуби — мікроаномалії: гіподентія, парадонтоз, карієс, мікродентизм, олігодентія, тремі [6, 9–11].

Гіпермобільність суглобів як один із найдоступніших для діагностики проявів порушення синтезу сполучної тканини був предметом дослідження багатьох груп вчених, у тому числі і його поєднання із патологією інших систем та органів. Так, показано його асоціацію, зокрема, із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою [17].

**Мета роботи:** проаналізувати особливості та частоту поєднання ГЕРХ із патологією інших органів і систем.

## Матеріали та методи

До групи дослідження увійшло 73 дитини віком від 6 до 14 років (середній вік —  $10,2 \pm 3,2$  року), які проходили стаціонарне лікування у I дитячому від-

діленні Комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ» (КЗ ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ»), у яких було діагностовано GERX. Серед дітей було 30 (41 %) хлопчиків та 43 (59 %) дівчинки. Усі випадки GERX були ендоскопічно верифіковані шляхом проведення езофагогастродуоденоскопії за допомогою відеогастроскопа Fujinon WG 88 FP.

До контрольної групи ввійшло 43 дитини, того ж віку, які проходили стаціонарне лікування у I дитячому відділенні КЗ ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ», у яких не було діагностовано GERX. Серед дітей було 17 (40 %) хлопчиків і 26 (60 %) дівчаток.

У всіх пацієнтів групи дослідження та контрольної групи проведені загальноклінічні, лабораторні, сонографічне та ендоскопічне дослідження органів черевної порожнини та проаналізовані анамнестичні дані.

Обробку отриманих результатів проводили загальноприйнятими математичними методами варіаційної статистики.

## Результати

Проведено клінічний аналіз 73 випадків GERX у дітей шкільного віку та 43 дітей без GERX, що становили групу контролю. Проаналізовано частоту поєднання GERX із патологією інших систем та органів шляхом збору детального анамнезу й аналізу медичної документації пацієнтів. Критеріями виключення з групи були відсутність добровільної згоди на участь в обстеженні та публікації його результатів на будь-якому з його етапів; відмова від проведення ендоскопічного дослідження органів черевної порожнини.

У табл. 1 наведено показники щодо наявності у дітей із GERX патологій інших систем та органів.

Як свідчать дані, наведені у табл. 1, у більшості дітей із GERX (66 %) виявляли поєднання досліджуваної патології з іншими ураженнями травної системи. На другому місці (50,7 %) — ураження кістково-м'язової системи (сколіози, кіфози, плоска стопа). На третьому місці за частотою (12,3 %) наявність захворювань сечовидільної системи, се-

ред яких найчастіше діагностували нефроптоз, пієлоектазію.

Слід відмітити, що порушення зі сторони сечовидільної системи траплялися з однаковою частотою незалежно від статі. На протипагу цьому у 12 % дівчаток із GERX зафіксовано патологію органів серцево-судинної системи, при її відсутності серед осіб чоловічої статі досліджуваної групи. Дана відмінність може знаходитися в межах випадкових розбіжностей. Проте ця тенденція заслуговує подальшого збору даних, а при її підтвердженні — окремого аналізу.

У 5 дівчаток спостерігали поєднання патологій. Так, в одному випадку спостерігали деформацію жовчного міхура, GERX, правобічний нефроптоз. У пацієнтки А. — деформація жовчного міхура, ліво-бічна пієлоектазія; у пацієнтки Б. — доліхосигма, деформація жовчного міхура; у пацієнтки Т. — пролапс мітрального клапана I ступеня, доліхосигма, деформація жовчного міхура; у пацієнтки Я. — доліхосигма, синдром Пайра, деформація жовчного міхура.

GERX найчастіше поєднувався з іншими ураженнями травної системи (деформації жовчного міхура, дисфункції жовчовивідних шляхів, вроджені вади розвитку товстого кишечника). Це може бути зумовлене в тому числі особливістю будови сполучної тканини в кожного конкретного індивіда. Високий ступінь колагенізації органів травлення дозволяє очікувати різноманітні прояви НДСТ і з боку травної системи.

Слід відмітити, що у 18 дітей із GERX спостерігали вроджені вади зі сторони різних систем та органів. Серед яких у 4 випадках виявляли доліхосигму, у 2 випадках — пролапс мітрального клапана, нефроптоз/ротація нирок/пієлоектазії/міхурово-мисковий рефлюкс — у 7 випадках, деформації жовчного міхура — у 9. Отже, серед вроджених вад розвитку найчастіше зустрічались деформації жовчного міхура, вроджені вади сечовидільної системи та товстого кишечника.

Проаналізувавши спектр виявлених порушень зі сторони інших систем та органів, можна запідозри-

Таблиця 1. Частота поєднання GERX з ураженнями інших систем та органів, n (%)

Система органів	Хлопчики		Дівчатка		Усього	
	З GERX (n = 30)	Без GERX (n = 17)	З GERX (n = 43)	Без GERX (n = 26)	З GERX (n = 73)	Без GERX (n = 43)
Дихальна система	3 (10,0 ± 5,7)	0	0	0	3 (4,1 ± 0,4)	0
Нервова система	2 (6,7 ± 4,8)	1 (5,9 ± 4,5)	6 (14,0 ± 0,4)	1 (3,8 ± 0,3)	8 (11,0 ± 0,4)	2 (4,7 ± 0,3)*
Серцево-судинна система	0	0	5 (11,6 ± 0,6)	1 (3,8 ± 0,3)	5 (6,8 ± 0,5)	1 (2,3 ± 0,2)*
Сечовидільна система	4 (13,3 ± 6,5)	1 (5,9 ± 4,5)	5 (11,6 ± 0,6)	1 (3,8 ± 0,3)	9 (12,3 ± 0,6)	2 (4,7 ± 0,3)*
Кістково-м'язова система	17 (56,7 ± 9,5)	3 (17,6 ± 7,3)	20 (46,5 ± 1,4)	5 (19,2 ± 0,8)	37 (50,7 ± 1,4)	8 (18,6 ± 0,8)*
Травна система	19 (63,3 ± 9,2)	8 (47,1 ± 9,6)	29 (67,4 ± 1,2)	7 (26,9 ± 1,3)	48 (65,6 ± 1,2)	15 (34,9 ± 1,3)*

Примітка: \* —  $p \leq 0,05$  — різниця статистично вірогідна.

ти наявність спільного етіологічного чинника розвитку ГЕРХ та інших виявлених патологій.

Однією з імовірних складових патогенезу у цих випадках може бути порушення синтезу сполучної тканини, або недиференційована дисплазія сполучної тканини (за класифікацією 1999 р., Омськ, Росія).

## Обговорення

Отже, проаналізовані дані щодо поєднання ГЕРХ із патологією інших систем й органів і їх спектром вказують на ймовірну спільну складову в їх етіології. Спільним чинником в описаних випадках поєднання патологій може бути порушення синтезу сполучної тканини/НДСТ.

Припускаємо, що наявність поєднання ГЕРХ із патологією інших органів може бути чинником його рецидивуючого перебігу.

## Висновки

Дане припущення потребує подальшого ретроспективного дослідження. Інформативним для встановлення порушення синтезу сполучної тканини може бути аналіз фенотипу пацієнта з метою встановлення стигм дизембріогенезу. Рекомендуємо у кожному випадку ГЕРХ проводити обстеження на предмет виявлення порушень інших систем та органів. До діагностики та лікування дітей із наявними фенотиповими ознаками НДСТ слід підходити комплексно, враховуючи можливі зміни з боку багатьох органів та систем.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Список літератури

1. Зубаренко О.В., Кравченко Т.Ю., Лосєва К.О. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: сучасний погляд на патогенез і клініку // *Здоров'я дитини*. — 2012. — № 1(36).
2. Крючко Т.О., Несіна І.М. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: аспекти діагностики та лікування // *Дитячий лікар*. — 2013. — № 4(25).
3. Боярська Л.М., Іванова К.О. Прогностичні фактори ризику розвитку гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків із хронічною гастродуоденальною патологією // *Запорожский медицинский журнал*. — 2013. — № 6. — С. 13-17.

4. Dore M.P., Maragkoudakis E., Fraley K.J. [et al.] Diet, lifestyle and gender in gastro-oesophageal reflux disease // *Dig. Dis. Sci.* — 2008. — № 53. — P. 2027-2032.

5. El-Serag H., Hill C., Jones R. Systematic review: the epidemiology of gastrooesophageal reflux disease in primary care, using the UK General Practice Research Database // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2009. — № 29(5). — P. 470-480.

6. Lagergren J. Body measures in relation to gastro-oesophageal reflux // *Gut*. — 2007. — № 56(6). — P. 741-742.

7. Yamamichi N., Mochizuki S., Asada-Hirayama I. [et al.] Lifestyle factors affecting gastrooesophageal reflux disease symptoms: a cross-sectional study of healthy // 19864 adults using FSSG scores *BMC Med.* — 2012. — № 10. — 45.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.2013 р. № 59 «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

9. Казимирко В.К., Іваницька Л.М., Дубкова А.Г., Сілантьєва Т.С., Іванова Г.П., Полудненко М.Ф., Шарова М.В. Труднощі діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини у практиці лікаря-ревматолога // *Український ревматологічний журнал*. — 2013. — № 53(3).

10. Земцовский Э.В. Найчастіші клініко-морфологічні та вісцеральні порушення, які спостерігаються у хворих зі спадковими колагенопатіями // *Соединительнотканые дисплазии сердца*. — СПб., 1998. — С. 94.

11. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). — СПб.: Невский Диалект, 2000. — 271 с.

12. Шестакова М.Д., Кадурина Т.И. Поражение желудочно-кишечного тракта у больных с MASS-фенотипом // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопатологии*. — Приложение «Материалы V Российской гастроэнтерологической недели» — 1999. — № 8(IX). — 129 с.

13. Mohammed I., Cherkas L.F., Riley S.A., Spector T.D., Trudgill N.J. Genetic influences in gastro-oesophageal reflux disease: a twin study // *Gut*. — 2003. — № 52. — P. 1085-1089.

14. Шехонин Б.В., Семячкина А.Н., Макеев Х.М. и др. Коллаген I, III, IV, V типов и фибронектин в биоптатах кожи больных синдромом Элерса — Данлоса и cutis laxa // *Арх. патол.* — 1988. — № 12. — С. 41-48.

15. Солейко О.В., Осипенко І.П., Солейко Л.П. «Біохімічне обличчя» синдрому недиференційованої сполучної тканини // *Кардіоревматологія*. — 2014. — № 1(177).

16. Громова О.А., Торшин І.Ю. Дисплазия соединительной ткани, клеточная биология и молекулярные механизмы воздействия магния // *РМЖ*. — 2008. — № 16(1). — С. 1-10.

17. 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 connective tissue the missing link? // *Neurogastroenterology & motility*. — 2010. — № 22. — P. 252-e78.

Отримано 15.09.16 ■

Гнатейко О.З.<sup>1,2</sup>, Дац-Опока М.І.<sup>1</sup>, Лычковская О.Л.<sup>1</sup>, Целко Т.Ю.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Институт наследственной патологии НАМН Украины», г. Львов, Украина

<sup>3</sup>ВУКЗ ЛОС «Львовский институт медсестринства и лабораторной медицины имени Андрея Крупинского», г. Львов, Украина

## ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ И ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Резюме. Введение.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны, характеризующееся спонтанным и/или регулярным забрасыванием в пищевод желудка или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пище-

вода. ГЭРБ является одним из самых распространенных заболеваний, поражающих пищевод. Принимая во внимание значительное число факторов, которые обуславливают ГЭРБ, его этиология еще нечетко определена, и вклад каждого фактора требует дальнейшего анализа. **Целью** работы было проанализировать особенности и частоту сочетания ГЭРБ с патологией других органов и систем.

**Матеріали і методи.** Проведен клінічний аналіз 73 випадків ГЭРБ у дітей шкільного віку. Проаналізована частота поєднання ГЭРБ з патологією інших систем і органів шляхом збору детального анамнезу і аналізу медичної документації пацієнтів. **Результати.** У 66 % дітей з ГЭРБ виявлено поєднання досліджуваної патології з іншими ураженнями шлунково-кишкового тракту, у 50,7 % — з ураженням кістково-м'язової системи, у 12,3 % — з наявністю захворювань мочевидільної системи. Почти у треті дітей з ГЭРБ спостерігали вроджені пороки з боку різних систем і органів, серед яких виявляли доліхосигму, пролапс мітрального клапана, нефроптоз/ротацию нирок/пієлоектазію/пузырно-лоханочний рефлюкс, деформації жовчного пухирця. В роботі наведено описання кліні-

чного випадку поєднання уражень з боку серцево-судинної, шлункової, мочевидільної систем, який дозволяє передположити наявність загального етіологічного фактора діагностованих патологій. Проаналізовані дані по об'єднанню ГЭРБ з патологією інших систем і органів і його спектром, а також результати роботи інших дослідницьких груп вказують на можливу загальну складову в їх етіології. Загальним фактором в описаних випадках поєднання патологій може бути порушення синтезу з'єднаної тканини/недифференційована дисплазія з'єднаної тканини.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, недифференційована дисплазія з'єднаної тканини, діти.

Gnateyko O.Z.<sup>1,2</sup>, Dats-Opoka M.I.<sup>1</sup>, Lychkovska O.L.<sup>1</sup>, Tsyolko T.Yu.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi, Lviv, Ukraine

<sup>2</sup>State Institution «Institute of Hereditary Diseases of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Lviv, Ukraine

<sup>3</sup>Higher Educational Municipal Institution of Lviv Regional Council «Lviv Institute of Nursing and Laboratory Medicine named after Andrii Krupynskyi», Lviv, Ukraine

#### THE INCIDENCE OF LESIONS OF DIFFERENT SYSTEMS AND ORGANS IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

**Summary. Introduction.** Gastroesophageal reflux disease (GERD) — a chronic recurrent disease caused by the disturbances of the motor-evacuating function of the gastroesophageal zone and is characterized by spontaneous and/or regular reflux of the gastric or duodenal fluid that leads to the damage of the distal part of the esophagus. GERD is one of the most frequent diseases that affect the esophagus. Taking into the account the huge amount of the causes, which may lead to GERD, its etiology is still not well defined, and the contribution of each factor requires further analysis. **The aim of the study** was to analyze the peculiarities and the incidence of GERD association with other organ and system pathologies. **Materials and methods.** Clinical analysis of 73 cases of GERD in school-aged children has been performed. The incidence of GERD combination with other system and organ pathologies has been evaluated using thorough anamnesis and patient's medical history analysis. **Results.** In 66 % of children with GERD, the association of this pathology with other digestive tract diseases

has been revealed, in 50.7 % — with lesions of musculoskeletal system, in 12.3 % — with urinary tract pathology. Almost one third of children with GERD suffered from congenital defects of different organs and systems, such as dolichosigmoid, mitral valve prolapse, nephroptosis/rotation of the kidneys/pyelectasis/bladder-pelvic reflux, gallbladder deformities. The article presents the analysis of a clinical case of the combination of cardiovascular, digestive and urinary lesions that enables us to assume the presence of possible common etiology factor of the diagnosed diseases. The analyzed data regarding the association of GERD with other organ and system pathologies, as well as the results of other research groups indicate a probable common component in their etiology. The common factor in the described cases of the combination of pathologies may be a violation of the connective tissue synthesis/undifferentiated connective tissue dysplasia.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, undifferentiated connective tissue dysplasia, children.