



**ГОО ВПО
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»**

Кафедра пропедевтики педиатрии

**О ВЛИЯНИИ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА
СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ
НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ У ДЕТЕЙ С
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

Докладчики:

**к. мед.н., доцент Пошехонова Юлия Владимировна,
к.мед.н., доцент Москалюк Оксана Николаевна**

Функциональная диспепсия

Должна включать 1 или более критериев, продолжительностью как минимум 4 дня в месяц, не менее 2 месяцев:

- **Постпрандиальная тяжесть**
 - **Быстрая насыщаемость**
- **Боль в эпигастрии или изжога, не связанные с дефекацией**
- **После соответствующего медицинского обследования симптомы не могут быть отнесены к другим заболеваниям**

Постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС):

- докучающая постпрандиальная тяжесть/быстрая насыщаемость

Дополнительные признаки:

- вздутие верхней части живота
- постпрандиальная тошнота
- частая отрыжка

Эпигастральный болевой синдром (ЭБС):

- **боль, нарушающая нормальную жизнедеятельность человека, или жжение в эпигастрии**
- **боль локализована в других областях живота или грудной клетке**
- **боль не уменьшается после дефекации или отхождения газов**

Дополнительные признаки:

- **боль жгучего характера, но без ретростерального компонента**
- **боль, вызываемая или облегчающаяся приемом пищи, но может возникать и натощак**

АКТУАЛЬНОСТЬ

- ❑ Патогенез функциональной диспепсии (ФД) может быть тесно связан с дисбалансом гистамина и серотонина, поскольку оба эти нейротрансмиттера оказывают разнонаправленное влияние на регуляцию желудочной секреции и моторики, чувствительность рецепторов гастродуоденальной зоны.
- ❑ С другой стороны, лежащие в основе развития ФД нарушения функционирования сфинктерного аппарата желудка, некоторая неполноценность барьерных механизмов слизистой оболочки желудка (СОЖ) могут быть обусловлены особенностями метаболизма соединительной ткани, которые имеются у лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).
- ❑ Кроме того, наличие ДСТ приводит к изменениям вегетативного и гормонального регулирования, в частности к дисбалансу гистамина и серотонина, оказывающих влияние на секреторную и двигательную функции желудка и играющих существенную роль в возникновении «висцеральной гиперчувствительности».

Цель работы:

*Выявить стигмы ДСТ и
исследовать уровни гистамина и
серотонина в сыворотке крови
детей с ФД*

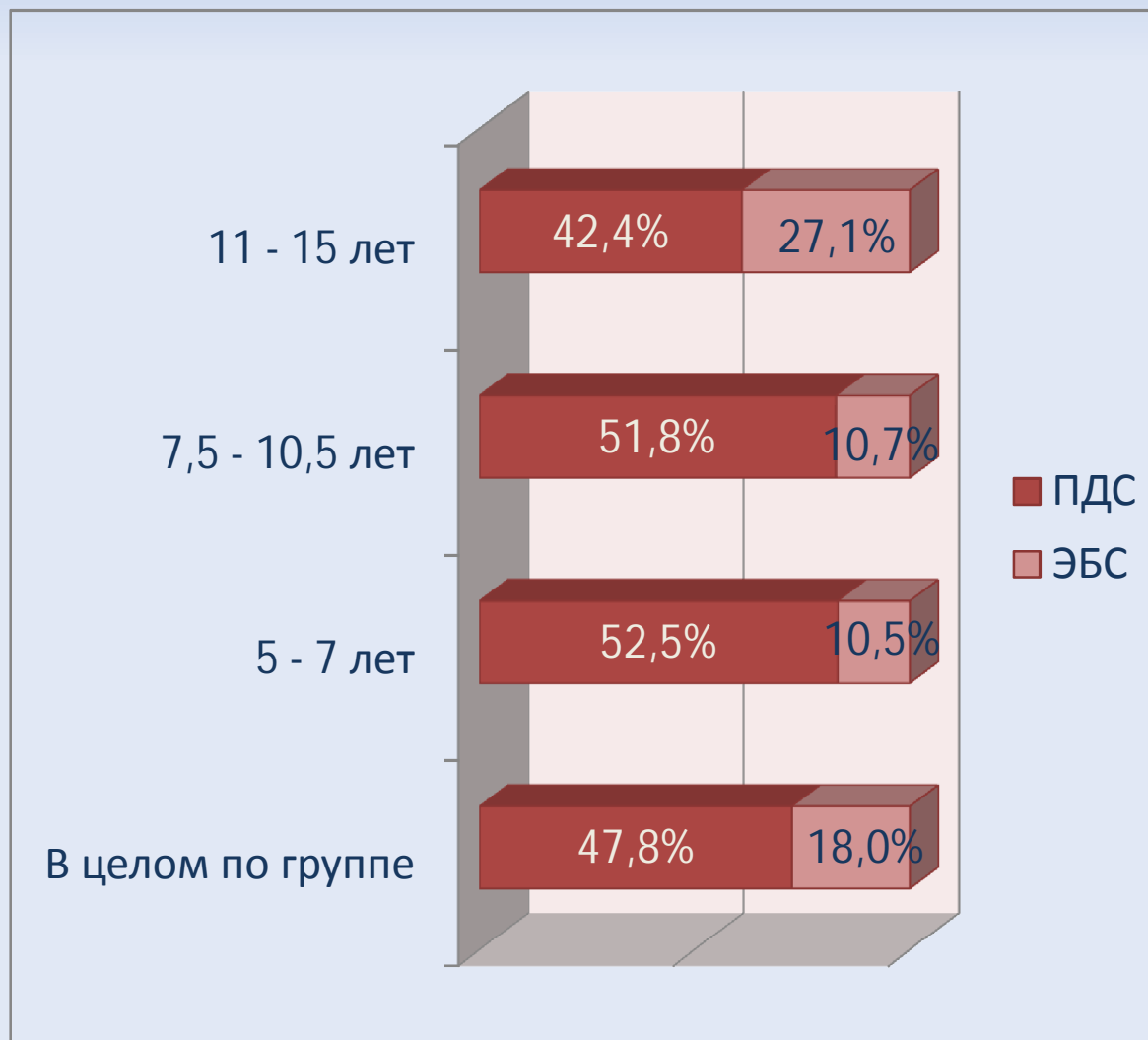
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- ❖ Обследовано 88 детей с диагнозом ФД в возрасте от 5 до 15 лет, составивших основную группу, и 30 здоровых детей- сверстников, составивших контрольную группу. Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями IV.
- ❖ Всем детям проведено комплексное общепринятое клинко-инструментальное обследование (ФЭГДС, внутрижелудочная рН-метрия, уреазный тест, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, ЭхоКГ, ирригографию (по показаниям), общепринятое лабораторное обследование).
- ❖ Всем детям проведено определение наличия стигм ДСТ (Клинические рекомендации РНМОТ, 2017).
- ❖ Определение содержания гистамина и серотонина в одной пробе крови детей проводилось методом Л.Я. Прошиной (1981).

Частота подтипов ФД у детей разного возраста

У обследуемых детей во все возрастные периоды преобладал постпрандиальный дистресс-синдром.

Частота эпигастрального болевого синдрома была почти в 3 раза меньше, чем ЭБС ($p < 0,02$), но с возрастом она увеличивалась.



Наличие стигм ДСТ было выявлено в фенотипе $87,5 \pm 2,3$ % детей с ФД (табл.):

- **до 5 стигм имели $52,3 \pm 3,6$ % больных,**
- **6 и более стигм - $35,2 \pm 3,1$ % пациентов,**
- **в том числе 10 и более стигм было отмечено у $5,7 \pm 1,2$ % детей.**

Среднее количество стигм ДСТ у одного ребенка с ФД составило $5,2 \pm 0,4$:

- **у детей с ЭБС проявления ДСТ встречались в $95,8 \pm 4,1$ % случаев, а при ПДС - $84,4 \pm 4,5$ % ($p \leq 0,05$).**

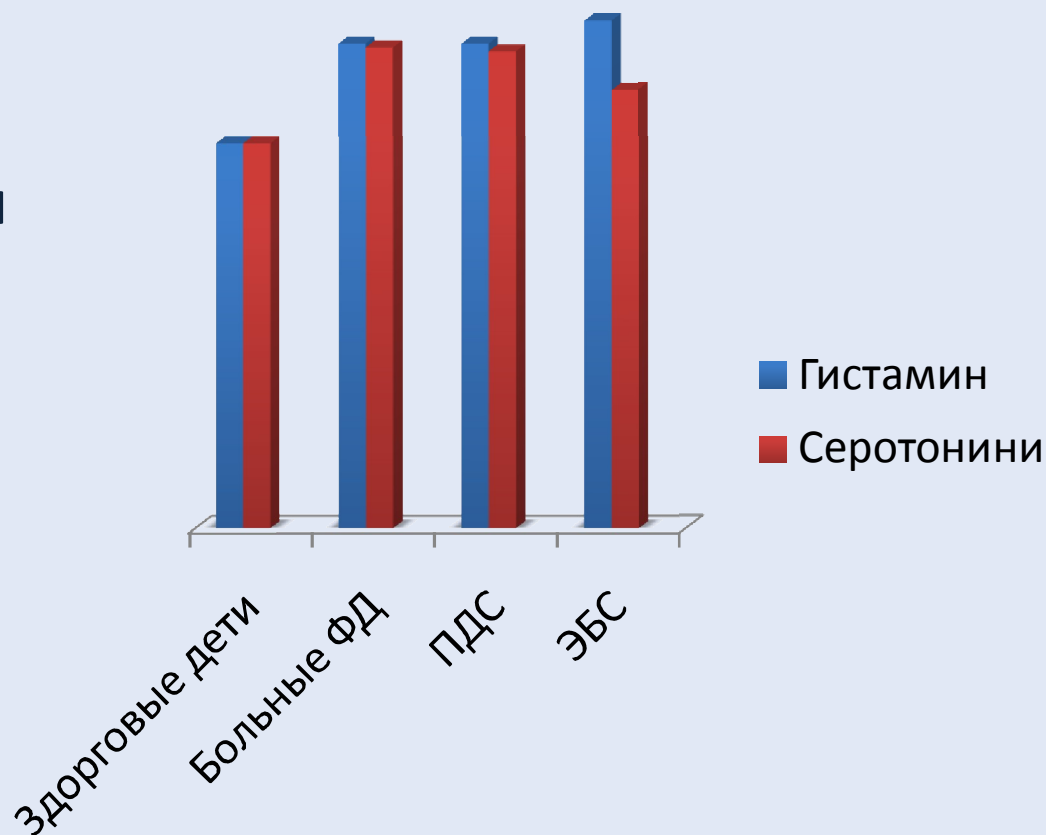
Частота стигм ДСТ у детей с ФД

Группы детей	Всего детей, имевших стигмы (M±m, %)	1 – 5 стигм (M±m, %)	6 и более стигм (M±m, %)	10 и более стигм (M±m, %)	Среднее количество стигм у одного ребенка (M±m)
ФД (n = 88)	87,5±2,3	52,3±3,6	35,2±3,1	5,7±1,2	5,2±0,4
ПДС (n = 64)	84,4±4,5	53,1±6,2	31,3±5,8	6,3±3,0	5,0±0,4
ЭБС (n = 24)	95,8±4,1	50,0±10,2	45,8±10,2	4,2±4,2	5,3±0,6
p	0,05	0,4	0,2	0,7	0,7

Примечание: p – по сравнению с больными ДВФД.

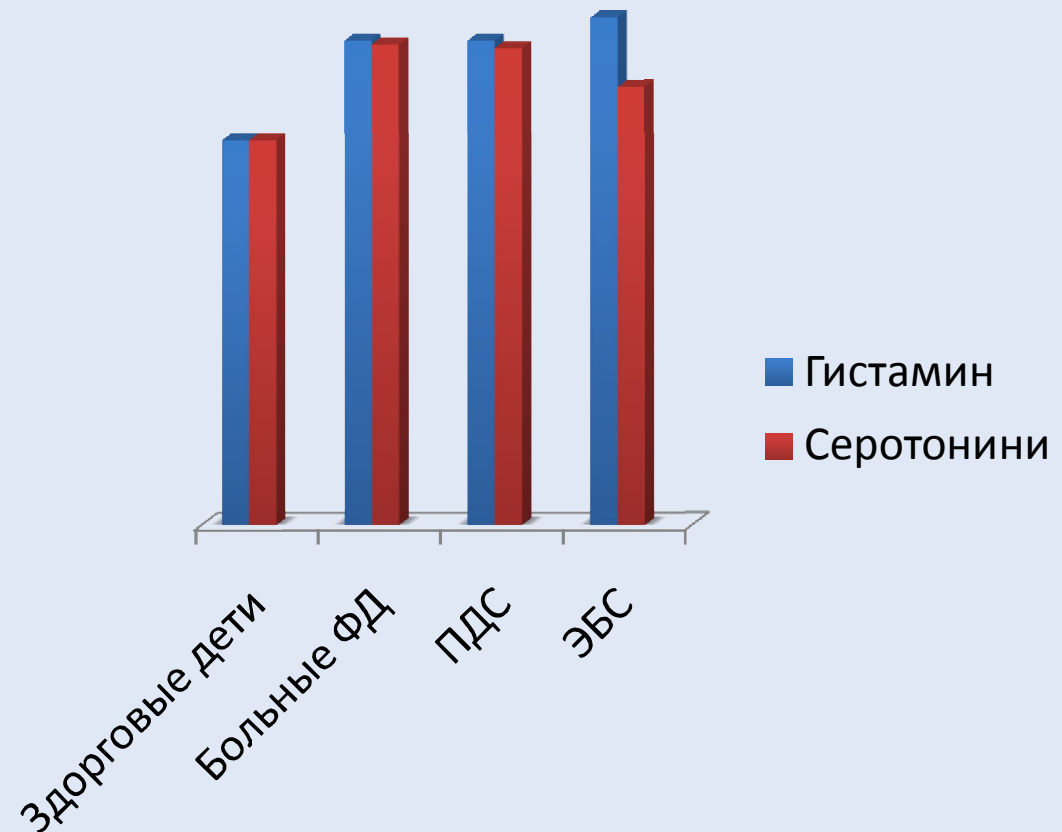
Уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови детей с ФД

У детей с ФД выявлены гипергистаминемия ($100,2 \pm 8,4$ нг/мл, здоровые дети – $79,3 \pm 6,1$ нг/мл, $p \leq 0,05$) и гиперсеротонинемия ($88,8 \pm 7,8$ нг/мл, здоровые дети – $70,8 \pm 5,6$ нг/мл, $p \leq 0,05$) при сохраненном соотношении между этими нейротрансмиттерами ($1,13 \pm 0,11$, здоровые дети – $1,12 \pm 0,14$)



Уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови детей с ФД

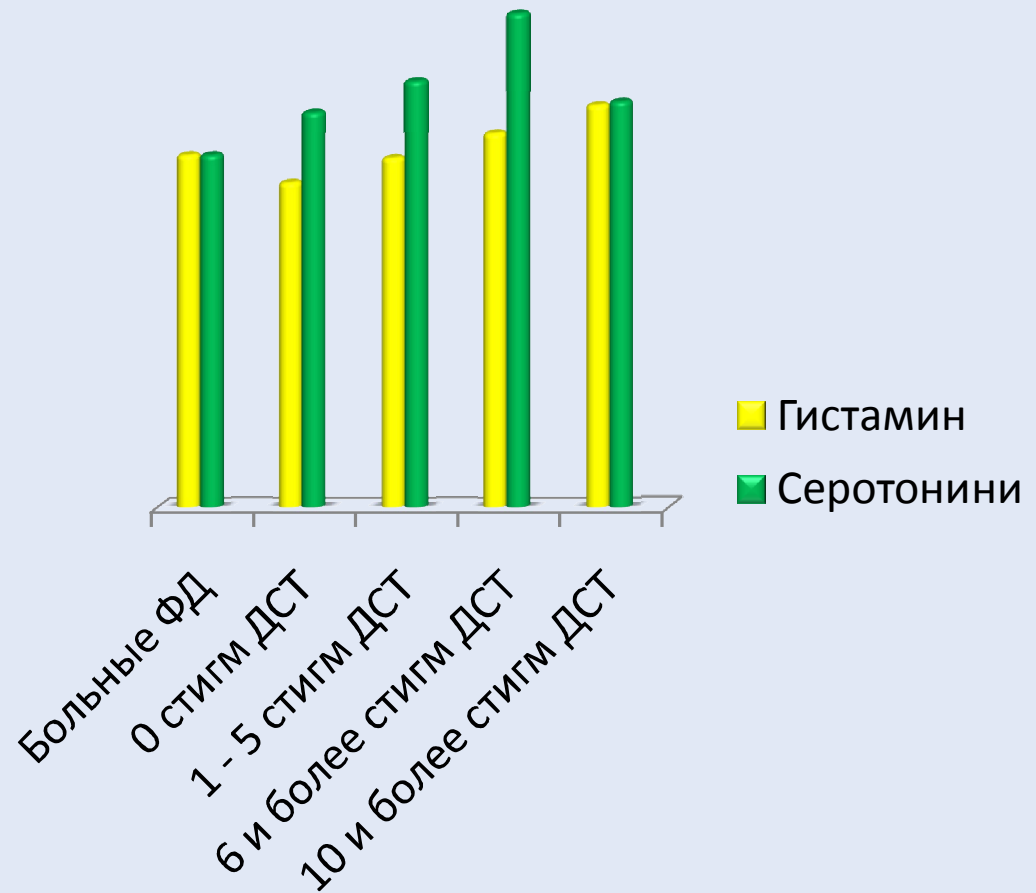
- Выраженная гипергистаминемия ($105 \pm 10,5$ нг/мл) с дисбалансом уровней нейротрансмиттеров наблюдалась у детей с ЭБС (серотонин – $81,2 \pm 9,4$ нг/мл, соотношение $1,30 \pm 0,15$).
- ПДС характеризовался одинаковой степенью повышения в крови гистамина ($100,2 \pm 9,4$ нг/мл) и серотонина ($87,5 \pm 8,7$ нг/мл, соотношение – $1,16 \pm 0,12$).



Уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови детей с ФД

Наличие ДСТ при ФД характеризовалось нарастанием уровней гистамина и серотонина с постепенным нарушением равновесия между ними:

- $91,7 \pm 9,3$ нг/мл и $80,2 \pm 9,0$ нг/мл у детей без ДСТ;



Уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови детей с ФД

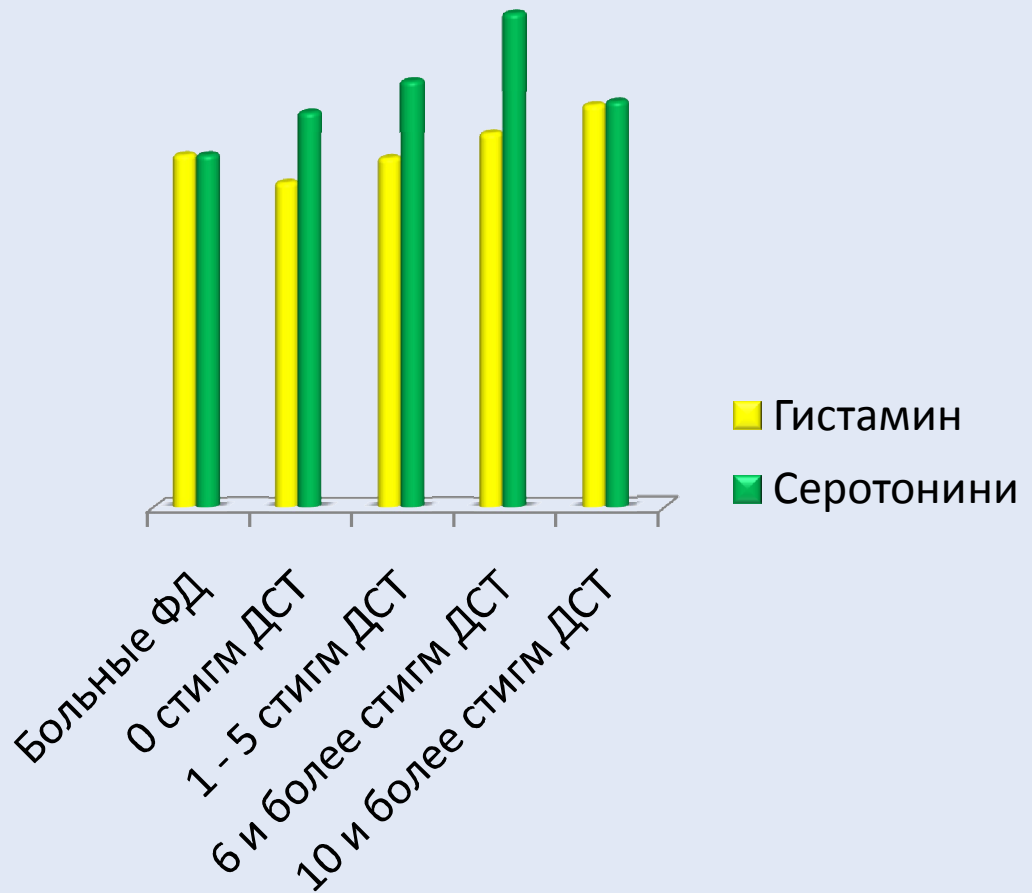
- $99,7 \pm 7,2$ нг/мл и $86,1 \pm 7,8$ нг/мл

(соотношение – $1,16 \pm 0,10$)
при наличии до 5 стигм;

- $106,4 \pm 10,4$ нг/мл и $99,0 \pm 9,7$ нг/мл
(соотношение - $1,07 \pm 0,09$)

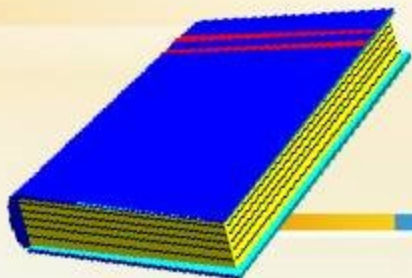
при наличии 6 и более стигм;

- $113,5 \pm 11,0$ нг/мл и $81,5 \pm 9,3$ нг/мл
(соотношение – $1,39 \pm 0,21$)
при наличии 10 и более стигм.



ВЫВОДЫ:

- Таким образом, наличие ДСТ у детей с ФД сочетается с постепенным нарастанием уровней нейротрансмиттеров в крови и усилением дисбаланса в их содержании вследствие повышения степени гипергистаминемии.
- Наиболее выраженное повышение уровня гистамина с выраженным дисбалансом в содержании нейротрансмиттеров отмечено при эпигастральном болевом синдроме, характеризовавшимся высокой частотой ДСТ.
- Следовательно, наличие ДСТ может обуславливать более тяжелое течение ФД в детском возрасте с высоким риском трансформации функциональных нарушений желудка в органическую патологию гастродуоденальной зоны.



*Благодарим
за
внимание!*

