



**FEATURES OF THE COURSE OF ABDOMINAL
SYNDROME IN CHILDREN WITH CONNECTIVE TISSUE
DYSPLASIA**

Sharipova M.K.

Department of Faculty Pediatrics, Tashkent State Medical University
<https://doi.org/10.5281/zenodo.19330952>

ARTICLE INFO

Received: 24th March 2026

Accepted: 29th March 2026

Online: 30th March 2026

KEYWORDS

Undifferentiated connective tissue dysplasia, children, ileocecal reflux disease.

ABSTRACT

The results of the study of ileocecal reflux disease in children occurring against the background of undifferentiated connective tissue dysplasia are presented. A more pronounced abdominal pain syndrome in the right iliac region over a prolonged period was identified in children of the main group, which was accompanied by phenotypic signs of connective tissue dysplasia. Inflammatory changes in the upper and lower parts of the gastrointestinal tract were detected. Ileocecal reflux disease was combined with various developmental anomalies, accompanied by persistent recurrent abdominal syndrome.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ
С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Шарипова М.К.

Кафедра факультетской педиатрии.

Ташкентский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19330952>

ARTICLE INFO

Received: 24th March 2026

Accepted: 29th March 2026

Online: 30th March 2026

KEYWORDS

Недифференцированная соединительнотканная дисплазия, дети, илеоцекальная рефлюксная болезнь.

ABSTRACT

Представлены результаты изучения илеоцекальной рефлюксной болезни у детей, протекающей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Выявлен более выраженный абдоминальный болевой синдром в правой подвздошной области в течении длительного времени у детей основной группы, которые сопровождалась фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани. Выявлены воспалительные изменения верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Илеоцекальная рефлюксная болезнь сочеталась с различными аномалиями развития сопровождающаяся постоянными рецидивирующим абдоминальным синдромом.



IF = 9.2

ВВЕДЕНИЕ:

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани — это гетерогенная группа заболеваний наследственной природы, патогенетическую основу которых составляют индивидуальный особенности генома: клиническая манифестация провоцируется действием повреждающих факторов внешней среды. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) служит основой формирования ряда хронических заболеваний, различных органов и систем органов и систем (1). Пищеварительная система желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является одной из «патогенезированных» систем нашего организма, неизбежно вовлекается в аутологический процесс при ДСТ. Патология органов пищеварения встречается более, чем 70% случаев. При ДСТ вовлекаются изменения длины и размеров органов пищеварения; мегаколон, долихосигма, что в последствии в значительной степени отражается на функциональной способности всего органа (3). При ДСТ чаще встречаются гипомоторные расстройства ЖКТ. Моторно-тонические нарушения пищеварительного тракта, слабость сфинктерного аппарата и как следствие, различные рефлюксы нередко определяют клиническую симптоматику со стороны органов пищеварения. Причинами рефлюксов у пациентов с ДСТ могут быть недостаточность клапанов или сфинктеров, как результат слабости их соединительно-тканых структур и изменение градиента давления в

полых органах (4). Так дисплазия верхнего отдела пищеварительного тракта отмечаются в 3.8%, толстой кишки – в 40.2% случаев, очень часто им сопутствуют функциональные нарушения (5). Одним из проявлений дисплазии соединительной ткани является первичная недостаточность баугниевой заслонки – одно из причин контаминации тонкого кишечника. Установлено, что больные с первичной недостаточностью баугниевой заслонки отмечаются обилием стигм дисморфогенеза соединительной ткани (6). Однако до настоящего времени остаются особенности течения илеоцекальной рефлюксной болезни на уровне дисплазии соединительной ткани у детей. Несмотря на высокую распространенность, особенности течения илеоцекальной рефлюксной болезни у детей с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани изучены недостаточно. Это и определило цель исследования.

Цель работы. Определить особенности течения абдоминального синдрома с илеоцекальной рефлюксной болезнью у детей с признаками дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы

В условиях городской детской клинической больницы №4 было обследовано 65 детей в возрасте от 6 до 14 лет с илеоцекальной рефлюксной болезнью.

Пациенты были разделены на две группы:



IF = 9.2

Основная группа — 43 ребёнка с признаками дисплазии соединительной ткани (пороговый уровень фенотипических признаков >4).

Группа сравнения — 22 ребёнка без признаков дисплазии соединительной ткани.

Всем детям проводилось клиничко-анамнестическое обследование, включающее опрос родителей и детей по специально составленным картам, где были отражены жалобы пациентов, их характер и продолжительность, а также наиболее часто встречающиеся признаки дисплазии соединительной ткани, лабораторные и инструментальные исследования (ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, гастродуоденоскопия, ирригоскопия кишечника)

Критериями включения являлись симптомы илеоцекального рефлюкса, подтвержденные данными клиничко-анамнестического обследования и инструментальной диагностики.

Для выявления фенотипических проявлений дисплазии оценивали: состояние осанки, тип телосложения, деформации грудной клетки, суставную гипермобильность, лицевые и костные аномалии.

Результаты и их обсуждение

У всех детей основной группы число признаков дисплазии соединительной ткани превышало 4. Наиболее часто встречались следующие: тонкая просвечивающаяся кожа, сколиотическая осанка,

воронкообразная деформация грудной клетки, уплощение стопы, тонкие кисти рук. В большинстве случаев выявлялись астеническое телосложение и пониженное питание, сочетающееся с мышечной гипотонией. Лицевые дисморфии проявлялись деформациями ушных мочек, нарушениями прикуса. Определялись искривления мизинца кистей рук, сандалевидная щель, между первым и вторым пальцами стопы, второй палец на стопе больше первого. Высокочувствительных признаков дисплазии соединительной ткани у детей с илеоцекальной рефлюксной болезнью не выявлено, что соответствует мнению авторов об отсутствующих универсальных механизмах повреждения соединительной ткани, которые бы формировали конкретный фенотип (7,8).

В клиничко-картине основного заболевания у пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани отмечалась различная симптоматика. Ведущим синдромом являлась абдоминальный болевой синдром (95%) у детей сановной группы по сравнению с группой сравнения (77% $p > 0.0032$). Боль была умеренной интенсивности в правой подвздошной области и/или справа от пупка, не связанная с приёмом пищи. Боли беспокоили на протяжении длительного времени. Боли беспокоили на протяжении длительного времени. При пальпаторном исследовании живота болезненность была максимально выражена у основной группы



IF = 9.2

больных, причём достоверно характерной локализацией болей в животе являлась правая подвздошная область. Достоверно чаще дети основной группы отмечали снижение аппетита. Среди диспептических проявлений отмечались тошнота и рвота, при этом частота этих симптомов не имела достоверных различий между группами. Кроме того, для пациентов с дисплазией соединительной ткани было характерно нарушение стула в виде запоров. Следует отметить высокую частоту жалоб астенического характера у пациентов основной группы в виде утомляемости и раздражительности.

На основании данных ультразвукового исследования выявлены изменения со стороны печени и поджелудочной железы в виде усиления сосудистого рисунка, увеличения этих органов. Изменения эхоструктуры не имеют достоверных различий между группами ($p < 0,05$).

При проведении гастродуоденоскопии выявлено, что среди пациентов с признаками ДСТ преобладает хронический поверхностный гастродуоденит, сочетающийся с дуоденогастральным рефлюксом, при этом тест на *H. pylori* чаще был положительным в основной группе. По результатам ирригографии илеоцекальный рефлюкс у пациентов с ДСТ достоверно чаще (59% $p < 0,05$) сочетался с различными аномалиями кишечника (долихосигма, колоноптоз)

Пациенты основной группы, несмотря на проведенную терапию,

чаще поступали на повторную госпитализацию по поводу рецидивирующего абдоминального синдрома – 21% против 6% из группы сравнения ($p < 0,05$).

Клинический случай

Пациент Б., 10 лет. Поступил в стационар с жалобами на рецидивирующие боли в животе по правой подвздошной области и вокруг пупка, периодические запоры, снижение аппетита и эпизоды тошноты в течение последних 10–12 месяцев. Болевой синдром не был связан с приемом пищи, усиливался при физической активности и нарушении режима питания. Родители отмечают эпизоды раздражительности и быструю утомляемость.

Анамнез жизни.

Раннее развитие без особенностей. Наследственность отягощена: у матери – пролапс митрального клапана, у бабушки – варикозная болезнь, у сестры – нарушение осанки. Перенес два эпизода кишечной инфекции. В анамнезе – частые ОРВИ и боль в животе после физических нагрузок.

Объективный статус.

Телосложение астенического типа, масса тела ниже возрастной нормы. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани: тонкая кожа, гипермобильность суставов (7 баллов по шкале Бейтона), плосковальгусные стопы, сколиотическая осанка, деформация грудной клетки по типу «впалая грудь». Лицевые признаки: нарушение прикуса, узкое небо.



IF = 9.2

Пальпация живота. Болезненность по ходу толстого кишечника и в правой подвздошной области, умеренное вздутие. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика усилена.

Инструментальные данные.

УЗИ органов брюшной полости: умеренное увеличение кишечных петель, усиление сосудистого рисунка, локальная патологическая подвижность слепой кишки.

Гастродуоденоскопия:

поверхностный гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс, гиперемия слизистой. Тест на *H. pylori* – положительный. Ирригография: илеоцекальный рефлюкс, долихосигма,

колоноптоз. Лабораторные исследования. Общий анализ крови – умеренная лейкоцитоз, биохимические показатели без специфических отклонений.

Копрограмма: признаки дисбиоза, мышечные волокна и растительная клетчатка. Диагноз: Илеоцекальная рефлюксная болезнь с хроническим рецидивирующим течением.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, средняя степень выраженности. Колоноптоз. Долихосигма. Дуодено-гастральный рефлюкс. Хронический гастродуоденит.

H. pylori – положительный. Лечение. Проведена антихеликобактерная терапия, прокинетики, спазмолитики, назначена диета, препараты нормализации моторики кишечника, рекомендации по режиму питания и физической активности, ортопедический режим и ЛФК.

Включена коррекция диспластических нарушений (витаминно-минеральный комплекс, магний, физиотерапия). Динамика. Через 3 месяца – уменьшение болевого синдрома, нормализация стула, снижение частоты жалоб на тошноту и вздутие. При контрольной ирригоскопии – сохраняющийся рефлюкс, но меньшей интенсивности.

Вывод.

Данный клинический пример демонстрирует связь дисплазии соединительной ткани с формированием илеоцекального рефлюкса и рецидивирующего абдоминального синдрома у детей. Своевременное выявление фенотипических признаков ДСТ позволяет улучшить диагностику и прогноз заболевания.

Заключение

Как показывают результаты проведённых исследований, у пациентов с илеоцекальной рефлюксной болезнью, протекающей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани, клинически отличаются более выраженный абдоминальный болевой синдром, преимущественно в правой подвздошной области, рецидивирующий на протяжении длительного времени. Характерным является нарушение стула, в частности склонность к запорам, а также выраженность жалоб астенического характера. Кроме того, выявлено, что пациенты с дисплазией соединительной ткани имели склонность к возникновению воспалительных изменений со стороны верхних отделов



IF = 9.2

пищеварительного тракта, основной группы чаще сочеталась с
обусловленных хеликобактерной различными аномалиями развития
инфекцией. Также илиоцекальная кишечника (долихосигма,
рефлюксная болезнь у пациентов колоноптоз)

References:

1. Пирназарова, Г. З. (2020). Частота встречаемости врожденных пороков сердца у детей по данным госпитализации. *European science*, (1 (50)), 63-65.
2. Тахирова, Р. Н., & Пирназарова, Г. З. (2019). Роль медикосоциальных и конституционно-фоновых факторов в формировании дыхательной недостаточности при осложненной пневмонии у детей раннего возраста. *Вопросы науки и образования*, (5 (50)), 200-205.
3. Тахирова, Р. Н., & Пирназарова, Г. З. (2018). Корректирующая терапия пневмонии у детей с сочетанным нефритом. *Academy*, (1 (28)), 82-84.
4. Пирназарова, Г. З., & Зокирова, А. М. (2024). Особенности клиники острой ревматической лихорадки у детей. *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 4(5-2), 181-184.
5. Даукш, И. А., Муратходжаева, А. В., & Пирназарова, Г. З. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. *«Гомельский государственный медицинский университет, 2018, 132.*
6. Шодманкулова, Д. Р., Пирназарова, Г. З., & Даукш, И. А. (2021). ВЛИЯНИЕ ЛЯМБЛИОЗА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ. In *Молодежь и медицинская наука* (pp. 409-412).
7. Пирназарова, Г. З., & Даукш, И. А. (2018). ГАСТРОПАТИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ. In *Молодёжь и медицинская наука* (pp. 338-339).
8. Тахирова, Р. Н., & Пирназарова, Г. З. (2017). МУКОВИСЦИДОЗ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ. *Альманах современной науки и образования*, (1).
9. Даукш, И. А., Муратходжаева, А. В., & Пирназарова, Г. З. (2015). Развитие неревматических миокардитов у детей дошкольного возраста на фоне респираторных заболеваний. *Educatio*, (3 (10)-5).
10. Тахирова Р. Н., Пирназарова Г. З. Роль медикосоциальных и конституционно-фоновых факторов в формировании дыхательной недостаточности при осложненной пневмонии у детей раннего возраста //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 5 (50). – С. 200-205.
11. Тахирова Р. Н., Икрамова Д. Т. Состояние функциональной активности фагоцитов при пневмонии на неблагоприятном фоне у детей //Academy. – 2018. – №. 3 (30). – С. 44-45.
12. Тахирова Р. Н., Пирназарова Г. З. Корректирующая терапия пневмонии у детей с сочетанным нефритом //Academy. – 2018. – №. 1 (28). – С. 82-84.