

Состояние органов пищеварения у детей с системными заболеваниями соединительной ткани

И.Д. Чижевская, Л.М. Беляева

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

The state of the digestive system in children with systemic connective tissue diseases

I.D. Chyzhevskaya, L.M. Belyaeva

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Цель исследования. Оценка распространенности патологии органов пищеварения у детей с системными заболеваниями соединительной ткани.

Характеристика детей и методы исследования. Проведено клинко-инструментальное обследование 108 детей с системными заболеваниями соединительной ткани, госпитализированных в ревматологическое отделение 4-й городской детской клинической больницы г. Минска в период с 2008 по 2015 г. Среди обследованных 60 детей страдали ювенильным идиопатическим артритом (средний возраст 12,3 [9,4; 15,6] года), 23 — ювенильной склеродермией (средний возраст 11,8 [9,7; 14,9] года) и 25 — системной красной волчанкой (средний возраст 13,1 [12,2; 16,3] года). Все пациенты длительно получали иммуносупрессивную и противовоспалительную терапию.

Результаты. У 75,9% пациентов имелись гастроэнтерологические жалобы: абдоминальные боли, тошнота, изжога. Эндоскопические изменения пищевода, желудка и/или двенадцатиперстной кишки выявлены у 69,4% больных. По результатам морфологического исследования воспалительный процесс легкой степени диагностирован у 43,5% пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, средней степени выраженности — у 29,6%, тяжелой степени — 3,7%. У 33 (55%) пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, у 11 (47,8%) с ювенильной склеродермией и у 12 (48%) с системной красной волчанкой обнаружено инфицирование слизистой оболочки *Helicobacter pylori*. Патологические изменения гепатобилиарной системы и поджелудочной железы диагностированы у 83,3% детей с системными заболеваниями соединительной ткани.

Заключение. Выявленные изменения указывают на вероятную связь патологии органов пищеварения у детей с системными заболеваниями соединительной ткани и обосновывают гастроэнтерологическое обследование пациентов данной категории.

Ключевые слова: дети, системные заболевания соединительной ткани, ювенильный идиопатический артрит, ювенильная склеродермия, системная красная волчанка, органы пищеварения.

Для цитирования: Чижевская И.Д., Беляева Л.М. Состояние органов пищеварения у детей с системными заболеваниями соединительной ткани. Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(1): 65–70. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-65-70

Purpose. To study the prevalence of the digestive system pathology in children with systemic connective tissue diseases.

Characteristics of children and research methods. We carried out a clinical and instrumental examination of 108 children with systemic connective tissue diseases hospitalized in the rheumatology department of the 4th City Children's Clinical Hospital in Minsk from 2008 to 2015. 60 patients suffered from juvenile idiopathic arthritis (mean age 12.3 [9.4; 15.6] years), 23 children suffered from juvenile scleroderma (mean age 11.8 [9.7; 14.9] years) and 25 children suffered from systemic lupus erythematosus (mean age 13.1 [12.2; 16.3] years). All patients received long-term immunosuppressive and anti-inflammatory therapy.

Results. 75.9% patients had gastroenterological complaints, such as abdominal pains, nausea, heartburn. 69.4% of patients had endoscopic changes in the esophagus, stomach, and/or duodenum. According to the results of the morphological study, 43.5% of patients with systemic connective tissue diseases had mild inflammatory process, 29.6% of patients had average inflammatory process, and 3.7% of patients had severe inflammatory process. Among the children examined, 33 (55%) patients with juvenile idiopathic arthritis, 12 (48%) children with systemic lupus erythematosus and 11 (47.8%) patients with juvenile scleroderma were infected with *Helicobacter pylori*. Pathological changes of the hepatobiliary system and pancreas were diagnosed in 83.3% of children with systemic connective tissue diseases.

Conclusion. The revealed changes indicate a probable connection between the pathology of the digestive organs in children with systemic connective tissue diseases and substantiate the gastroenterological examination of this category of patients.

Key words: children, systemic connective tissue diseases, juvenile idiopathic arthritis, juvenile scleroderma, systemic lupus erythematosus, digestive organs.

For citation: Chyzhevskaya I.D., Belyaeva L.M. The state of the digestive system in children with systemic connective tissue diseases. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2020; 65:(1): 65–70 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-65-70

© Коллектив авторов, 2019

Адрес для корреспонденции: Чижевская Ирина Дмитриевна — к.м.н., доц., зав. кафедрой педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования,

ORCID: 0000-0002-8565-3160

e-mail: chizhevskaja@mail.ru

Беляева Людмила Михайловна — д.м.н., проф. кафедры педиатрии Белорусской медицинской академии,

ORCID: 0000-0002-2557-0806

220118 Республика Беларусь, Минск, ул. Шишкина, д. 24

Системные заболевания соединительной ткани объединяют различные воспалительные и невоспалительные болезни суставов, околоуставных мягких тканей, мышц и костей, а также системное поражение соединительной ткани [1]. Основными представителями данной патологии в детском возрасте являются ювенильный идиопатический артрит, ювенильная склеродермия и системная красная волчанка. В клинической практике врач-специалист

сталкивается с проблемой не только своевременного назначения тщательно контролируемого лечения данных болезней, но и с коррекцией различной патологии, которая может развиваться одновременно с основным заболеванием или может быть следствием проводимой терапии. Нарушения в органах пищеварения нередко возникают у взрослых пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, причем развитие этих нарушений может быть следствием иммунного воспаления с распространенным поражением сосудов или результатом побочного действия противовоспалительной терапии, поскольку большинство лекарственных средств, используемых в ревматологической практике, могут отрицательно воздействовать на желудочно-кишечный тракт [2, 3].

Большинство лекарственных средств, используемых в ревматологии, в той или иной степени вызывают побочное действие на органы пищеварения. Самые частые побочные эффекты метотрексата — нарушения в органах пищеварения в виде болей в животе, тошноты, повышения активности печеночных трансаминаз, снижения уровня тромбоцитов и лейкоцитов. Глюкокортикоиды и нестероидные противовоспалительные лекарственные средства оказывают ulcerогенное действие, а последние и гепатотоксическое [2–4]. До настоящего времени точно не установлено, чем именно вызвано развитие патологии желудочно-кишечного тракта у этих пациентов — приемом лекарственных средств, инфекцией *Helicobacter pylori* или самим заболеванием. У детей данный аспект мало изучен, что обосновывает актуальность проведения настоящего исследования.

Цель исследования: установить распространенность патологии органов пищеварения у детей с системными заболеваниями соединительной ткани.

Характеристика детей и методы исследования

В исследование были включены 108 пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, госпитализированных в ревматологическое отделение 4-й городской детской клинической больницы г. Минска в период с 2008 по 2015 г. Исследование было одобрено локальными этическими комитетами Белорусской медицинской академии последипломного образования (протокол №7/1-3 от 27.03.2008) и 4-й городской детской клинической больницы г. Минска (протокол №4 от 10.04.2008). Среди обследованных 60 детей страдали ювенильным идиопатическим артритом (средний возраст 12,3 [9,4; 15,6] года), 23 — ювенильной склеродермией (средний возраст 11,8 [9,7; 14,9] года) и 25 — системной красной волчанкой (средний возраст 13,1 [12,2; 16,3] года); на момент включения в исследование продолжительность заболевания у детей составляла 2,3 [0,5; 4,5], 1,5 [0,9; 4,2] и 2,1 [1,4; 3,6] года соответственно. Отягощенная по ревматическим заболеваниям наследственность

отмечена у 14 (23,3%) детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 3 (13,1%) — с ювенильной склеродермией и у 4 (16%) — с системной красной волчанкой; по гастроэнтерологической патологии — у 23 (38,3%), у 5 (12,5%) и у 5 (21,7%) детей; по болезням системы кровообращения — у 5 (8,3%), у 2 (8,7%) и у 3 (12%) соответственно; по ожирению — у 2 (1,4%) детей с ювенильным идиопатическим артритом и у 2 (8%) — с системной красной волчанкой.

Все пациенты длительно получали противовоспалительную и иммуносупрессивную терапию. В группе детей с ювенильным идиопатическим артритом в качестве базисной иммуносупрессивной терапии 56 (93,3%) пациентов получали метотрексат, 2 (3,3%) — циклофосфамид, 2 (3,3%) — сульфасалазин; с противовоспалительной целью глюкокортикоиды внутрь в средней дозе 0,5 [0,3; 0,6] мг/кг/сут получали 42 (70%) ребенка и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — все 60 детей. В группе детей с ювенильной склеродермией в качестве базисной иммуносупрессивной терапии 14 (60,8%) пациентов получали метотрексат, 2 (8,7%) — циклофосфамид и 8 (34,7%) — D-пеницилламин, глюкокортикоиды внутрь в средней дозе 0,2 [0,1; 0,5] мг/кг/сут получали 7 (30,4%) детей, НПВП 9 (39,1%). В группе системной красной волчанки все 25 детей получали системные глюкокортикоиды: в дебюте заболевания в виде пульс-терапии в средней дозе 12,5 [12,5; 15] мг/кг на 1 введение, затем внутрь в средней дозе 0,75 [0,6; 0,75] мг/кг/сут. В качестве иммуносупрессивной терапии 5 (20%) пациентам этой группы назначали циклофосфамид, 16 (64%) — азатиоприн и 9 (36%) плаквенил.

Диагностику ювенильного идиопатического артрита осуществляли в соответствии с классификационными критериями Международной лиги ревматологических ассоциаций — International League of Associations for Rheumatology, далее ILAR (Durban, 1997; Эдмонтон, 2001) [5]. Диагностика ювенильной склеродермии была основана на классификации, разработанной рабочей группой по изучению ювенильного системного склероза и одобренной PRES, American College of Rheumatology (ACR) и Европейской лигой по борьбе с ревматизмом (EULAR) [6]. Диагноз системной красной волчанки устанавливался на основании критериев ACR (1997) [7].

Всем пациентам проводили общеклинические исследования, включавшие ультразвуковое исследование органов брюшной полости, биохимический анализ крови, копрологическое исследование. С целью изучения состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта выполняли эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка и морфологическим анализом биопсийного материала. При эндоскопической оценке учитывали характер и распространенность поражения слизистой обо-

лочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также оценивали наличие моторных нарушений [8]. Выраженность и активность воспаления в слизистой оболочке желудка оценивали согласно критериям модифицированной Сиднейской системы [9, 10]. С целью выявления *H. pylori* применяли окраску по Романовскому–Гимзе.

Статистическую обработку данных, полученных в результате исследований, проводили традиционными методами вариационной статистики с использованием программы Statsoft Statistica 8.0. Описание качественных признаков представлено в виде абсолютных (n) и относительных (%) частот, количественных – в виде медианы (Me) и границ интерквартильного отрезка с применением 25-го и 75-го процентилей. В целях проверки гипотезы о различиях в независимых группах применяли методы непараметрической статистики с использованием критерия Манна–Уитни (U-тест) для парного сравнения независимых групп по одному признаку и критерия Краскела–Уоллиса (H) для множественных сравнений. Оценку значимости различия частот наблюдений осуществляли на основе многопольных таблиц с расчетом дисперсии по критерию χ^2 с поправкой Йейтса.

Результаты и обсуждение

При исследовании состояния органов пищеварения у ряда пациентов установлены жалобы на диспепсические проявления, боли в животе, расстройства стула. Абдоминальные боли у пациентов всех 3 клинических групп носили эпизодический характер, чаще возникали после приемов пищи. Одинаково часто дети жаловались на тошноту, изжогу и дисфункции кишечника. Как правило, увеличение выраженности симптомов патологии желудочно-кишечного тракта отмечалось в весенний и осенний периоды года (табл. 1).

По результатам проведенной всем пациентам эзофагогастродуоденоскопии эндоскопические изменения пищевода, желудка и/или двенадцатиперстной кишки были выявлены у 75 (69,4%) больных. Изолированное поражение желудка в виде очаговой или диффузной эритемы и отека слизистой оболочки желудка обнаружено у 17 (15,7%) детей; изолированного поражения пищевода не отмечено ни в одном

случае. Сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки в виде гастродуоденита выявлено у 30 (27,7%) пациентов. Эрозивное поражение слизистой оболочки пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки диагностировано лишь в единичных случаях, а язвенное поражение не отмечено ни у одного пациента. Рефлюкс-эзофагит сочетался с гастродуоденитом у 19 (17,6%) детей, дуоденогастральный рефлюкс наблюдался у 9 (8,3%).

Эндоскопические изменения пищевода, желудка и/или двенадцатиперстной кишки (табл. 2) были выявлены у 40 (66,7%) пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, у 16 (69,5%) – с ювенильной склеродермией и у 19 (76%) – с системной красной волчанкой. Наиболее часто отмечалось сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки в виде гастродуоденита – у 15 (25%), 7 (30,4%) и 8 (32%) детей с нозологическими формами системного заболевания соединительной ткани соответственно. Сочетанное поражение пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено у 12 (20%), у 5 (21,7%) и у 6 (24%) детей соответственно; изолированное поражение желудка в виде очаговой или диффузной эритемы и отека слизистой оболочки желудка – у 10 (16,7%), у 3 (13,1%) и у 4 (16%) детей соответственно; эрозивное поражение слизистой оболочки пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки – у 4 (6,7%), у 2 (8,7%) и у 2 (8%) детей соответственно. Моторные нарушения в виде недостаточности кардии и/или дуоденогастрального рефлюкса выявлены у 15 (25%) детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 8 (34,7%) – с ювенильной склеродермией и у 5 (20%) – с системной красной волчанкой.

Эндоскопический и морфологический диагнозы у обследованных пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, ювенильной склеродермией и системной красной волчанкой совпали в 48 (80%), 19 (82,6%) и 21 (84%) случаев соответственно. В отсутствие макроскопических изменений у 9 (15%), 2 (8,7%) и 3 (12%) детей с системными заболеваниями соединительной ткани соответственно морфологически был установлен диагноз хронического гастрита. Это свидетельствует о том, что поражение желудочно-кишечного тракта при системных заболеваниях соединительной ткани встречается чаще, чем

Таблица 1. Распространенность симптомов поражения желудочно-кишечного тракта у детей с системными заболеваниями соединительной ткани

Table 1. The prevalence of symptoms of lesions of the gastrointestinal tract in children with systemic connective tissue diseases

Симптом	Дети с ЮИА, $n=60$	Дети с ЮС, $n=23$	Дети с СКВ, $n=25$
Тошнота	19 (31,7%)	7 (30,4%)	9 (36%)
Изжога	17 (28,3%)	5 (21,7%)	5 (20%)
Боль в животе	46 (76,7%)	17 (73,9%)	19 (76%)
Дисфункции кишечника	18 (30%)	6 (26,1%)	7 (28%)

Примечание. ЮИА – ювенильный идиопатический артрит; ЮС – ювенильная склеродермия; СКВ – системная красная волчанка.

диагностируется. Эндоскопический диагноз не был подтвержден гистологически у 3 (5%), 2 (8,7%) и 1 (4%) ребенка соответственно, что указывает на субъективность визуальной оценки изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и определяет необходимость морфологической верификации диагноза.

Гистологическая картина биоптатов пораженных участков слизистой оболочки желудка характеризовалась нарушением поверхностного микрорельефа слизистой оболочки и полиморфноядерной инфильтрацией базальной пластинки слизистой оболочки с большей или меньшей примесью нейтрофилов, свидетельствующей об активности хронического гастрита, а также мононуклеарной, преимущественно лимфоцитарной, инфильтрацией, служащей индикатором выраженности хронического воспалительного процесса. У одной пациентки были выявлены признаки кишечной метаплазии в желудке и у одной – атрофический процесс в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

По результатам морфологического исследования слизистой оболочки желудка признаки активности I степени отмечены у 32 (53,3%) детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 11 (47,8%) – с ювенильной склеродермией и у 13 (52%) – с системной красной волчанкой; признаки активности II степени – у 11 (18,3%), 4 (17,4%) и 7 (28%) детей соответственно. У 3 (5%) пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, у 1 (4,3%) – с ювенильной склеродермией и у 1 (4%) – с системной красной

волчанкой наблюдались признаки неактивного воспалительного процесса. Ни у одного пациента не отмечена III степень активности воспалительного процесса. При анализе показателей активности воспалительного процесса статистически значимых различий между группами не получено ($p>0,05$). В целом по данным морфологического исследования воспалительный процесс легкой степени выраженности был выявлен у 43,5% пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, средней степени выраженности – у 25% пациентов, а тяжелая степень выраженности встречалась в 3,7% случаях.

У 33 (55%) детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 11 (47,8%) – с ювенильной склеродермией и у 12 (48%) с системной красной волчанкой обнаружено инфицирование слизистой оболочки желудка *H. pylori* (табл. 3). Выраженность и активность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка у обследованных детей коррелировала со степенью контаминации *H. pylori* ($r_s=0,674$; $p=0,0021$ для активности и $r_s=0,754$; $p=0,0009$ для выраженности).

Таким образом, при эндоскопическом исследовании у детей с системными заболеваниями соединительной ткани были выявлены идентичные изменения: латентно текущий хронический воспалительный процесс в органах верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, нарушение моторики и тонуса сфинктеров этих органов. Морфологические данные биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружили сходство, при этом особенностей эндо-

Таблица 2. Структура патологии верхних отделов пищеварительного тракта у обследованных пациентов по данным эзофагогастродуоденоскопии

Table 2. The structure of the pathology of the upper digestive tract in the examined patients according to endoscopy data

Патология	Дети с ЮИА, n=60	Дети с ЮС, n=23	Дети с СКВ, n=25
Эзофагит с гастродуоденитом	12 (20%)	5 (21,7%)	6 (24%)
Гастродуоденит	15 (25%)	7 (30,4%)	8 (32%)
Гастрит	10 (16,7%)	3 (13,1%)	4 (16%)
Дуоденит	3 (5%)	1 (4,3%)	1 (4%)
Эрозии	4 (6,7%)	2 (8,7%)	2 (8%)
Недостаточность кардии	11 (18,3%)	5 (21,7%)	3 (12%)
Дуоденогастральный рефлюкс	4 (6,7%)	3 (13,1%)	2 (8%)

Примечание. ЮИА – ювенильный идиопатический артрит; ЮС – ювенильная склеродермия; СКВ – системная красная волчанка.

Таблица 3. Частота и степень обсемененности слизистой оболочки желудка *H. pylori* у обследованных детей

Table 3. The frequency and degree of contamination of the gastric mucosa of *H. pylori* in the examined children

Обсемененность/Степень	Дети с ЮИА, n=60	Дети с ЮС, n=23	Дети с СКВ, n=25
Слабая (+)	9 (15%)	2 (8,7%)	3 (12%)
Умеренная (++)	11 (18,3%)	4 (17,4%)	4 (16%)
Выраженная (+++)	13 (21,7%)	5 (21,7%)	5 (20%)
Не выявлено (–)	27 (45%)	12 (52,2%)	13 (52%)

Примечание. ЮИА – ювенильный идиопатический артрит; ЮС – ювенильная склеродермия; СКВ – системная красная волчанка

скопической и морфологической картины у обследованных больных по сравнению с изменениями, характерными для гастродуоденита и/или эзофагита у детей без системных заболеваний соединительной ткани, не выявлено.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у 90 (83,3%) пациентов были обнаружены патологические изменения различного характера (табл. 4). Изменения в гепатобилиарной системе и поджелудочной железе у 55 (91,7%) детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 14 (60,8%) — с ювенильной склеродермией и у 21 (84%) с системной красной волчанкой. У 15 (25%), 6 (26,1%) и 6 (24%) детей по группам соответственно выявлена дискинезия желчного пузыря; у 19 (31,7%), 7 (30,4%) и 9 (36%) детей в паренхиме печени обнаружены диффузные изменения в виде усиления сосудистого рисунка и повышенной эхогенности. Уплотнение стенок сосудов печени отмечено у 1 ребенка с ювенильным идиопатическим артритом и у 2 детей, страдающих ювенильной склеродермией; увеличение размеров печени — у 22 (36,7%) больных ювенильным идиопатическим артритом, у 4 (17,4%) — с ювенильной склеродермией и у 11 (44%) — с системной красной волчанкой.

В целях оценки нарушений функции печени у всех пациентов проведено исследование ряда показателей: концентрации в сыворотке крови общего билирубина, общего белка, тимоловой пробы, определение активности ряда ферментов. Лабораторные показатели у всех пациентов были в пределах референсных значений.

Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы по данным ультразвукового исследования выявлены у 18 (30%) больных ювенильным идиопатическим артритом, у 3 (13,1%) — с ювенильной склеродермией и у 8 (32%) — с системной красной волчанкой. При этом клинические признаки возможного поражения поджелудочной

железы не отмечены ни у одного из обследованных пациентов, а средние уровни амилазы в сыворотке крови составили по группам $19,17 \pm 1,06$, $18,24 \pm 1,15$ и $18,93 \pm 1,16$ г/ч соответственно, что не отличалось от показателей в контрольной группе.

Анатомо-физиологические особенности нейрогуморальной регуляции функции гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и желудка способствуют сочетанному их поражению. Сочетанная патология поджелудочной железы и гепатобилиарной системы отмечена у 66,7% детей с ювенильным идиопатическим артритом, у 47,8% — с ювенильной склеродермией и у 52% — с системной красной волчанкой (статистически значимых различий между показателями в группах не получено; $p > 0,05$). При корреляционном анализе не установлено зависимости между частотой поражения поджелудочной железы и частотой дисбактериоза кишечника у обследованных пациентов ($r_s = 0,179$; $p = 0,172$).

Заключение

Таким образом, в результате исследования функционального состояния пищеварительного тракта у детей с системными заболеваниями соединительной ткани выявлен ряд характерных особенностей. Установлено, что для 76,8% детей с системными заболеваниями соединительной ткани характерна патология различных органов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта с преобладанием комбинированных поражений слизистой оболочки отделов пищеварительного тракта в виде гастродуоденита или эзофагита с гастродуоденитом. Воспаление слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта при этом имеет легкую степень выраженности и низкую степень активности процесса.

У 48,1% детей с системными заболеваниями соединительной ткани гастрит не был ассоциирован с *H. pylori*, что свидетельствует о возможной связи воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка

Таблица 4. Структура патологических изменений гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у обследованных детей
Table 4. Structure of pathological changes of the hepatobiliary system and pancreas in the examined children

Патологические изменения	Дети с ЮИА, n=60	Дети с ЮС, n=23	Дети с СКВ, n=25	p
Дискинезия желчного пузыря	15 (25%)	6 (26,1%)	6 (24%)	0,807
Изменения в паренхиме поджелудочной железы	18 (30%)	3 (13,1%)	8 (32%)	0,145
Диффузные изменения в паренхиме печени	19 (31,7%)	7 (30,4%)	9 (36%)	0,887
Гепатомегалия	22 (36,7%)	4 (17,4%)	11 (44%)	0,123
Спленомегалия	20 (33,3%)	2 (8,7%)	4 (16%)	0,145
Сочетанные изменения поджелудочной железы и гепатобилиарной системы	40 (66,7%)	11 (47,8%)	13 (52%)	0,254
Всего с патологией	55 (91,7%)	14 (60,8%)	21 (84%)	0,327

Примечание. ЮИА — ювенильный идиопатический артрит; ЮС — ювенильная склеродермия; СКВ — системная красная волчанка.

с основным заболеванием и проводимой терапией. Гистоморфологические исследования биоптатов слизистой оболочки желудка не выявили качественных различий при ювенильном идиопатическом артрите, ювенильной склеродермии и системной красной волчанке, что подтверждает их патогенети-

ческую общность. Полученные данные обосновывают гастроэнтерологическое обследование и необходимость целенаправленного наблюдения за состоянием органов пищеварения у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Детская кардиология и ревматология. Практическое руководство. Под ред. Л.М. Беляевой. М.: Медицинское информационное агентство, 2011; 584. [Pediatric Cardiology and Rheumatology. Practical guide. L.M. Belyaeva (ed.). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2011; 584. (in Russ.)]
2. Руководство по детской ревматологии. Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой, Г.А. Лыскиной. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2011; 720. [Pediatric Rheumatology Guide. N.A. Geppe, N.S. Podchernyaeva, G.A. Lyskina (eds). Moscow: GOETAR-Media, 2011; 720. (in Russ.)]
3. Clements P.J. Assessment of gastrointestinal involvement. Clin Exp Rheumatol 2003; 21(3): 15–18.
4. Ntoumazio S.K. Esophageal involvement in scleroderma: gastroesophageal reflux, the common problem. Semin Arthritis Rheum 2006; 36(3): 173–181.
5. Petty R.E. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. J Rheumatol 2004; 31(2): 390–392.
6. Zulian F., Martini G. Childhood systemic sclerosis. Curr Opin Rheumatol 2007; 19(6): 592–597.
7. Yu C., Gershwin M.E., Chang C. Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: A critical review. J Autoimmun 2014; 48(49): 10–13. DOI: 10.1016/j.jaut.2014.01.004
8. Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А.И., Аверьянова Ю.В., Алхасов А.Б., Ашманов К.Ю. и др. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Москва, 2017; 535. [Bel'mer S.V., Razumovskij A.Yu., Havkin A.I., Aver'janova Yu.V., Alhasov A.B., Ashmanov K.Yu. et al. Diseases of the stomach and duodenum. Moscow, 2017; 535. (in Russ.)]
9. Аруин Л.И., Кононов А.В., Мозговой С.И. Международная классификация хронического гастрита: что следует принять и что вызывает сомнения. Архив патологии 2009; 71(4): 11–17. [Aruin L.I., Kononov A.V., Mozgovoy S.I. International classification of chronic gastritis: what to take and what is in doubt. Arhiv patologii 2009; 71(4): 11–17. (in Russ.)]
10. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. International Workshop on the Histopathology of gastritis, Houston 1994. Am J Surg Pathol 1996; 20(10): 1161–1181.

Поступила: 13.05.19

Received on: 2019.05.13

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.