

Гусарова С.В.¹, Беляева А.А.¹, Хосомоева С.С.²

Научный руководитель: засл. врач РФ, д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

¹Псковский государственный университет, медицинский факультет, Псков, ²НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

Аннотация

Проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) является одной из актуальных и вместе с тем спорных и недостаточно изученных проблем педиатрии и терапии.

Изучены внешние и внутренние фены недифференцированной ДСТ у 158 детей (НДСТ); выявлены наиболее характерные дизморфии, высокий удельный вес малых аномалий развития сердца.

Цель: изучить выраженность внешних и внутренних маркеров соединительнотканной дисплазии у детей.

Введение

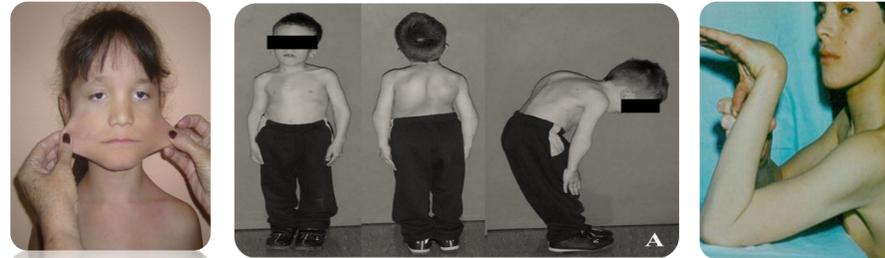
В последние десятилетия увеличивается число детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), что связывают не только с неблагоприятными воздействиями на плод в фетальном периоде развития, но и экологическим неблагополучием, инфекционными заболеваниями, неадекватным питанием, витаминной и минеральной недостаточностью, стрессами.

Таблица 1. Характеристика клинических маркеров НДСТ у родственников детей обследованных групп (%)

Факторы риска ДСТ	Основная группа n=108	Контрольная группа n=50	p
Астенический тип конституции	47,2	28,0	<0,02
Нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие	57,1	22,0	<0,02
Челюстно-лицевые дизморфии	71,3	28,0	<0,01
Заболевания сердечно-сосудистой системы, из них:	64,3	22,0	<0,02
МАРС	30,4	12,0	<0,01
НЦД, СВД	40,2	18,0	<0,01
Заболевания пищеварительной системы	42,4	16,0	<0,03
Болезни почек и мочевыводящих путей, в том числе:	14,8	6,0	<0,05
нефроптоз	4,1	-	
Геморрагический синдром (носовые кровотечения, кровоточивость десен)	15,3	4,0	<0,05
Миопия, астигматизм	29,6	12,0	<0,05
Частые респираторные заболевания (более 5 раз в год)	32,3	-	

Методы и материалы

Обследовано 158 детей от 4-х до 11-ти лет. Основную группу составили 108 детей с различными проявлениями НДСТ. Контрольная группа включала 50 детей без признаков НДСТ, аналогичного возраста, I-II групп здоровья. Синдром соединительнотканной дисплазии констатировали при наличии шести и более внешних признаков ДСТ, вовлечении не менее 2–3 различных органов, факта семейного накопления признаков ДСТ.



Результаты и обсуждение

Изучение анамнестических данных выявило наличие фенотипических признаков ДСТ в семьях большинства детей основной группы. Отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, болезням пищеварительного тракта регистрировалась в 2,5 раза чаще в основной группе (табл. 1). Наиболее часто у детей основной группы встречалась комбинация следующих систем: кожа, опорно-двигательная, сердечно-сосудистая и пищеварительная системы - у 43,5% детей и орган зрения, опорно-двигательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная системы – у 40,7% (рис.1). У 29,6% пациентов с ДСТ регистрировались нарушения ритма сердца и проводимости. Малые аномалии развития сердца (МАРС) диагностированы в виде ПМК у 32,04%, эктопических хорд левого желудочка - у 19,4%. Жалобы на периодические боли в животе предъявляли 40,7% детей основной группы, у 2/3 из них подтверждены дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей. В клинике детей основной группы лидировали признаки вегетативной дисфункции (у 80,6%) и отдаленные последствия постгипоксической энцефалопатии (55,6%). Дисбактериоз кишечника имел место у 22,2%. Среди признаков НДСТ часто встречались челюстно-лицевые дизморфии.(рис.2).



Заключение

Клинический полиморфизм недифференцированной ДСТ у детей проявляется дизморфиями челюстно-лицевой области, патологией опорно-двигательного аппарата. У половины из них определяются 4 и более висцеральных признаков дисплазии, наиболее часто встречается поражение опорно-двигательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной системы, кожно-мышечный синдром и поражение органа зрения. Для повышения эффективности профилактики развития жизнеугрожающих состояний, частых обострений и развития осложнений, целесообразно в комплекс реабилитационных мероприятий включить обследование у ортопеда, кардиолога, невролога.

Библиографический список

1. Земцовский, Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. «Карфаген должен быть разрушен»? / Э.В. Земцовский // Кардиоваск. тер. и проф. – 2008. – №6. – С. 73-76.
2. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб.: Элби-СПб, 2009. – 704 с.
3. Утц, И.А. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей / И.А. Утц, Е.Н. Городкова // Педиатрия. – 2008. – №2. – С. 117-119.
4. Bosdure, E. The effects of tobacco on children / E. Bosdure, J.C. Dubus // Rev. Mal. Respir. – 2006. – Vol.23, №6. – P. 694-704.
5. Бугаева И. В. Клинико-функциональное значение дисплазии соединительной ткани и ее влияние на течение заболеваний, вызванных воздействием факторов внешней среды : автореф. дис... д-ра мед. наук / И. В. Бугаева. – Тюмень : Тюмен. гос. мед. акад., 2010. – 39 с.
6. Grahame R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – N 14. – P. 345-361.
7. Нечаева, Г. И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г. И. Нечаева, В. М. Яковлев, В. П. Конев [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 22-28.
8. Верещагина Г. Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению: методическое пособие для врачей / Г. Н. Верещагина. – Новосибирск : НГМУ, 2008. – 37 с.

Контакты:

Гусарова С.В. Беляева А.А.

Псковский государственный университет Email:svetlana.gusarova667@gmail.com