

УДК 616.248-036-018.2-007.17-053.6-07(045)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Сидорович О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Нестеренко О.В.*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, e-mail: oksana-sidorovich@yandex.ru*

Проведен анализ взаимосвязи между степенью тяжести бронхиальной астмы (БА) и недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), а также отдельных фенотипических признаков дисплазии. Особенности течения бронхиальной астмы исследовались в двух группах детей. Первую группу составили дети с бронхиальной астмой на фоне НДСТ, вторую – дети без НДСТ. Проявления НДСТ оценивались на основании клинического осмотра, антропометрического, а также инструментального обследования (рентгенография, ультразвуковое исследование). Выявлялись внешние (со стороны скелета, суставов, кожи, зубов, мышечной системы) и внутренние (со стороны внутренних органов – пролапсы,птозы, аномалии развития) признаки НДСТ. Анализ показал, что в пубертатном возрасте у детей БА на фоне НДСТ значительно чаще протекает в более тяжелой форме. Выраженные костно-скелетные проявления НДСТ коррелируют с более тяжелым течением БА, чем в тех случаях, когда основные признаки НДСТ представлены кожными и суставными проявлениями.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, дети пубертатного возраста, бронхиальная астма

PECULARITIES OF BRONCHIAL ASTHMA OF PUBERTY AGE CHILDREN WITH CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

Sidirovich O.V., Elizarova S.Y., Nesterenko O.V.*Saratov State Medical University named after V. Razumovsky Ministry of Public Health of Russia, Faculty Pediatrics Department, Saratov, e-mail: oksana-sidorovich@yandex.ru*

The analysis that has been carried out is one of the relationship between the severity of asthma and undifferentiated conjunctive tissue dysplasia (UCTD), as well as some phenotypic features of dysplasia. Peculiarities of bronchial asthma were studied within two groups of children. The first group was comprised of children with bronchial asthma and USTD, the second – of children without USTD. USTD manifestations were estimated by means of clinical examination, anthropometric and instrumental examination (X-ray, ultrasound). External (of the skeleton, joints, skin, teeth, muscular system) and internal (of the internal organs: prolapse, ptosis, abnormal development) symptoms of USTD were studied. The analysis has shown that puberty age children with USTD suffer more severe forms of asthma. High-grade osteo-skeletal USTD manifestations correlate with more severe bronchial asthma than in the cases when USTD is expressed mainly in cutaneous and articular manifestations.

Keywords: undifferentiated conjunctive tissue dysplasia, puberty age children, bronchial asthma

В настоящее время, согласно последних эпидемиологических исследований, лишь 16% выпускников средней школы могут считаться абсолютно здоровыми, у 35–40% из них имеются хронические заболевания и у 45–50% – морфофункциональные отклонения [9, 11].

В рамках сохранения здоровья детей существенное значение имеет течение пубертатного возраста. Важно отметить, что дети с наличием недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) являются группой повышенного риска развития различных заболеваний в пубертатном возрасте [4, 8]. Это связано с тем, что наличие НДСТ само по себе может служить основой ряда патологических состояний, а в период пубертата этот риск может многократно усиливаться. Однако вероятность развития и особенности течения различных соматических заболеваний у детей с наличием НДСТ в пубертатном возрасте до настоящего времени изучены недостаточно [5].

Целью исследования: изучение особенностей течения бронхиальной астмы у детей пубертатного возраста на фоне НДСТ, выявление взаимосвязи между отдельными фенотипическими признаками и степенью тяжести бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования

Особенности течения бронхиальной астмы анализировались в двух группах детей. Первую, основную, группу в количестве 32 человек составили дети при сочетании БА с НДСТ. Во вторую, контрольную, группу вошли 28 детей пубертатного возраста с изолированным течением БА. Проявления НДСТ оценивались на основании клинического осмотра, антропометрического, а также инструментального обследования (рентгенография, ультразвуковое исследование). Выявлялись внешние (со стороны скелета, суставов, кожи, зубов, мышечной системы) и внутренние (со стороны внутренних органов – пролапсы,птозы, аномалии развития) признаки (стигмы) НДСТ [10].

Во всех случаях БА впервые выявлена в возрасте 11–15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показывает, что в пубертатном возрасте у детей БА на фоне НДСТ значительно чаще протекает в более тяжелой форме. Так, в контрольной группе легкое течение БА зарегистрировано в 21,4% случаев, в контрольной группе – у 9,3% детей (различия статистически значимы, $p < 0,05$). В основной группе на фоне снижения легких форм БА наблюдался значительный рост ее тяжелого течения. У детей с отсутствием НДСТ тяжелая форма БА зарегистрирована в 32,2% случаев, при наличии НДСТ – у 44,1% обследованных детей ($p < 0,05$). Различий по частоте встречаемости БА средне-тяжелого течения в анализируемых группах не обнаруживалось [7].

Данные убедительно свидетельствуют о том, что наличие НДСТ у детей пубертатного возраста неблагоприятно сказывается на клиническом течении БА. Так, количество обострений БА у детей с наличием НДСТ значительно выше, чем при ее отсутствии. В основной группе (больные БА в сочетании с НДСТ) при легкой форме БА количество обострений составило $2,7 \pm 0,3$ раза в год, при средне-тяжелом течении – $4,3 \pm 0,4$ раз в год и при тяжелой форме заболевания – $8,8 \pm 0,6$ раз в год. В контрольной группе (дети с изолированным течением БА) количество обострений выражалось величинами $1,2 \pm 0,2$, $2,4 \pm 0,5$ и $5,4 \pm 0,4$ раз/год соответственно (различия с основной группой статистически значимы, $p < 0,05$). Длительность обострений БА на фоне НДСТ также оказывалась достоверно выше у детей основной группы.

Пиковая скорость выдоха, объективно отражающая тяжесть течения БА, была достоверно ниже на фоне НДСТ. В основной группе при тяжелом течении БА она составила $59,1 \pm 0,4\%$, в контрольной группе – $68,1\%$ от возрастной нормы (различия статистически значимы, $p < 0,05$) [3,6].

Интересные результаты были получены при анализе взаимосвязи между отдельными фенотипическими признаками НДСТ и выраженностью клинических проявлений. Анализ данных показывает, что большинство показателей, отражающих тяжесть клинического течения БА, находились в тесной корреляционной зависимости с костно-скелетными проявлениями НДСТ. Так, величина корреляционной зависимости между частотой встречаемости костно-скелетных проявлений НДСТ и количеством обострений БА составила 0,67 ($p < 0,05$), длительностью обострений – 0,71 ($p < 0,05$), выраженностью хрипов – 0,61 ($p < 0,05$), пиковой скоростью выдоха – 0,58 ($p < 0,05$) [2].

Таким образом, при развитии БА у детей пубертатного возраста, на фоне выраженных костно-скелетных проявлений НДСТ следует ожидать, что она будет протекать в более тяжелой форме, чем в тех случаях, когда основные признаки НДСТ представлены кожными и суставными проявлениями [1]. Данное положение в полной мере подтверждают представленные в таблице 1 результаты изучения встречаемости отдельных фенотипических признаков НДСТ с учетом тяжести БА. Как следует из таблицы, с увеличением тяжести БА частота встречаемости костно-скелетных проявлений НДСТ у детей пубертатного возраста возрастает практически пропорционально.

Частота встречаемости различных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани с учетом тяжести течения бронхиальной астмы

Фенотипические признаки НДСТ	Частота встречаемости с учетом тяжести бронхиальной астмы		
	Легкое течение	Средне-тяжелое течение	Тяжелое течение
Астенический тип конституции	43,2	51,4	60,2
Потеря нормальной осанки	18,4	26,7	37,4
Сколиоз позвоночника	26,3	31,7	43,8
Прямая спина	16,7	31,6	40,4
Килевидная деформация грудной клетки	28,4	34,6	42,6
Воронкообразная деформация грудной клетки	36,4	48,3	56,2
Арахнодактилия	36,3	18,2	26,8
Плоскостопие			
Высокое арковидное небо	16,3	21,7	8,2
Гипермобильный суставной синдром	51,6	28,3	31,4
Повышенная растяжимость кожи	31,2	21,6	18,7
Множественные пигментные пятна на коже	2,7	6,1	5,8
Положительный синдром «запястья»	37,3	43,2	26,8
Положительный синдром «большого пальца»	43,1	31,8	52,6
Миопия	36,4	32,8	28,6

Так, при легком течении БА сколиоз позвоночника зарегистрирован в 26,3% случаев, при средне-тяжелой форме – у 31,7% детей, а на фоне тяжелого течения – в 43,8% случаев. Килевидная деформация грудной клетки отмечена у 28,4% детей при легком течении БА и в 42,2% случаев – при тяжелом течении заболевания. Воронкообразная деформация грудной клетки наблюдалась при легкой форме БА в 36,4% случаев, при тяжелой – у 56,2% детей.

Положительный синдром «запястья» наблюдался при легкой форме БА в 37,3% случаев, при тяжелой форме – у 26,8% больных.

Заключение

Суммируя полученные данные, можно сделать заключение, что в пубертатном возрасте у детей с наличием НДСТ бронхиальная астма протекает в более тяжелой форме, чем при отсутствии НДСТ. У детей с наличием НДСТ обнаруживалось более тяжелое течение БА в тех случаях, когда среди фенотипических признаков преобладали скелетные проявления (выраженный астенический тип телосложения, гипермобильность суставов, сколиоз позвоночника).

Список литературы

1. Беляева О.В. Синдром системной дисплазии соединительной ткани у детей с бронхолегочной патологией / О.В. Беляева, О.И. Вишневская // Вестник РГМУ. – 2005. – № 3(42) – С. 121.
2. Больбот Ю.К. Характер нарушений метаболизма коллагена при рецидивирующем бронхите у детей с проявлениями системной дисплазии соединительной ткани / Ю.К. Больбот, В.В. Баклунов // Таврич. медикобиологич. вестн. – 2006. – Т.2. – С. 103.
3. Вершинина М.В. Морфофункциональная характеристика бронхолегочной системы при дисплазии соединительной ткани // Казанский мед. журнал. – 2007. – № 5 (прил.) – С. 56–61.
4. Демин В.Ф. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста / В.Ф. Демин, С.О. Ключников, М.А. Ключникова // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 1. – С. 50–56.
5. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста / К.Ю. Николаев, Э.А. Отева, А.А. Николаева и др. // Педиатрия. – 2006. – № 2. – С. 89–91.
6. Друк И.В. Бронхиальная астма, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани: особенности течения заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2004. – 23 с.
7. Куликов А.М. Роль семейного врача в охране здоровья подростка. Дисплазия соединительной ткани у подростков и ее распознавание / А.М. Куликов, В.П. Медведев // Росс. семейный врач. – 2000. – № 4. – С. 37–51.
8. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями / Г.И. Нечаева, И.А. Викторова, И.В. Друк // Врач. – 2006. – № 1. – С. 19–23.
9. Шиляев Р.Р. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых / Р.Р. Шиляев, С.Н. Шальнова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 5. – С. 61–67.
10. Фомина (Аббакумова), Л.Н. Клинические формы соединительнотканной дисплазии у детей. – Петрозаводск: Изд-во Петр.ГУ, 2000. – 60 с.
11. Adolescents' perceptions of interpersonal communication, respect, and concern for privacy in an urban tertiary-care pediatric emergency department / K.A. Rutherford, R.D. Pitetti, N.S. Zuckerbraun // Pediatr. Emerg. Care. – 2010. – Vol. 26, № 4. – P. 257–273.