

В. В. Дмитрачков

**ВНЕШНИЕ И ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,
СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ФОНЕ
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Изучена частота встречаемости внешних и висцеральных фенов дисплазии соединительной ткани и степень ее выраженности у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом на фоне atopического дерматита и у детей с хроническим гастродуоденитом без atopии. Отмечена высокая частота внешних признаков дисплазии у пациентов группы наблюдения, а у детей с хроническим гастродуоденитом - висцеральных фенов дисплазии. Имеется прямая зависимость между степенью ее выраженности и тяжестью течения соматической патологии. Выявленные особенности позволяют предположить возможность использования определения степени дисплазии как одного из предикторов тяжести течения соматической патологии.

***Ключевые слова:** соединительная ткань, дисплазия, дети, подростки, atopический дерматит, хронический гастродуоденит, дисморфии, внешние феновы, висцеральные феновы.*

V.V. Dmitratchkov

External and visceral phenos of non-differentiated dysplasia connective tissue in children and teenagers suffered from gastroduodenitis with atopy has been studied

Frequency of external and vesceral phenos of dysplasia connective tissue and degree of it in children's and teenagers' bodies with chronic gastroduodenitis without atopy has been studied. High frequency of external signs of dysplasia has been noticed for pacients from group of observation, and

for children with chronic gastroduodenitis - visceral phenos of dysplasia. There is direct dependence between degree of it and weight of somatic pathology. This foundations let us suppose to use detamination weight degree of dysplasia as future weight of somatic pathology.

Key words: *connective tissue, dysplasia, children, teenager, chronic gastroduodenitis, atopic dermatitis, dysplastic connective tissue, non-differentiated dysplastic connective tissue syndrome, external phenos, visceral phenos*

В настоящее время под термином «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ) понимают аномалию тканевой структуры, в основе которой лежит снижение содержания отдельных видов коллагена и/или нарушение их соотношения, приводящее к снижению прочности соединительной ткани (СТ) и расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях, которое сопровождается различными морфофункциональными нарушениями висцеральных и локомоторных систем с прогрессивным течением [2]. Выделяют две группы ДСТ: дифференцированные (синдром Марфана, Элерса-Данлоса, и др.), имеющие определенный тип наследования и четко очерченную симптоматику [2] и недифференцированные, которые определяют как самостоятельный синдром ДСТ полигенно-мультифакториальной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками с диспластическими изменениями СТ и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов [1]. Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес врачей-практиков в связи с увеличением выявляемости данной патологии [4].

Цель исследования: изучение частоты встречаемости внешних (ВнФД) и висцеральных фенов дисплазии соединительной ткани (ВиФД) и степени ее выраженности у детей и подростков, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД) на фоне atopического

дерматита (АтД) и у детей с ХГД без атопии, а также выявление возможной взаимосвязи между тяжестью течения соматической патологии и степенью выраженности ДСТ.

Материал и методы.

Группа наблюдения была представлена 70 детьми и подростками с ХГД на фоне АтД в возрасте от 7 до 17 лет (гр. 1). Группа условного контроля составила 70 детей с ХГД без аллергических заболеваний (гр. 2). Контрольная группа (гр.3) была представлена практически здоровыми детьми I и II групп здоровья – 40 человек, по возрасту (7 – 17 лет) и полу контрольная группа была сопоставима с гр. 1 и гр.2. Комплексную оценку внешних фенотипических маркёров ДСТ проводили соматоскопическим и морфометрическим методами. Наличие синдрома генерализованной гипермобильности суставов (СГГС) определяли по критериям Картера и Вилкинсона в модификации Бейтона [6]. В группах проводилось лабораторное и инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ сердца и органов брюшной полости, по показаниям – ФГДС, осмотры окулиста и хирурга-ортопеда). Для проведения скрининг - диагностики ДСТ использована схема Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашева [3]. Для оценки степени выраженности ДСТ применялся метод оценки значимости признаков ДСТ Фоминой Л. Н. (2001) [5]. Статистический анализ проводился на ЭВМ Athlon 64 3200+, операционная система WINDOWS XP; программы: MS Word, статистических программ Excel; «Статистика 6.0». Достоверность оценивалась по t-критерию Стьюдента для независимых выборок.

Результаты и обсуждение

Частота выявления признаков ДСТ была достаточно велика как среди детей гр. 1 и 2 – $81,4 \pm 7,23\%$ и $78,6 \pm 4,9\%$, так и среди здоровых детей – $62,5 \pm 7,65\%$ (Рис.1). В гр. 1 преобладали ВнФД – $72,9 \pm 5,89\%$ против $62,9 \pm 6,51\%$ у детей гр. 2, тогда как у детей с ХГД по сравнению с гр. 1 чаще отмечались ВиФД – $58,6 \pm 6,64\%$ против $40 \pm 6,49\%$ случаев в гр. 1 ($p < 0,05$) (Рис.1).

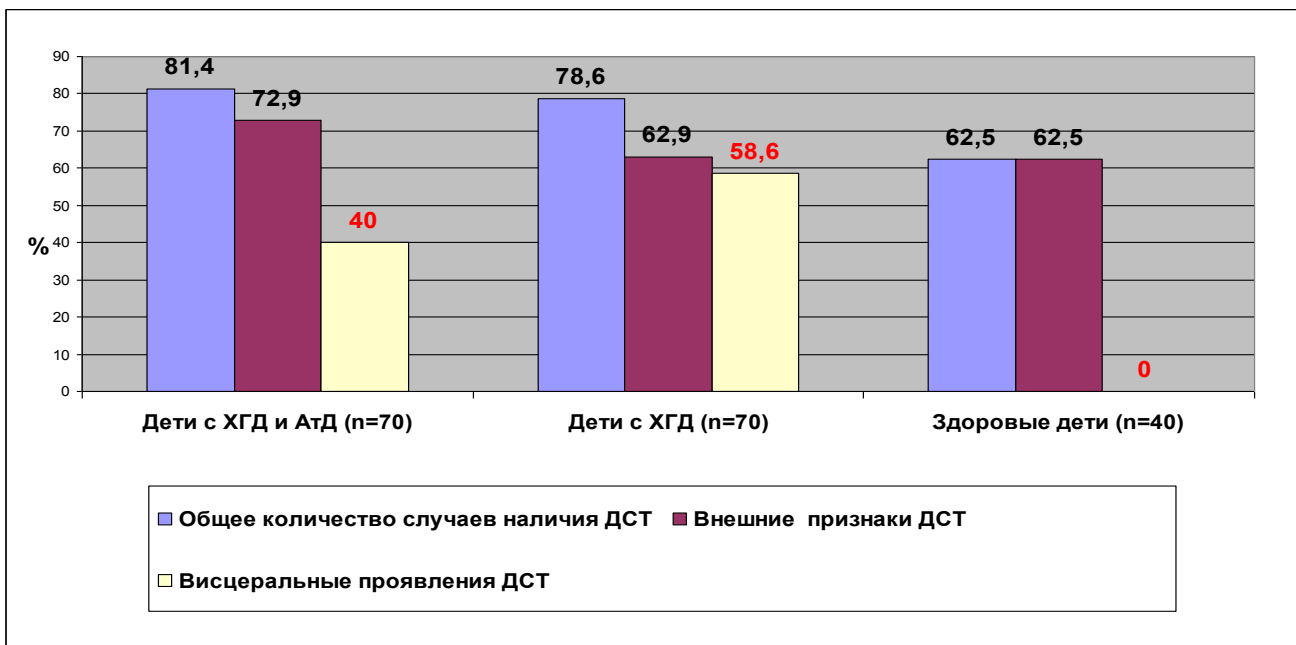


Рис.1 Частота выявления признаков ДСТ среди детей и подростков из групп наблюдения и контроля (в % к n)

В гр.1 и гр.2 чаще встречались признаки дисплазии костно-суставной системы: $67,1 \pm 5,62\%$ и $58,6 \pm 5,89\%$ против $27,5 \pm 7,06\%$ в гр. 3, ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$) – нарушение осанки (сколиоз, сколиотическая осанка, кифоз, лордоз), плоскостопие, СГГС. Признаки ДСТ кожи и ее дериватов встречались в гр. 1 и 2 с частотой $41,4 \pm 5,89\%$ и $34,3 \pm 5,67\%$ случаев (Рис.2).

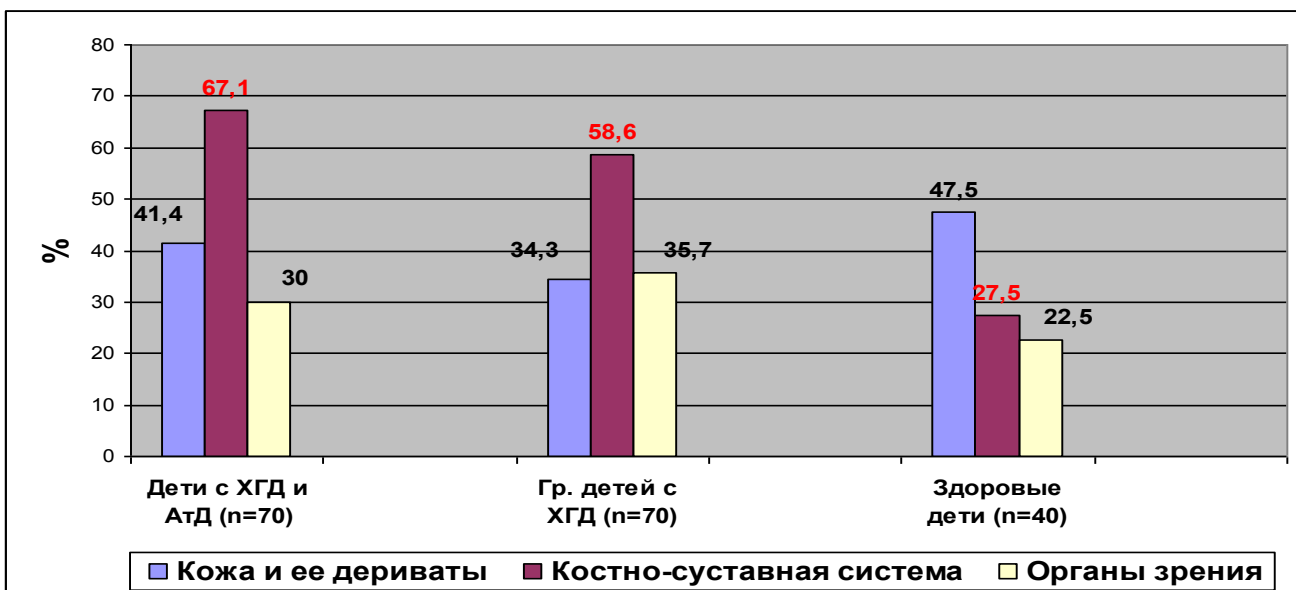


Рис. 2 Характер распределения внешних фенотипов ДСТ в группах наблюдения и контроля (в % к n)

Количество детей, которые имели 6 и более внешних малых аномалий развития СТ (МАР), в гр. 1 ($28,6 \pm 5,4\%$) было больше ($p < 0,01$), чем в гр. 3 ($10 \pm 4,74\%$). Их среднее число на одного ребенка с ДСТ во всех трех группах было одинаково и составило 4,61 в гр. 1, в гр. 2 – 4,02 и 4,44 в гр. 3. Однако общее число МАР КСС, кожи и ее дериватов в гр. 1 было выше в два раза, чем у здоровых детей ($p < 0,05$) (Рис.3).

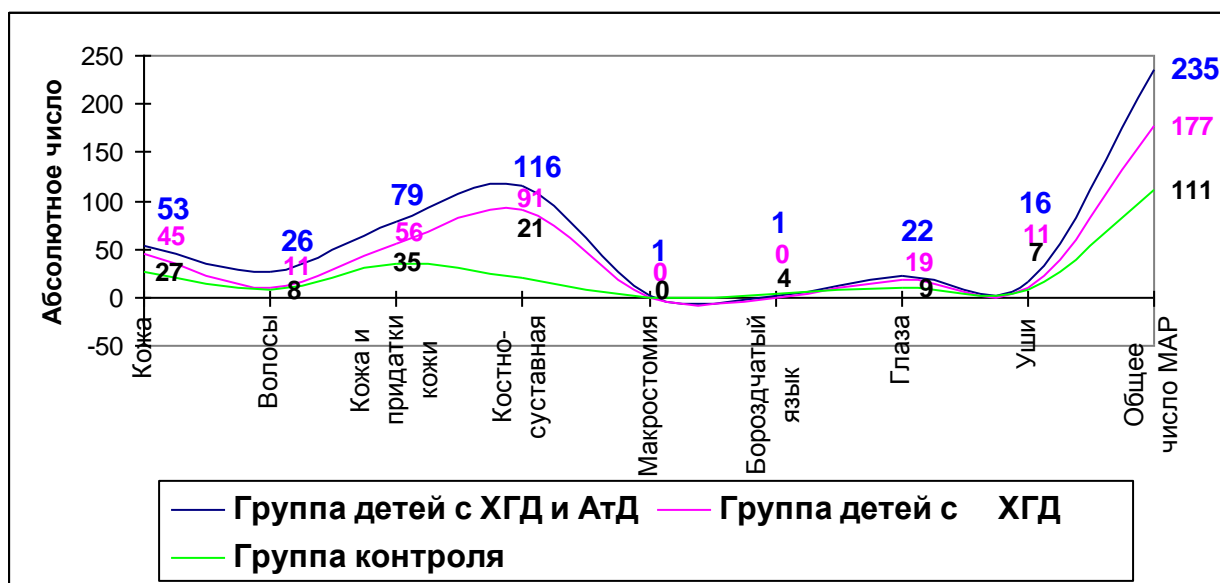


Рис. 3 Общее число МАР в группах наблюдения и контроля

Общее число, количество главных и второстепенных признаков ДСТ (по Т. Милковска-Дмитровой (1985) [3]) повышалось у детей и подростков в гр. 1 по сравнению с детьми с ХГД и со здоровыми детьми – так, если общее число признаков ДСТ у здоровых детей составило только 23, то у детей в гр. 1 уже 116 (рис.4).

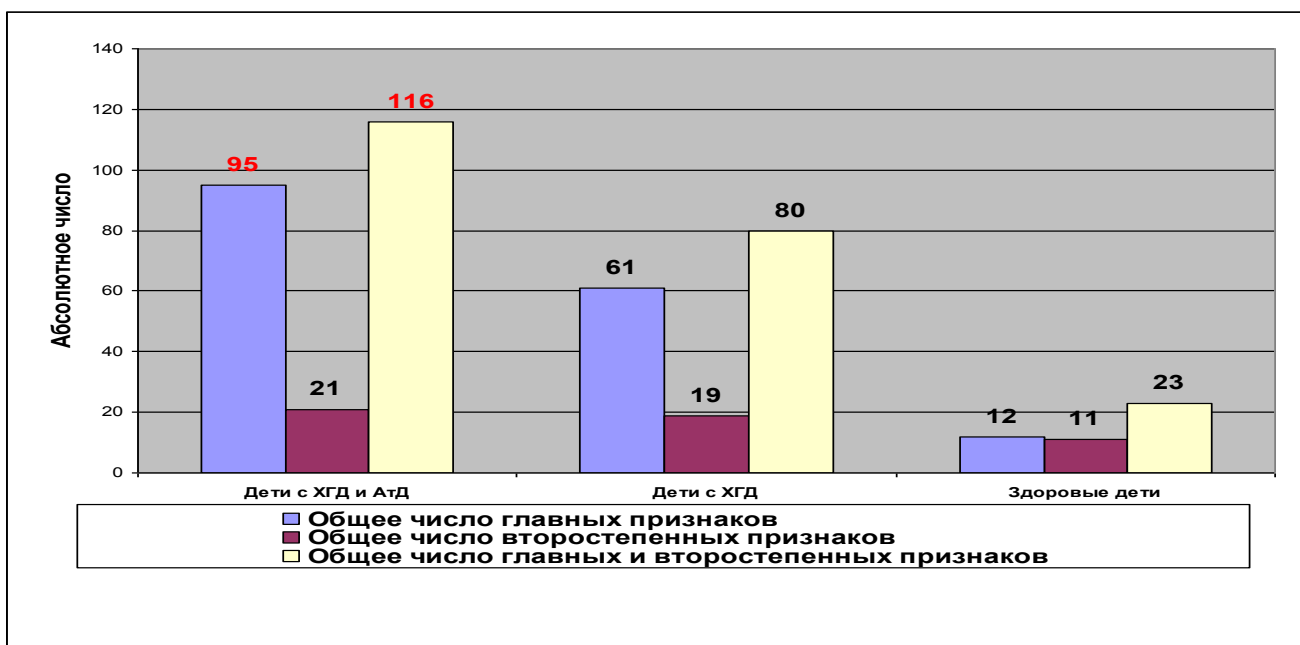


Рис. 4 Общее число главных и второстепенных МАР в группах наблюдения и контроля

Среднее число главных МАР в расчете на одного ребенка в гр. 1 составило 1,36, в то время как у здоровых детей и подростков – всего 0,3. У детей с проявлениями ДСТ из гр. 1 и гр.2 главные признаки ДСТ диагностировались нами чаще – $97,4 \pm 2,58\%$ и $91,3 \pm 4,79\%$ против $56,3 \pm 12,81\%$ в гр. 3 ($p_1 < 0,01$, $p_2 < 0,02$). Среди главных признаков ДСТ в группе детей с ХГД на фоне АтД, чаще регистрировались внешние фены ДСТ со стороны КСС, такие, как: плоскостопие – $47,37 \pm 8,1 \%$ ($p_1 < 0,001$), готическое нёбо – $39,47 \pm 7,93\%$ ($p_1 < 0,01$) и деформации позвоночника – $81,58 \pm 6,29 \%$ ($p_1 < 0,001$). Число диагностически значимых случаев ДСТ (по Т. Милковска-Дмитровой (1985) [3]) в группах имело тенденцию к нарастанию: от $25 \pm 11,18\%$ у здоровых детей до $55,2 \pm 9,4\%$ и $52,6 \pm 8,21\%$ ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$) у детей с изолированной и сочетанной патологией.

В гр. 1 чаще были отмечены случаи ДСТ 2 степени (по Т. Милковска-Дмитровой (1985) [3]) – $29,4 \pm 6,38\%$ случаев, чем у пациентов с ХГД – $13,6 \pm 3,58\%$ ($p_1 < 0,001$). У здоровых детей случаи ДСТ 2 и 3 степени не встречались. При оценке степени выраженности ДСТ по

Л.Н.Фоминой [5] – средняя степень ДСТ в гр. 1 встречалась в $37,3 \pm 6,77\%$ случаев против $15,9 \pm 3,85\%$ в гр. 2 ($p1 < 0,001$, $p3 < 0,01$). Среди здоровых детей нами были отмечены только случаи легкой степени ДСТ (рис.5).

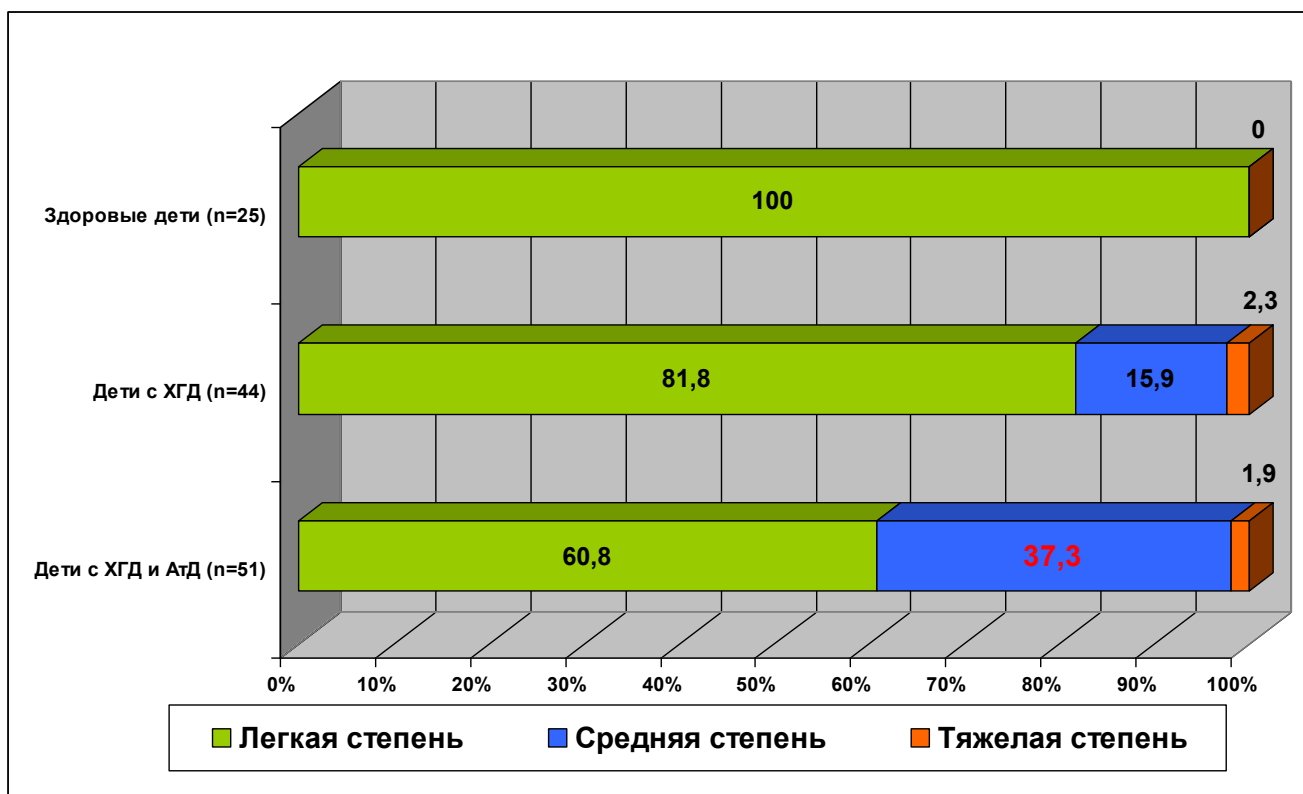


Рис. 5 Степень ДСТ (по Л.Н. Фоминой, 2003) в группах наблюдения и контроля (в % к n)

Даже при легком течении АтД у пациентов из гр.1 чаще, чем в гр.2 встречались случаи 2 степени ДСТ – $33,3 \pm 12,6\%$ против $13,8 \pm 6,52\%$. У детей из гр.2 при легкой степени ХГД преобладали случаи с 1 степенью ДСТ – $86,2 \pm 6,52\%$. При среднетяжелом и тяжелом течении соматической патологии в гр.1 чаще отмечались случаи с 2-й степенью ДСТ – $29 \pm 8,15\%$ против $7,1 \pm 7,1\%$ ($p1 < 0, 05$) в гр.2.

Среди висцеральных фенов ДСТ у детей с ХГД на фоне АтД чаще встречались проявления ДСТ в сердечно-сосудистой (ССС) – $35,7 \pm 5,73\%$ и пищеварительной системах (ПС) – $8,6 \pm 3,35\%$ ($p1 < 0,01$, $p1 < 0,02$), а в гр.2 чаще в СССР - $35,7 \pm 5,73 \%$ ($p2 < 0,001$), ПС – $20 \pm$

4,78% ($p < 0,001$) и мочеполовой системах (МПС) – $14,3 \pm 4,18$ % случаев ($p_2 < 0,001$). Как отмечалось, у детей с ХГД чаще встречались ВиФ ДСТ ($p_3 < 0,05$), причем, у них проявления ДСТ со стороны ПС встречались чаще – $25,5 \pm 5,88\%$, чем у пациентов из гр.1 – в $10,5 \pm 4,06\%$ случаев ($p_3 < 0,05$) (рис.6).

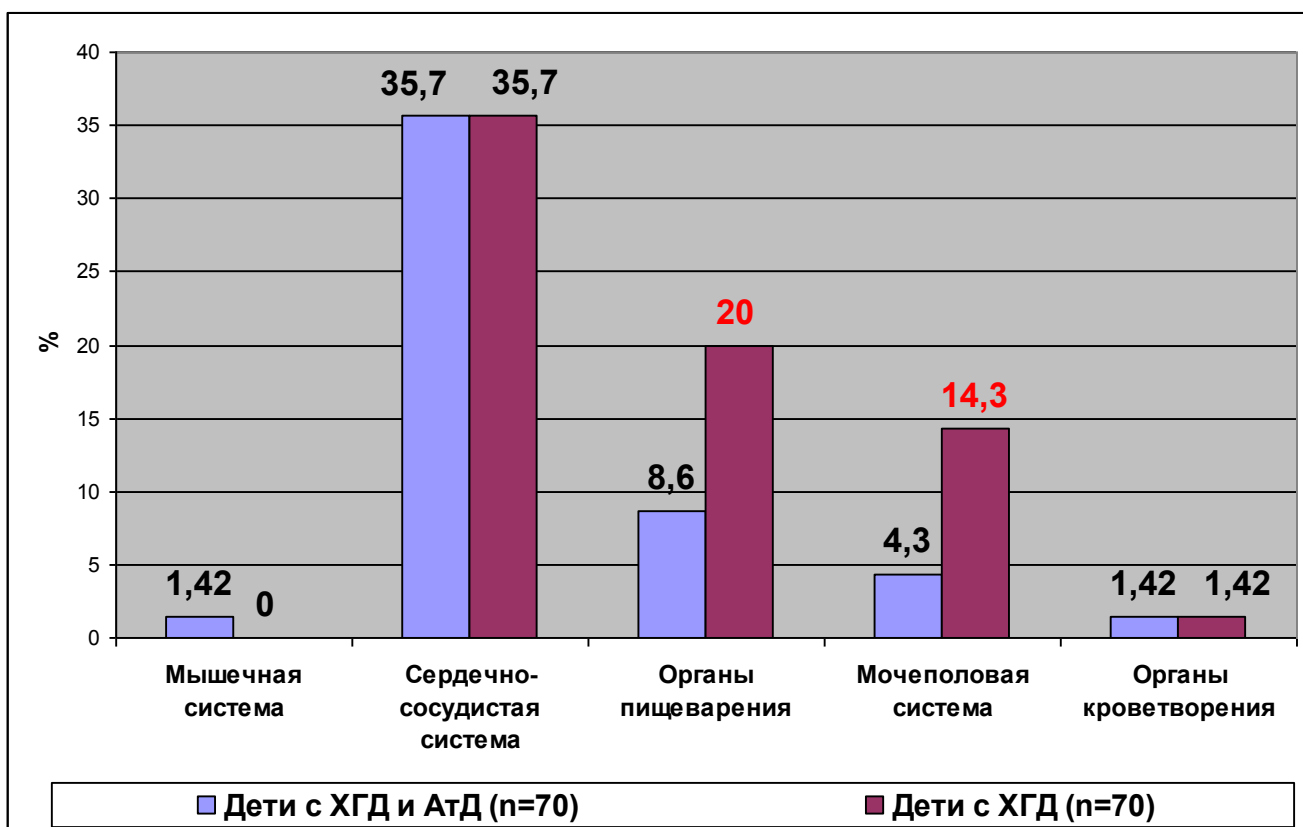


Рис. 6 Частота висцеральных проявлений ДСТ в группах наблюдения и контроля (в % к n)

Среди детей в группах 1 и 2, имеющих признаки ДСТ в ССС, преобладали случаи наличия МАРС 100% и $84 \pm 7,48\%$ случаев ($p_3 < 0,05$), у пациентов с МАРС чаще регистрировались: пролапсы клапанов – $79,17 \pm 8,47\%$ и $76,19 \pm 9,52\%$ случаев, ДХЛЖ – $37,50 \pm 10,09\%$ и $28,57 \pm 10,10\%$, случаи сочетания пролапсов клапанов и ДХЛЖ – $16,67 \pm 7,77\%$ и $9,52 \pm 6,56\%$ случаев соответственно (рис.7).

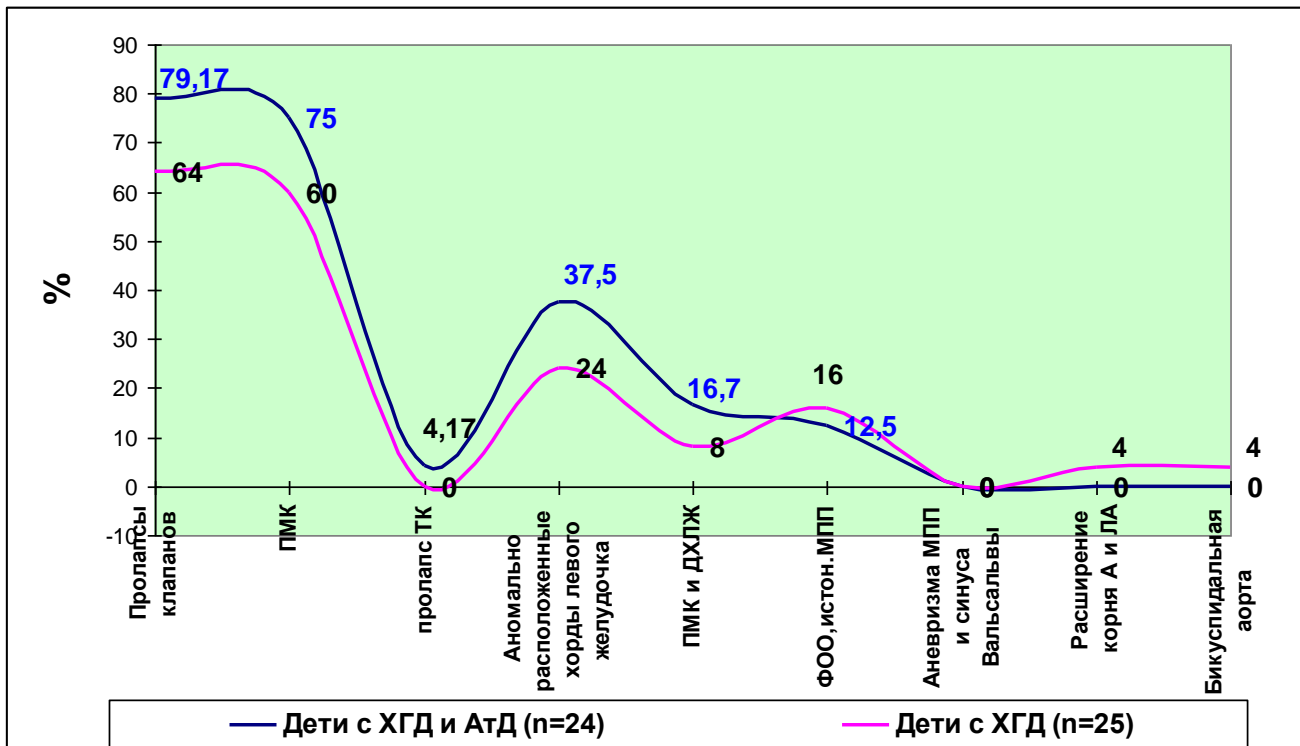


Рис. 7 МАРС у детей и подростков в группах наблюдения (в % к n)

Нарушения сердечного ритма и проводимости в группах 1 и 2 встречались примерно с одинаковой частотой – $41,4 \pm 5,89\%$ и $50 \pm 5,98\%$ случаев, наиболее часто встречались: СРРЖ – $20,69 \pm 7,66\%$ и $14,29 \pm 5,91\%$, блокады (атриовентрикулярные 1-2 степени, внутрижелудочковые) – $20,69 \pm 7,66\%$ и $22,86 \pm 7,1\%$.

Выводы

1. Признаки ДСТ встречаются с высокой частотой, как у больных, так и у здоровых детей, однако у детей с ХГД на фоне АтД и при изолированном ХГД эти признаки встречаются чаще. У детей с ХГД и АтД преобладают внешние фены, с ХГД – висцеральные фены ДСТ.
2. Имеется прямая зависимость между степенью ДСТ и тяжестью течения соматической патологии. При ХГД на фоне АтД чаще встречаются диагностически значимые признаки ДСТ, с преобладанием случаев 2 степени дисплазии ($p < 0,001$).
3. У детей и подростков с ХГД на фоне АтД, чаще встречается ДСТ сердечно-сосудистой (в

особенности МАРС) и пищеварительной системы. При ХГД чаще отмечается ДСТ сердечно-сосудистой ($p2 < 0,001$), пищеварительной и мочеполовой систем ($p2 < 0,001$).

4.Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей с сочетанной и изолированной гастропатологией встречаются чаще, чем у здоровых детей (с преобладанием СРРЖ и различных вариантов блокад).

5.Выявленные особенности позволяют предположить возможность использования определения степени ДСТ как предиктора тяжести течения соматической патологии.

6.Существующие методики определения степени выраженности ДСТ требуют дальнейшей доработки для использования их в практике работы с детьми и подростками. Возможно, в данном случае метод определения только внешних маркеров не является достаточным, а необходим комплексный подход с учетом в оценке набора висцеральных фенов ДСТ.

Литература

1. Земцовский, Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский.– СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест», 2000. – 115 с.
2. Кадурина, Т.И. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани / Т.И. Кадурина // Вестник аритмологии. – 2000. – №18. – С.87–92.
3. Милковска-Дмитрова, Т. Врождена соединительнотканна малостойкость у децата / Т. Милковска-Дмитрова. – София: Медицина и физкультура, 1987. – 189с.
4. Применение венотонического препарата «Детралекс-500» в программе реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани / Нечаева Г.И.[и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – №1. – С.25-28.
5. Яковлева, А. Гипермобильный синдром /А. Яковлева // Русский медицинский сервер. Медицинская газета [Электронный ресурс]. – 2000. – № 14. – Режим доступа: [http // www. Medgazeta /rusmedserv /com /2000 /14 /article_826/ html](http://www.Medgazeta/rusmedserv/com/2000/14/article_826/html) - Дата доступа: 28.01.2007.
6. Beighton, R. Hypermobility of joints / R. Beighton, R. Crahame, H. Bird. – London; Berlin; New York; 1990. – 182 p.

ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней УО «БГМУ»
Раб. телефон: 241-72-88
Дом. адрес: Беларусь, 220103 г. Минск,
ул. Калиновского, дом 83, кв.10.
Дом. телефон: 263-08-22, 341-13-95
E-mail: dmitrachkov@mail.ru

Дмитрачков Вячеслав Вячеславович