

© КУЗЬМИНА Т. Ю., ТИХОНОВА Ю. С., ТИХОНОВА Е. П., БАБУШКИН А. О., АНДРОНОВА Н. В.

УДК: 616.914-039.3-053.8

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ВЗРОСЛЫХ

Т. Ю. Кузьмина, Ю. С. Тихонова, Е. П. Тихонова, А. О. Бабушкин, Н. В. Андропова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра инфекционных болезней  
и эпидемиологии с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. Е. П. Тихонова.

**Резюме.** Актуальность проблемы определяется высоким уровнем заболеваемости ветряной оспой, повсеместным распространением возбудителя, повышением удельного веса в общей инфекционной патологии, значительным экономическим ущербом, неэффективностью реализуемых на практике мер профилактики (изоляция больных, карантин). При ветряной оспе у взрослых высыпания часто бывают массивными, сопровождаются повышением температуры тела, общетоксическими явлениями, сильным зудом. Несмотря на низкий уровень заболеваемости ветряной оспой взрослых, риск возникновения у них тяжелых осложнений и даже летальных исходов выше, чем у детей.

**Ключевые слова:** ветряная оспа, эпидемический процесс, взрослые, осложнения.

Ветряная оспа является острым вирусным заболеванием преимущественно детского возраста, однако, учитывая широкое распространение и высокую контагиозность, оно нередко встречается и у взрослого населения. Ежегодно в России ветряной оспой заболевает около 750-800 тысяч человек, смертность — 1 на 60 000 случаев [4,5,6,9]. Несмотря на низкий уровень заболеваемости ветряной оспой среди взрослых, риск возникновения у них тяжелых осложнений и даже летальных исходов в 10-20 раз выше, чем у детей. По официальным данным, в нашей стране ежегодно регистрируются случаи смерти от ветряной оспы (в 2007-2008 гг. — 10 человек, в том числе 4 взрослых). Смертность от пневмонии при ветряной оспе у взрослых достигает 10% [7,10,12]. Наибольший риск неблагоприятного течения ветряная оспа имеет у лиц с иммунодефицитным состоянием любого генеза, затрагивающим клеточное звено иммунитета. Это характерно, прежде всего, для пациентов с ВИЧ-инфекцией и больных с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, бронхиальная астма, острый лейкоз, системные заболевания соединительной ткани) [1,3,4,5,6]. Экономический ущерб от заболеваний ветряной оспой в Российской Федерации, по экспертным оценкам, только за последние 2 года составил 4-4,5 млрд. руб. [8].

На территории Красноярского края за прошедшие 4 года была отмечена тенденция к росту заболеваемости ветряной оспой как среди детского населения, так и взрослого, и составила в 2011 году 3415,6 на 100 тыс. населения (в 2008 году — 673,7 на 100 тыс. населения). За период с 2009 по 2011 гг. в боксированные отделения инфекционного стационара МБУЗ БСМП им. Н. С. Карповича г. Красноярск было госпитализировано 350 больных с ветряной оспой. Необходимо отметить увеличение удельного веса негладкого течения ветряной оспы, с развитием гнойно-воспалительных осложнений в 15% случаев. Интересно распределение по сезонам, так значительная доля больных приходилась на период декабря-апреля: 224 больных (64,0%), в мае число больных уменьшилось до 60 человек (17,1%),

в период август-сентябрь было зарегистрировано наименьшее их количество — 20 больных (5,7%), а в осенние месяцы (октябрь-ноябрь) вновь рост до 46 больных (13,1%). Распределение поступления больных в зависимости от времени года связано, по-видимому, с особенностями иммунитета в зимний и весенний периоды, когда организму не хватает витаминов, минералов из-за изменения рациона питания, снижена физическая активность и инсоляция. Наши данные совпадают с данными других авторов [1], которые считают, что в зимне-весенний период при соответствующем температурном режиме вирус может вызывать эпидемии среди восприимчивых индивидуумов.

### Материалы и методы

Методом случайной выборки проведен клинико-эпидемиологический анализ взрослых больных ветряной оспой, госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ БСМП им. Н. С. Карповича г. Красноярск. Под наблюдением находилось 70 пациентов с диагнозом ветряная оспа, преобладали пациенты мужского пола — 72,8% (51 человек), в возрасте 19-35 лет.

Описательные статистики для качественных учетных признаков представлены абсолютными значениями, процентными долями и стандартной ошибкой доли. В случае нормального распределения количественные учетные признаки представлены средней арифметической и ее стандартной ошибкой.

### Результаты и обсуждение

Комплексное клинико-лабораторное исследование, проведенное у взрослых больных ветряной оспой, позволило выявить эпидемиологические и клинические особенности данного заболевания на современном этапе.

Как известно, при различных инфекционных заболеваниях для постановки диагноза важное значение имеет эпидемиологический анамнез, который позволяет выявить источник инфекции и своевременно начать проведение противоэпидемических мероприятий как в организованных коллективах и закрытых учреждениях,

так и в семейных очагах. Среди наблюдаемых нами 70 пациентов в 88,5±3,8 % (62 чел.) случаев отмечен контакт с больными ветряной оспой. В частности, контакт с заболевшими детьми имели 13 человек (18,6±4,6 %), по месту работы – 11 человек (15,7±4,3 %), остальные 37 пациентов (52,8±5,9 %) были госпитализированы не только по клиническим, но и эпидемиологическим показаниям: лица, проживающие в общежитиях и солдаты срочной службы, госпитализированные из казармы, где регистрировалась вспышка ветряной оспы; в 9 случаях (12,8±4,0 %) прямого контакта с больными ветряной оспой выявлено не было. Таким образом, большинство пациентов имели прямой контакт с больными ветряной оспой в периоде разгара заболевания, то есть в периоде наибольшей заразительности больных, при этом важная роль принадлежит близкому контакту, в том числе по месту проживания, в частности в армейских казармах. Аналогичная тенденция наблюдалась и на других территориях России [1,4,7].

По литературным данным ветряная оспа у взрослых характеризуется более длительным продромальным периодом, если у детей он составляет 24-72 часа, то у взрослых может достигать 7-10 суток, тем самым, затрудняя своевременную диагностику и увеличивая риск инфицирования контактных лиц [7,11].

Продромальный период у наблюдаемых нами больных продолжался 2,5±1,5 дней и характеризовался повышением температуры 38,7±1,3°C, общей слабостью, снижением работоспособности, вялостью, сонливостью у всех пациентов. В большинстве случаев повышение температуры тела отмечено в первый день болезни – у 64,3±5,7 % (45 чел.) больных, однако, у 20,0±4,7 % (14 чел.) больных этот симптом появился на второй день болезни, у 5,7±2,7 % (4 чел.) на 3-4-й день болезни, а в 10,0±3,4 % (7 чел.) он был кратковременным в течение одних суток (подъем температуры до 37,2±0,5°C).

Клинические проявления продромального периода представлены на рис. 1.

Госпитализация больных осуществлялась в период высыпаний на 2-4-й день болезни в 77,1±5,0% (54 чел.) случаев. Однако отмечена госпитализация и в более поздние

сроки болезни – на 5-6-й день в 12,8±4,0 % (9 чел.) случаев. Период высыпаний начинался преимущественно с появления нескольких пятнисто-папулезных элементов сыпи, которые локализовались на волосистой части головы (48,5%), в заушных областях (22,8%) или одновременно на волосистой части головы и в заушных областях (28,5%) (рис. 2).

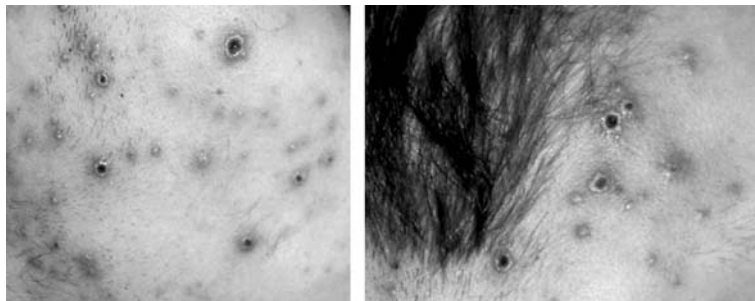


Рис. 2. Элементы полиморфной сыпи.

В последующие 1-4 суток сыпь начинала распространяться на лицо, шею, туловище, верхние и нижние конечности. При этом у 52 (74,3±5,2%) больных на нижних конечностях сыпь была скудной. В течение нескольких часов сыпь приобретала характер везикул с прозрачным содержимым. Данные высыпания характеризовались феноменом подсыпания, так у 34 (48,5±6,0%) больных в течение 2-3 суток, у 33 (47,1±5,9%) – в течение 5-7 суток, у 3 (4,3±2,4%) пациентов в течение 8 суток, при этом у каждого третьего пациента сыпь сопровождалась кожным зудом. На 3-4-й день от начала появления первых элементов сыпь становилась полиморфной – пятнисто-папулезно-везикулезной, затем постепенно начинала подсыхать с образованием корочек, которые на 7-12-й день полностью отпадали. У 35,7±5,7% (25 чел.) больных сыпь была чрезвычайно обильной, почти сплошь покрывала лицо и туловище. Отличительной особенностью сыпи была быстрая и обильная пустулизация, которая наблюдалась почти у половины больных (54,3±5,9%). Пустулизация сопровождалась значительным (39-40°C) подъемом температуры и при этом у 14 (20%) больных пиодермия была настолько выражена, что требовала дополнительного назначения антибактериальной терапии, а в 7 случаях заболевание имело тяжелую степень тяжести, связанную с выраженностью пиодермии.

Следует так же отметить, что период высыпаний сопровождался интоксикационным и астеновегетативным синдромами: выраженная головная боль у 27 (38,6±5,8%) больных, недомогание и слабость у всех (100%) больных; высокую лихорадку регистрировали у 13 (18,6±4,6%) больных – повышение температуры тела до (38,8±0,8)°C, у 57 (81,4±4,6%) больных отмечалась субфебрильная температура. Лихорадочный период в неосложненных случаях длился 6,0±2,0 дней, при развитии осложнений удлинялся до 9,0±2,0 дней. Обычно температура нормализовалась с окончанием периода подсыпаний.

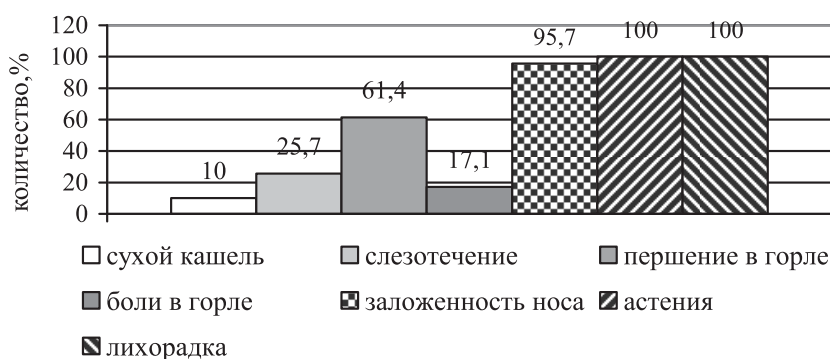


Рис. 1. Клинические проявления продромального периода ветряной оспы у взрослых.

У всех пациентов в разгар заболевания наблюдали катаральные явления. Так, слизистая ротоглотки была ярко гиперемирована у 18 (25,7±5,2 %) больных, умеренная гиперемия отмечалась у 13 (18,6±4,6 %), а у 39 (55,7±5,9 %) — слабая, при этом у всех наблюдали зернистость миндалин, дужек и задней стенки глотки. В 38,6±5,8% (27 чел.) случаях экзантема сопровождалась энантемой на слизистой оболочке рта, преимущественно в области небных дужек и мягкого неба. Энантема вначале имела вид папул яркорозового цвета, а затем превращалась в пузырьки, которые быстро вскрывались с образованием язвочек, покрытых бело-желтым налетом. Развивался стоматит, который обуславливал сильную боль при приеме пищи. Помимо ротовой полости энантема определялась также на слизистой оболочке половых органов с одинаковой частотой у мужчин и женщин (3,9±2,3%). При локализации высыпания в области уретры больные испытывали боль при мочеиспускании. У 23 пациентов (32,3±5,6%) высыпания наблюдались на конъюнктиве, что сопровождалось развитием склерита и конъюнктивита в течение 3-5 дней периода высыпаний.

Помимо этого у 15 (21,4±4,9 %) пациентов наблюдали гипертрофию миндалин до I степени, без наложений и налетов на них. В 65 (92,8±3,1 %) случаев заболевание сопровождалось лимфаденопатией с увеличением шейных (57,1±5,9 %) и затылочных (42,8±5,9 %) лимфоузлов. При пустулизации лимфаденопатия была выражена особенно резко. У 10 (14,2±4,2%) пациентов на высоте интоксикации течение ветряной оспы сопровождалось диспепсическими нарушениями: тошнота, рвота, жидкий стул.

Тяжелые случаи течения ветряной оспы (11 случаев — 15 %) были связаны с осложнениями, в частности у двух больных в остром периоде ветряной оспы развилась пневмония. Тяжелая форма болезни характеризовалась высокой температурой (39-40°C) с первых дней болезни, выраженной интоксикацией, проявлявшейся головной болью, головокружением, тошнотой, повторной рвотой, нарушением сна, выраженной слабостью, отсутствием аппетита, а также чрезвычайно обильной сыпью, как правило, с пустулизацией. Злокачественные формы болезни наблюдались у лиц с отягощенным преморбидным фоном и у пожилых.

Приводим краткое описание течения ветряной оспы у пожилого пациента с лимфолейкозом.

*Больной К., 77 лет*, поступил на 5-й день болезни 06.03.2009 г. в состоянии средней тяжести с диагнозом ветряная оспа. Заболел вечером 2 марта, когда появился озноб. 3 марта повысилась температура тела до 39°C, а на туловище и предплечьях появились первые пятнисто-папулезные элементы сыпи. На следующий день папулезная сыпь распространилась на лицо и волосистую часть головы, постепенно трансформируясь в везикулы и пустулы. Температура тела сохранялась на уровне 38°C-39°C, появилась болезненность в горле при глотании. 6 марта состояние больного не улучшалось, бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «ветряная оспа, тяжелое течение».

В прошлом ветряной оспой не болел. Контакт с больными ветряной оспой отрицает. Страдает хроническим лимфолейкозом.

При поступлении в отделение состояние больного расценено как средней тяжести, температура тела 38,5°C. Жалобы на слабость, боль в горле, умеренный сухой кашель. Подчелюстные лимфоузлы: справа 1 x 1,5 см, слева 2 x 2,5 см, подмышечные до 2 x 2,5 см, паховые до 0,8 x 1,5 см. Печень выступает из-под края реберной дуги до 1,5 см. Обильная экзантема в виде многочисленных везикул, пустул и отдельных корочек регистрировалась на всем туловище, конечностях, а также на лице и волосистой части головы, а с 9 марта в области мягкого неба появились афтозные элементы. Температура тела сохранялась до 10 марта на уровне 37,5°C - 38,5°C.

При обследовании в общем анализе крови от 6 марта: гемоглобин — 93 г/л, лейкоциты — 1,9x10<sup>9</sup>/л, эозинофилы — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 10%, сегментоядерные нейтрофилы — 39%, лимфоциты — 37%, моноциты — 13%, СОЭ 46 мм/час., анизацитоз (+); от 14 марта: гемоглобин — 89,4 г/л, эритроциты — 3,5x10<sup>12</sup>/л, тромбоциты — 161x 10<sup>9</sup>/л, ретикулоциты — 30, лейкоциты — 4,2 x 10<sup>9</sup>/л, миеоциты — 3%, палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 37%, моноциты — 13%, лимфоциты — 6%, СОЭ 33 мм./ час, нормобласты — 1/100, токсическая зернистость нейтрофилов — (+).

Назначено лечение: ацикловир по 400мг 5 раз в сутки в течение 10 дней, гентамицин 80мг — 2 раза в сутки в/м, дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами, обработка элементов сыпи спиртовым раствором бриллиантовой зелени. На 14-й день от начала заболевания самочувствие больного улучшилось. Температура тела нормализовалась, боль в горле уменьшилась, периферический лимфатический узел в подчелюстной области стал безболезненным, элементы сыпи на теле трансформировались в корочки. 20 марта 2009 года в удовлетворительном состоянии больной выписан из стационара.

О пневмонии, как наиболее частом осложнении ветряной оспы, у взрослых сообщают ряд исследователей [2,12,13]. Авторы подчеркивают, что пневмония при ветряной оспе может приобретать неблагоприятное течение, особенно у лиц с отягощенным анамнезом и у беременных. У прежде здоровых молодых людей ветряная оспа, несмотря на тяжелое течение заболевания протекает с благоприятным исходом.

Представлен клинический случай тяжелого течения ветряной оспы, осложненной пневмонией.

*Больной П., 18 лет* заболел 19 апреля 2008 г., когда отметил умеренный зуд кожи на спине. На следующий день проявились первые элементы сыпи на спине, хотя общее самочувствие не изменилось. 21 апреля сыпь начала распространяться по туловищу, на конечности, голову. Экзантема представляла собой пятнисто-папулезные элементы, в течение нескольких часов трансформирующиеся в везикулы и далее — в пустулы. Тогда же повысилась температура тела, которая сохранялась на протяжении трех дней на уровне 38°C-38,5°C, усилилась слабость. 24 апреля был доставлен в инфекционное отделение с диагнозом: «ветряная оспа, тяжелое течение».



Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что заболеванию предшествовал контакт с больными ветряной оспой (в институте), а также следует отметить тот факт, что в первый день болезни он посетил баню.

При поступлении состояние тяжелое. Сознание сохранено, адекватно. Обращало внимание обилие полиморфной сыпи в виде везикул, папул, пустул, корочек на туловище, конечностях, голове (рис. 3). На слизистой оболочке ротоглотки в области небных дужек эрозии округлой формы, окруженные венчиком гиперемии. Больного беспокоил интенсивный зуд кожи. Умеренно выражен склерит, гнойный конъюнктивит (выделения зеленоватого цвета из обоих глаз). Периферические лимфатические узлы увеличены, преимущественно шейные. Одышка. Акроцианоз. Над легкими перкуторный звук укорочен с обеих сторон ниже лопаток. Дыхание ослабленное, поверхностное, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД – 28-30 в 1 мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 104 уд./мин. При исследовании КЩС – дыхательный ацидоз, гипоксемия (рН – 7,30; рСО<sub>2</sub> – 54,3; рО<sub>2</sub> – 21,7; SB = 23,3; BE = – 0,9). В общем анализе крови: гемоглобин – 138 г/л; лейкоциты – 14,4 × 10<sup>9</sup>/л; палочкоядерные нейтрофилы – 27%; сегментоядерные нейтрофилы – 60%; лимфоциты – 10%; моноциты – 2%; СОЭ – 10 мм/час.

На рентгенограмме от 26.04. 2008 г.: с обеих сторон органов грудной клетки (больше слева) отмечается снижение прозрачности легочных полей за счет очаговых тенеобразований сливного характера. Корни «инфильтрованы», диафрагма – нормальная. Синусы свободны. Тень средостения без особенностей.

В ближайшие часы от момента поступления в инфекционное отделение одышка усилилась, ЧДД 40-42 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт. ст., пульс – 96 уд./мин.

Проведена терапия: зовиракс 250 мг в/в + эритромицин 0,5г в/в + пенициллин в/м, внутривенно капельно глюкоза 5% – 400,0 + эуфиллин 2,4% – 5,0 мл + преднизолон 90 мг; затем лазикс 20 мг в/в; через 10 часов в/в капельно реополиглюкин 400,0 мл + преднизолон 60,0 мг, сульфаксамфокан в/м, ингаляции кислорода, эуфиллин 0,15 мг х 3 раза

в сутки внутрь, альбуцид и левомецетин 0,25% – капли в оба глаза. Кислороду первых суток пребывания в клинике наступило улучшение состояния. Уменьшилась одышка (ЧДД – 26 в 1 мин), исчез цианоз, снизилась температура до 37,1°C. В дальнейшем самочувствие и состояние больного быстро улучшались. С 8-го дня болезни нормализова-



Рис. 3. Обильная полиморфная сыпь.

лась температура, экссудативные элементы сыпи покрылись корочками. На 11-й день болезни на рентгенограмме грудной клетки отмечена положительная динамика: исчезновение воспалительных тенеобразований, восстановление структуры корней. На 12-й день болезни выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, ветряная оспа у взрослых характеризуется в большинстве случаев более тяжелым течением, в отличие от детей, а именно, проявляется длительным продромальным периодом, выраженным общеинфекционным синдромом, лимфаденопатией, обильной полиморфной сыпью, с длительностью подсыпаний от 5 до 8 дней, при этом у 54,3 % больных сыпь имела пустулезный характер; в 38 % случаев отмечалась энантема со склеритом и конъюнктивитом. Негладкое течение заболевания сопровождается развитием осложнений (пневмония, энцефалит, гепатит и др.) У лиц с нарушениями иммунитета, сопутствующей патологией (лейкозы, онкозаболевания, иммунодефициты различного происхождения) инфекция, вызванная вирусом варицелла зостер, протекает особенно тяжело, иногда с летальным исходом.

#### SPECIFIC FEATURES OF CHICKENPOX IN ADULTS

T. U. Kuzmina, U. S. Tikhonova, E. P. Tikhonova, A. O. Babushkin, N. V. Andronova  
Krasnoyarsk State Medical University named  
after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The relevance of the problem is determined by the high level of chickenpox, the omnipresence of the pathogen, increasing the proportion in the total infectious diseases, significant economic damage, inefficiency of implemented in practice prevention measures (isolation of patients, quarantine). During chickenpox the rash in adults are often massive, accompanied by fever, general toxic phenomena, severe itching. Despite the low level of chickenpox in adults, the risk of severe complications and even deaths is higher than in children.

**Key words:** chicken pox, epidemic process, adults, complications.

#### Литература

1. Воробьева М. С., Ладыженская И. П., Бархалева О. А. и др. Вакцины для профилактики ветряной оспы // Био препараты. – 2010. – № 1(37). – С. 32-34.
2. Кускова Т. К., Белова Е. Г., Мигманов Т. Э. Ветряная оспа // Лечащий врач. – 2004. – № 1. – С. 30-35.
3. Таточенко В. К., Озерский Н. А., Федоров А. М. Иммунопрофилактика – 2009. – М., 2009. – 176 с.
4. Таточенко В. К. Ветряная оспа – клиническая картина // Бюл. вакцинация. – 2009. – № 1. – С. 3.
5. Тимченко В. Н., Сергеева С. А., Булавина О. В. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях / Метод. рекомендации. – СПб., 2008. – 32 с.
6. Тихонова Е. П., Тихонова Ю. С., Кузьмина Т. Ю. и др. Случай тяжелого течения ветряной оспы у больного ВИЧ-инфекцией // Инфекционные болезни. – 2012. – Т. 10, № 3. – С. 100-102.
7. Чепиного Е. И., Патеюк А. В., Кохан С. Т. и др.

Особенности течения и лечения ветряной оспы у военнослужащих срочной службы в условиях Забайкалья // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2011. — Т. 79, № 3. — Ч. 1. — С. 132-134.

8. Шаханина И. Л., Горелов А. В., Лыткина И. Н. и др. Экономическая оценка вакцинопрофилактики ветряной оспы на примере Москвы // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — Т. 3, № 2. — С. 49-56.

9. Ясинский А.А. Ветряная оспа в Российской Федерации // Бюл. вакцинация. — 2009. — № 1. — С. 5-6.

10. Brisson M., Edmunds W.J. Epidemiology of Varicella-Zoster Virus in England and Wales // J. Med. Virol. — 2003. — Vol. 70 (Suppl. 1). — С. 9-14.

11. Kempf W., Lautenschlager S. Infections with varicella zoster virus // Hautarzt. Hautarzt. — 2001. — Vol. 52, № 4. — P. 359-376.

12. Mohsen A.H., McKendrick M. Varicella pneumonia in adults // Eur. Respir. J. — 2003. — Vol. 21, № 5. — P. 886-891.

13. Saitou-M, Niitsuma-K, Kasukawa-R. Two cases of severe adult varicella pneumonia // Nihon-Kokuyuki-Gakkai-Zasshi. — 1998 — Vol. 36, № 3. — P. 251-255.

#### Сведения об авторах

Кузьмина Татьяна Юрьевна — к. м. н., доцент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tkuzmina\_24@mail.ru

Тихонова Юлия Сергеевна — ассистент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tihonova-1981@mail.ru

Тихонова Елена Петровна — г. м. н., проф., зав. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: tihonovaer@mail.ru

Бабушкин Александр Олегович — врач инфекционного отделения Городской клинической больницы им. Н.С. Карповича, Красноярск; тел. 8(391)2469372.

Андропова Наталья Владимировна — к. м. н., ассистент каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: andronat@mail.ru

© ПАНИЧЕВА Е. С., АЛЯМОВСКИЙ В. В., ПРАХИН Е. И., ЭВЕРТ Л. С., ПЕРОВА Е. Г., ВОЛЫНКИНА А. И., КУЗНЕЦОВ В. С.  
УДК 616.314.2-053.2

## КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Е. С. Паничева<sup>1</sup>, В. В. Алямовский<sup>1</sup>, Е. И. Прахин<sup>1</sup>, Л. С. Эверт<sup>2</sup>, Е. Г. Перова<sup>1</sup>, А. И. Волынкина<sup>1</sup>, В. С. Кузнецов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра-клиника стоматологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. В. В. Алямовский<sup>2</sup>; ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, директор — член-корр. РАМН В. Т. Манчук.

**Резюме.** *Обследовано 800 учащихся коррекционной школы-интерната в возрасте 7-18 лет. У обследованных школьников установлена частота встречаемости проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и структура зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД). Выявлена ассоциация ряда клинико-anamnestических показателей и внешних фенотипических признаков ДСТ с аномалией окклюзии (АО) у детей. Определена степень риска формирования аномалии окклюзии с учетом диагностической значимости изученных признаков.*

**Ключевые слова:** *дети, дисплазия соединительной ткани, зубочелюстные аномалии и деформации, аномалии окклюзии.*

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) до настоящего времени остается важной медико-социальной проблемой [2,4,5,9]. Актуальность проблемы дисплазии соединительной ткани обусловлена ее широкой распространенностью, системностью поражений, заинтересованностью многих физиологических и биохимических процессов в организме, обусловленных морфофункциональными изменениями соединительнотканых структур, высокой вероятностью формирования различных видов патологии, в том числе, стоматологической, с наличием особенностей ее течения, значительно более высокой вероятностью прогрессирования и неблагоприятностью прогноза [1,3,8].

Дисплазия соединительной ткани является морфологической основой формирования аномалий развития опорно-двигательного и зубочелюстного аппарата [1,3,7]. Основными клиническими проблемами стоматологических больных с недифференцированной ДСТ являются нарушения формы, размеров, прорезывания зубов, изменения их положения в зубных рядах (скученность, диастемы, тремы, «проблемы третьих моляров»). Значительную сложность представляют аномалии прикуса и мягких тканей полости рта (уздечка языка, губ, тяжелей слизистой оболочки),

кариозные и некариозные поражения зубов, заболевания пародонта, а также нарушения функций височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц [1,3,7].

Все это обуславливает необходимость поиска маркеров риска формирования зубочелюстных аномалий и деформаций у детей, разработки системы количественной оценки риска развития диспластикообусловленных аномалий развития зубочелюстного аппарата у детей для ранней диагностики и профилактики данной стоматологической патологии.

В связи с вышеизложенным целью работы было определение диагностической значимости и степени участия клинико-anamnestических показателей и диспластикозависимых признаков в качестве маркеров риска формирования аномалий окклюзии у детей.

#### Материалы и методы

Обследовано 800 учащихся специализированной школы-интерната для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Для определения вида прикуса и наличия зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД) проводилось клиническое обследование (опрос, осмотр, проведение функциональных проб дыхания, глотания, речи) и специальные методы диагностики (измерение