

Дисплазия соединительной ткани у детей и риск заболевания туберкулезом

Л.Г. Тарасова, Е.Н. Стрельцова, Ф.С. Ситкалиева

Connective tissue dysplasia in children and a risk for tuberculosis

L.G. Tarasova, E.N. Streltsova, F.S. Sitkaliyeva

Астраханская государственная медицинская академия

Представлены результаты наблюдения 79 детей, находившихся в областном детском санатории для обследования в связи с выявлением риска заболевания туберкулезом (контакт с больными туберкулезом, первичное инфицирование микобактериями туберкулеза, гиперергическая реакция Манту 2 ТЕ) или на противорецидивном лечении. Из них 54 (68,4%) ребенка имели признаки дисплазии соединительной ткани. Почти в половине случаев выявлялось 5 и более признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, преобладали дизморфии челюстно-лицевой области и патология опорно-двигательного аппарата. Установлено, что у этих пациентов достоверно чаще образуются большие кожные знаки (6–9 мм) после вакцинации БЦЖ ($p=0,03$).

Ключевые слова: дети, дисплазия соединительной ткани, туберкулез.

The paper gives the results of a follow-up of 79 children who were at a regional children's sanatorium to be examined due to the fact that they had a risk for tuberculosis (contact with tuberculosis patients, primary *Mycobacterium tuberculosis* infection, hyperergic response to Mantoux test with 2 TU) or those on anti-recurrence treatment. Of them, 54 (68,4%) children had signs of connective tissue dysplasia. Almost half of the cases were found to have 5 signs or more of undifferentiated connective tissue dysplasia; maxillo-facial dysmorphias and locomotor apparatus pathology were predominant. Large skin signs (6–9 mm) were ascertained to be formed significantly more frequently in these patients after BCG vaccination ($p=0,03$).

Key words: children, connective tissue dysplasia, tuberculosis.

В повседневной практике врачей различных специальностей нередко встречаются пациенты, имеющие какие-либо признаки дисплазии соединительной ткани, которые нельзя отнести ни к одному известному дифференцированному синдрому (синдром Марфана, Элерса — Данло, несовершенный остеогенез и др.). В этих случаях говорят о недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Причиной недифференцированной дисплазии соединительной ткани считают внешние или внутренние мультифакторные воздействия на плод в фетальном периоде развития [1]. Увеличение числа лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в последние десятилетия связывают с экологическим неблагополучием, инфекционными заболеваниями, плохими материально-бытовыми условиями во время

беременности, приводящими к неадекватному питанию, стрессам, витаминной и минеральной недостаточности будущей матери, а также токсикозами беременных. Известно, что пассивное курение плода ответственно за последующие морфологические (гипоплазия легких, сокращение эластичности, увеличение депонирования коллагена III типа в дыхательных путях и альтерация альвеол) и функциональные расстройства органов дыхания ребенка (повышенная резистентность дыхательных путей, бронхиальная гиперреактивность), и может быть одной из причин развития у младенца синдрома внезапной смерти [2, 3].

Данные неблагоприятные факторы частично присутствуют и при риске заболевания туберкулезом: асоциальные семьи, алкоголизм родителей, миграция семьи, патология бронхолегочной системы, ЦНС и т.п. По данным А.А. Чеботаревой (2009), сочетание 3–4 значимых факторов риска является наиболее угрожаемым в развитии туберкулеза и отмечается у 63,9% заболевших детей [4]. На территории с высокими показателями заболеваемости, болезненности и смертности взрослого населения отмечается рост риска первичного инфицирования. Дети, инфицированные микобактериями,

© Коллектив авторов, 2011

Ros Vestn Perinatol Pediat 2011; 1:23–26

Адрес для корреспонденции: Тарасова Людмила Геннадиевна — к.м.н., асс. каф. туберкулеза Астраханской государственной медицинской академии
Стрельцова Елена Николаевна — д.м.н., проф., зав. той же кафедры
Ситкалиева Фатима Савитовна — клинический ординатор каф. травматологии и ортопедии Астраханской государственной медицинской академии
414018 Астрахань, ул. 2-я Дорожная, д. 18

риями туберкулеза, с нарастанием туберкулиновой чувствительности, гиперергической чувствительностью к туберкулину, из контакта с больными туберкулезом составляют группу повышенного риска заболевания туберкулезом [5–8]. Известно, что распространенность признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани выше в группе больных туберкулезом легких, чем в группе больных пневмонией [9].

В связи с вышеизложенным целью нашей работы явилось изучение признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей из групп риска по заболеванию туберкулезом.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами наблюдались 79 детей (45 мальчиков, 34 девочки) в возрасте от 1 года до 16 лет, находившихся в областном детском санатории (Астрахань) для обследования в связи с выявлением риска заболевания туберкулезом (контакт с больным туберкулезом, первичное инфицирование микобактериями туберкулеза, инфицирование с нарастанием туберкулиновой чувствительности, гиперергическая реакция Манту 2 ТЕ¹) или для противорецидивного лечения (ранее перенесенный туберкулез в анамнезе). У 54 (68,4%) детей имелись различные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (1-я группа). Клинико-морфологическими проявлениями патологии соединительной ткани были: нарушение физического развития, скелетные аномалии, признаки поражения кожи и ее придатков (зубов, ногтей), органа зрения, аппарата кровообращения, мышечной и сердечно-сосудистой систем [10].

По данным туберкулинодиагностики ранний период первичной туберкулезной инфекции был выявлен у 5 (9%) детей, инфицирование микобактериями туберкулеза — у 14 (26%), инфицирование с нарастанием туберкулиновой чувствительности — у 11 (20%), гиперергическая реакция Манту — у 9 (17%), перенесенный туберкулез — у 15 (28%). Контакт с больными туберкулезом был выявлен у 35 из 54 пациентов, из асоциальных семей были 17 детей.

Во 2-й (контрольной) группе из 25 детей без признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани ранний период первичной туберкулезной инфекции констатирован у 3 (12%), инфицирование микобактериями туберкулеза — у 9 (36%), инфицирование с нарастанием туберкулиновой чувствительности — у 2 (8%), гиперергическая реакция Манту — у 5 (20%), перенесенный

туберкулез — у 6 (24%). Контакт с больными туберкулезом обнаружен у 17 из 25 пациентов, из асоциальных семей был 1 ребенок.

Обращало внимание, что 21 (26,6%) ребенок из 79 наблюдавшихся поступил в санаторий из детского дома или реабилитационного центра, причем 18 детей вошли в 1-ю группу и только 3 ребенка — во 2-ю. Таким образом, косвенно подтверждено, что дети с неудовлетворительными условиями жизни чаще имеют признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (при $n=2$ и $\chi^2=4,7$; $p=0,09$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (54 ребенка 1-й группы) наиболее часто встречались дизморфии челюстно-лицевой области (голубые склеры — у 75%, диспластичные ушные раковины — у 55,6%, готическое небо — у 42,6%) и патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз — у 57,4%, синдром гипермобильности суставов — у 40,7%, нарушения осанки — у 37%, плоскостопие — у 29,6%, вальгусная или варусная деформация конечностей — у 22,2%). Нарушения прикуса обнаружены у 14,8%, малые аномалии развития сердца — у 9,3%, хронический гастроудоденит, дисбактериоз кишечника — по 7,4%, вегетососудистая дистония, миопия, нефропатия, энцефалопатия — по 5,6% детей (см. рисунок). Из анамнеза известно, что 92,6% детей страдают частыми простудными заболеваниями, у двух детей имеет место бронхиальная астма, у одного при бронхоскопии обнаружен трахеальный бронх.

Существует зависимость между количеством

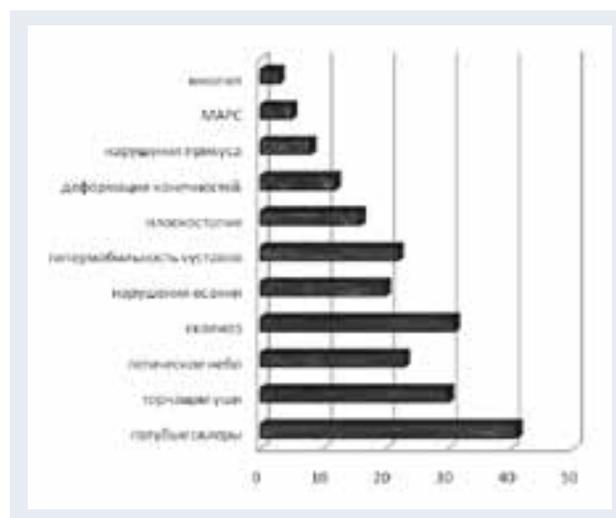


Рисунок. Признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани у 54 детей с риском заболевания туберкулезом (абс.)

МАРС — малые аномалии развития сердца.

¹ ТЕ — туберкулиновые единицы.

Таблица. Размеры поствакцинального рубца у детей с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани и в контроле

Размер рубца	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Нет	2	3,7	4	16
1–3 мм	4	7,4	3	12
4–5 мм	20	37,0	12	48
6–9 мм	28	51,9	6	24
Всего	54	100	25	100

внешних фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани и выявляемой патологией внутренних органов. По данным Л. В. Соловьевой (1999), при наличии 3 внешних признаков аномалии соединительной ткани со стороны сердца выявляются в 71% случаев, 4 и более — в 89% случаев. С. М. Гавалов и В. В. Зеленская (1999) отмечали поражение одновременно 7 систем (кожа, опорно-двигательная, мышечная, дыхательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, мочевыделительная) у 25% детей с бронхиальной астмой и хроническими бронхитами, а 4 систем (кожа, опорно-двигательная, мышечная, дыхательная) — только у 5% [11].

В нашем наблюдении 1–2 признака недифференцированной дисплазии соединительной ткани присутствовали у 8 (15%) пациентов, 3–4 признака — у 21 (38%) пациента, 5 признаков и более — у 26 (47%). Таким образом, наиболее часто встречалось сочетание поражения 5 систем — кожа, опорно-двигательная, мышечная, дыхательная и сердечно-сосудистая системы ($p < 0,05$).

Для детей, имеющих повышенный риск заболевания туберкулезом, важна специфическая профилактика в виде вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Визуальным показателем качественной вакцинации является поствакцинальный рубец размером 4–9 мм, маленьким считается рубец 2–3 мм, оптимальным — 4–5 мм, а 6–9 мм — большим кожным знаком. Ревакцинация БЦЖ проводится неинфицированным детям в возрасте 7 лет при условии отрицательной реакции Манту 2 ТЕ. В 1-й группе из 39 пациентов (старше 6 лет) были ревакцинированы пятеро, во 2-й группе из 17 детей — ни одного. Установлено, что у детей без недифференцированной дисплазии соединительной ткани чаще были оптимальные рубцы (4–5 мм), а у пациентов с признаками недифференцированной дисплазии достоверно чаще формировались большие кожные знаки и редко — малые (при $n=2$ и $\chi^2=6,5$; $p < 0,05$)

(см. таблицу).

Таким образом, большой кожный знак у ребенка с недифференцированной дисплазией соединительной ткани возможно свидетельствует не о «чрезмерно эффективной» вакцинации против туберкулеза, но о склонности к образованию подобных рубцов при любом повреждении кожных покровов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что 68,4% детей, относящихся к группам риска по заболеванию туберкулезом, имеют признаки дисплазии соединительной ткани, которая чаще проявляется дизморфиями челюстно-лицевой области (голубые склеры, диспластичные ушные раковины, готическое небо) и патологией опорно-двигательного аппарата (сколиоз, нарушения осанки, гипермобильность суставов). Причем почти у половины из этих детей определяются 5 признаков дисплазии и более, наиболее часто встречается сочетание поражения кожи, опорно-двигательной, мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем ($p < 0,05$). Для детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани характерно образование больших кожных знаков (6–9 мм) после прививки БЦЖ (при $n=2$ и $\chi^2=6,5$; $p < 0,05$). У детей из асоциальных условий жизни достоверно чаще констатируют проявления дисплазии соединительной ткани, чем у детей из благополучных семей (при $n=2$ и $\chi^2=4,7$; $p=0,09$).

Для повышения эффективности профилактики развития специфического процесса у детей из групп риска по заболеванию туберкулезом целесообразно в комплекс мероприятий включить обследование у ортопеда, кардиолога и невролога. Детям из групп риска показано назначение витаминов и минералов, стимулирующих коллагенообразование (витамины А, В₆, магний и т. д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Утц И.А., Городкова Е.Н. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей // Педиатрия. 2008. № 2. С. 117—119.
2. Bosdure E., Dubus J.C. The effects of tobacco on children // Rev. Mal. Respir. 2006. Vol. 23, № 6. P. 694—704.
3. Blacquirère M.J., Timens W., Melgert B.N. et al. Maternal smoking during pregnancy induces airway remodelling in mice offspring. // Eur. Res. J. 2009. Vol. 33, № 5. P. 1133—1140.
4. Чеботарева А.А. Совершенствование мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза у детей в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на территории с его высокой распространенностью среди взрослого населения: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2009. 26 с.
5. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл. туб. 2002. № 1. С. 6—9.
6. Аксенова К.И. Формирование групп риска у детей и подростков-школьников по результатам туберкулинодиагностики в условиях напряженной эпидемиологической ситуации. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2000. 20 с.
7. Бекембеева Г.С., Серикбаева К.С., Утепкалиев М.М., Кушумова А.М. Анализ инфицированности и заболевания детей туберкулезом в регионе с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией в период с 2001 по 2006 г. // Пробл. туб. 2009. № 1. С. 27—30.
8. Dilberovska M., Dacevski D. Tuberculosis in children — risk factors // Eur. Respir. J. 2005. Vol. 26. Suppl. 40. P. 2705.
9. Лысов А.В., Нечаева Г.И., Высокогорский В.Е. и др. Показатели метаболизма соединительной ткани в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза легких и пневмонии у пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани // Пробл. туб. 2003. № 11. С. 11—13.
10. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: Элби-СПб, 2009. 704 с.
11. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Особенности клинических проявлений и течения различных форм бронхолегочной патологии у детей с малыми формами дисплазии соединительной ткани // Педиатрия. 1999. № 1. С. 49—52.

Поступила 29.04.10

Современные представления о лечении аллергической астмы у детей

Current management of allergic asthma in children

G. Leo, C. Incorvaia

Minerva. Pediatr. 2010. Vol. 62, № 5. P. 475—484

Астма у детей характеризуется частыми симптомами рецидивов, вызванных бронхообструкцией, гиперреактивностью бронхиального дерева, а также воспалением слизистой дыхательных путей. Наличие аллергической сенсibilизации и аллергического ринита, в частности, в значительной степени связано с бронхиальной астмой. Основная цель при лечении астмы заключается в достижении и поддержании контроля над клиническими проявлениями заболевания. Это может быть достигнуто благодаря адекватному медикаментозному лечению, обучению пациентов и воспитателей правильному образу жизни (удаление аллергенов и специфическая иммунотерапия).

Среди препаратов, применяемых при лечении астмы, можно выделить базисные (ингаляционные кортикостероиды и антагонисты лейкотриеновых рецепторов) и симптоматические (бронходилататоры, используемые во время обострений). Ингаляционные кортикостероиды являются наиболее эффективными противовоспалительными препаратами базисной терапии для регулирования персистирующей астмы у детей всех возрастов, однако нет единого мнения об оптимальной стартовой дозе таких средств. Исследования, направленные на изучение оптимальной дозы ингаляционных кортикостероидов, показывают, что быстрое улучшение клинических симптомов и функции легких наступает даже при использовании низких доз. Показано, что низкие дозы эффективны при лечении детей с легко протекающей астмой, они позволяют безопасно контролировать течение болезни у большинства детей. При отсутствии улучшения клинической симптоматики на низких дозах ингаляционных кортикостероидов следует увеличить дозировку или дополнить терапию антагонистами лейкотриеновых рецепторов или назначить пролонгированные ингаляционные β_2 -агонисты. При астме, вызванной аэроаллергенами, следует рассмотреть возможность назначения специфической иммунотерапии в двух ее формах — подкожно или сублингвально. Эффективность подкожного способа специфической иммунотерапии давно доказана, однако сублингвальная форма значительно безопаснее и благоприятнее воспринимается детьми.

Референт И.М. Османов