

---

---

## Краткие сообщения

---

---

УДК 616.248:616-018.2-007.17-053.2

### **ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Е. Н. Кузина\***, кандидат медицинских наук,

**Е. М. Спивак**, доктор медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дисплазия соединительной ткани, дети.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [kuzina\\_elena25mail.ru](mailto:kuzina_elena25mail.ru).

В последние годы появились работы, в которых освещаются различные аспекты ассоциации дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и бронхиальной астмы (БА), в том числе и в детском возрасте. Основное внимание исследователей привлекают вопросы клиники обострения БА, протекающей на фоне ДСТ, тогда как морфофункциональное состояние указанной категории пациентов, находящихся в фазе клинической ремиссии заболевания, практически не изучено. Между тем определение адаптивных возможностей организма таких детей необходимо для осуществления дифференцированного подхода к реабилитации и оценке ее эффективности на вне стационарном этапе.

Цель работы – установить характер отклонений морфофункциональных параметров организма детей с atopической бронхиальной астмой, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани в периоде клинической ремиссии и определить их влияние на степень контроля заболевания.

Под наблюдением находилось 164 ребенка с atopической БА в периоде клинической ремиссии от 3,5 до 15 лет (средний возраст –  $11,3 \pm 0,3$  года), в том числе 98 мальчиков и 66 девочек. Диагноз установлен в соответствии с критериями, изложенными в Национальной

программе по бронхиальной астме. Степень контроля астмы определяли по данным АСТ-теста (опросник Childhood Asthma Control Test), пикфлоуметрии с вычислением суточной лабильности показателей, спирометрии с исследованием объема формированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>), бронхоконстрикторного теста с физической нагрузкой.

Выделено 2 группы пациентов: основная, сформированная из 79 детей, у которых БА была ассоциирована с ДСТ, и сравнения – 85 больных, имеющих БА без ДСТ. Группы не различались по возрастному и половому составу.

Определение ДСТ базировалась на выявлении характерных внешних и внутренних фенотипических маркеров с использованием таблиц Э. В. Земцовского. Во всех случаях диагностирована недифференцированная ДСТ.

Программа обследования включала в себя определение важнейших морфофункциональных параметров здоровья: физического развития, уровня резистентности и функционального состояния организма детей. Оценивали показатели сердечно-сосудистой, дыхательной и мышечной систем: двойное произведение, жизненную емкость легких (спирометрия), кистевую мышечную силу (динамометрия), силу мышц живота (по време-

---

Kuzina E. N., Spivak E. M.

THE PECULIARITIES OF ORGANISM MORPHOFUNCTIONAL STATE IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA IN COMBINATION WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

**Key words:** bronchial asthma, connective tissue dysplasia, children.

ни удержания ног в положении лежа на животе) и спины (по длительности удержания туловища в положении «ласточка»), индекс Руфье, общую физическую работоспособность (степ-тест, велоэргометрия). Анализ результатов осуществлялся в соответствии с общепринятыми нормативами.

Цифровой материал обработан математически с использованием пакета прикладных программ «StatPlus 2009».

По нашим данным, признаки недифференцированной ДСТ определяются у 48,17% детей с atopической БА, что существенно превышает общепопуляционную частоту.

Дисгармоничное физическое развитие зарегистрировано с одинаковой частотой в обеих группах (34,1 и 35,4%), однако структура его нарушений была различной. Среди детей основной группы статистически значимо чаще встречались дефицит массы тела и низкий рост (10,1 и 8,9% против 2,4 и 1,2% в группе сравнения соответственно,  $p < 0,05$ ).

Снижение резистентности в виде частых респираторных инфекций имело место в 40,5% случаев при ассоциации БА с ДСТ, тогда как в группе сравнения – лишь в 25,8% ( $p < 0,05$ ).

Большинство пациентов БА в стадии клинической ремиссии заболевания располагали сниженными функциональными возможностями физиологических систем, что чаще наблюдалось в основной

группе. Следовательно, дисплазия соединительной ткани оказывает отрицательное влияние на адаптивный резерв мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем при БА. Это может быть одним из механизмов недостаточного контроля заболевания. Так, в основной группе только 16,5% больных имели полный контроль БА, тогда как в группе сравнения – 27,1% ( $p < 0,05$ ).

По результатам велоэргометрии у детей, имеющих ассоциацию БА и ДСТ, выявлено уменьшение общей физической работоспособности, индексов хроно-, инотропного резерва, двойного произведения и эффективности работы сердца. Эти больные по сравнению с пациентами без ДСТ характеризуются значительным снижением резервных возможностей кровообращения.

Таким образом, у детей с atopической БА, сочетанной с недифференцированной ДСТ, по сравнению с группой пациентов без таковой в периоде клинической ремиссии заболевания значительно чаще встречаются нарушения морфофункционального состояния в виде дефицита массы тела, низкого роста, снижения резистентности, физиологических показателей и адаптивного резерва мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Наличие синдрома недифференцированной ДСТ у детей с atopической БА является дополнительным фактором, снижающим степень контроля заболевания. Это необходимо учитывать при базисной терапии и реабилитации больных на поликлиническом этапе.