

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Выполнила Толганова А., врач-интерн 706гр.
Научный руководитель: Ахметжанова Д.О, PhD,
ассистент кафедры Педиатрии им. Тусуповой Д.М.

Несмотря на значительные достижения медицинской науки, на сегодняшний день проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) остается одной из наиболее актуальных проблем педиатрии. Это обусловлено с одной стороны увеличением частоты встречаемости НДСТ среди детского населения (до 80%), а с другой – трудностями диагностики и верификации собственно синдрома НДСТ. Одним из наиболее часто встречаемых проявлений НДСТ, регистрируемых в 80% случаев, являются диспластикозависимые постуральные нарушения и патология костной ткани, которые имеют тяжелое течение и выраженные косметические дефекты

Цель работы: определить
влияние соединительнотканной
дисплазии на формирование
остеопенических нарушений у
детей и подростков

Материал и методы исследования

проведено комплексное обследование 1300 детей (690 мальчиков и 610 девочек) 9-18 лет, которые постоянно проживают в ВКО г. Семей. План обследования включал: углубленный анализ анамнестических данных, расширенное антропометрическое обследование, клинический осмотр с учетом количественных характеристик и выраженности внешних стигм дизэмбриогенеза соединительной ткани, висцеральных диспластикозависимых нарушений, гипермобильности суставов (ГС).

Для оценки структурно-функционального состояния костной ткани использовали неинвазивный метод скрининг-диагностики - ультразвуковую денситометрию (аппарат “Sunlight”) с анализом показателей согласно региональным стандартам.

Анализ результатов исследования показал, что популяционная частота встречаемости остеопенического синдрома в детской популяции ВКО г. Семей колеблется от $18,6 \pm 4,5\%$ до $36,8 \pm 6,1\%$ в зависимости от пола и возраста ребенка. Единичные фенотипические признаки НДСТ или стигмы дизэмбриогенеза отмечались у $82,9 \pm 7,3\%$ обследованных детей. Синдром НДСТ с учетом анализа биохимических маркеров коллагенообразования был диагностирован у $30,9\%$ детей ($55,1\%$ девочек и $44,9\%$ мальчиков).

- Из них 28,9% детей имели легкую форму выраженности НДСТ: 3-4 фенотипических маркера дизморфогенеза соединительной ткани и ГС (до 6 баллов) и не имели диспластикозависимой висцеральной патологии. Средней степени выраженности форма НДСТ (наличие 4-5 фенотипических признаков, ГС 6-8 баллов и 1 вид висцеральной патологии) была диагностирована у 44,4% детей. Выраженная форма НДСТ (более 5 фенотипических признаков, ГС 9 баллов и полисистемная висцеральная патология) была диагностирована у 32,1% детей.

На следующем этапе исследования были сформированы следующие группы детей: 1 группа - дети с синдромом НДСТ (706 детей), из них подгруппа 1-а - дети с сопутствующей остеопенией (557 детей); 2 группа (группа сравнения) - дети с остеопеническим синдромом без нарушений фибриногенеза (122 ребенка). Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей того же возраста.

Результаты и их обсуждение:

при оценке СФС костной ткани по показателям ультразвуковой денситометрии установлено, что у 62,1% детей с НДСТ имеет место снижение индекса плотности костной ткани, что практически в 2 раза выше региональных показателей детей соответствующего возраста и пола ($p < 0,05$). Установлена четкая зависимость между степенью выраженности НДСТ и частотой остеопении. При легкой форме выраженности НДСТ снижение плотности костной ткани диагностировано у 28,3% детей, при средней и выраженной форме НДСТ частота остеопении составила 59,5% и 71,4% соответственно ($p < 0,01$).

Таким образом, у детей с НДСТ нарушения СФС костной ткани характеризуется как снижением процессов костеобразования, так и усилением процессов резорбции костной ткани, что обуславливает высокую частоту остеопении в этой группе пациентов.

Выводы

1. У 62,1% детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отмечается снижение плотности костной ткани, тяжесть которой увеличивается параллельно выраженности диспластического процесса.

2. Денситометрическим эквивалентом диспластической остеопении является снижение показателя трабекулярной компоненты костной ткани, тогда как формирование остеопенического синдрома у детей без нарушений дизморфогенеза соединительной ткани происходит за счет снижения минеральной составляющей кости.

3. Особенностью клинических проявлений сочетанных диспластических и остеопенических нарушений у детей является наличие полисимптомной патологии опорно-двигательного аппарата.

4. Процессы ремоделирования костной ткани у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и остеопенией характеризуются дисбалансом процессов костеобразования и резорбции за счет ускорения последней и торможением процессов моделирования кости.

Спасибо за внимание!