

Summary

CORRELATION ANALYSIS BETWEEN INDICATORS OF INTENSITY OF CARIES, THE MAGNITUDE OF THE FACTORS INVOLVED IN ITS ORIGIN AND SERUM CONCENTRATIONS OF IODINE-CONTAINING THYROID HORMONES

Masyuk N. Yu.

Vitebsk State Medical University, Vitebsk

The degree of correlation of the parameters of the intensity of carious lesions of hard tissues of the tooth with the factors that are important in its development, and the serum concentration of iodine-containing thyroid hormones in cariesogenic effects (the content of animals under stress, being on a high-carbohydrate diet Stefan), used in isolation and in combination. Correlation analysis of the data was carried out using the program Statistica 10.0. It was found that the caries resistance of hard tissues of the tooth depends on the content of iodine-containing thyroid hormones in the blood due to their effect on the density of enamel, the intensity of lipid peroxidation in saliva, its antioxidant activity, remineralizing ability of saliva.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мирончик А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно
mironalen@gmail.com

Введение. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированное нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением [1]. Именно прогрессирующий характер течения многих форм диспластических изменений заставляет рассматривать данное состояние как структурно – функциональный фон и фактор высокого риска возникновения приобретенных заболеваний [2].

Выделяют две группы ДСТ. К первой группе относят редко

встречающиеся дифференцированные дисплазии с известным генным дефектом определенного типа наследования и с четкой клинической картиной (синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез и др.). Вторую группу составляют недифференцированные ДСТ (НДСТ), наиболее часто встречающиеся в педиатрической практике. НДСТ – это генетически гетерогенная патология, обусловленная изменениями в геноме вследствие мультифакторных воздействий на плод внутриутробно [3].

Распространенность наследственных форм невелика. Так, частота синдрома Марфана в популяции – 1:10000–1:15000. Напротив, недифференцированная ДСТ (НДСТ) диагностируется в России достаточно часто: около 1:5 (Нечаева Г.И., 1986), 8,5% в выборке из 400 человек (Головской Б.В., 2002) [4]. Определение истинной частоты НДСТ в популяции затруднено, так как данный синдром может проявляться у пациентов лишь несколькими малозаметными признаками [1]. К особенностям ДСТ относится отсутствие или слабая выраженность фенотипических признаков дисплазии при рождении, даже в случаях дифференцированных форм. У детей с генетически детерминированным состоянием маркеры дисплазии проявляются постепенно в течение жизни [3]. По мнению Нечаевой Г.И., Яковлева В.М. (2008) в период новорожденности выявление признаков НДСТ минимально; в возрасте 4–5 лет начинают формироваться пролапсы клапанов сердца; в 5–7 лет – торакодифрагмальный синдром (деформации грудной клетки и позвоночника), плоскостопие, миопия; в подростковом и молодом возрасте – сосудистый синдром. Критическим периодом является подростковый возраст, когда прирост количества признаков дисморфогенеза соединительной ткани может составлять более 300%! Подобная динамика объясняется прогрессивным характером манифестации признаков ДСТ в период максимального роста организма, связанного с увеличением общей массы соединительной ткани [4].

Слабость соединительнотканых структур легочной ткани предрасполагает к развитию разнообразной патологии органов дыхания. Морфологические изменения бронхолегочной системы при ДСТ приводят к изменениям функции мышечно-хрящевого каркаса трахеобронхиального дерева и альвеолярной ткани, делая их повышено эластичными, что отрицательно сказывается на дренажной

функции бронхов и стромальной устойчивости альвеол. Изменения трахеобронхиального дерева сопровождаются дискинезией воздухоносных путей, клинические проявления которой и изменения ФВД зависят от локального или диффузного характера поражения, ранним появлением осложнений. НДСТ приводит к нарушению эластичности легочной ткани, что сопровождается склонностью к развитию эмфиземы, поликистоза легких и спонтанных пневмотораксов. Трахеобронхиальная дискинезия играет ведущую роль в развитии рецидивирующей и хронической легочной патологии [2].

Цель исследования. Оценить функцию внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с признаками НДСТ, не имеющих патологии органов дыхания.

Материалы и методы. Исследование проведено у 40 пациентов, в возрасте 11–17 лет, находящихся на обследовании и лечении в соматическом отделении УЗ «ГОДКБ». Проведен анализ медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у). В результате внешнего осмотра у части детей были выявлены признаки неполноценности соединительной ткани. Исследование функции внешнего дыхания выполнено на спирографе МАС-1-ПК.

Результаты исследований. В ходе обследования пациенты были разделены на 2 группы. В первую включено 10 детей с внешними и висцеральными фенотипическими маркерами ДСТ. Наиболее часто диагностировали миопию слабой степени (70%), сколиотическую осанку (80%), деформации грудной клетки (30%), у 20% детей – Х-образную деформацию нижних конечностей. По данным УЗИ у 40% обследованных был ПМК 1 ст., у 10% – ПМК 2 ст., у 90% – аномально расположенные хорды левого желудочка, у 10% – аневризма межпредсердной перегородки, у 20% – нефроптоз 1 ст., у 10% – гидронефроз. У 80% пациентов отмечался астенический тип конституции со снижением индекса массы тела менее 19. Вторую группу составили 30 пациентов без клинических внешних и внутренних признаков ДСТ. У всех детей исследована ФВД на спирографе МАС-1-ПК. Обследование проводилось в утренние часы, натощак, после 15–20-минутного отдыха. Регистрировали жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), индекс

Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ), мгновенную объемную скорость выдоха 25, 50, 75% ФЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75).

По данным спирографии не выявлено нарушений ФВД у пациентов 2-й группы. В первой группе у 50% обследуемых показатели ФВД находились в пределах возрастной нормы, а у остальных 50% зарегистрировано нарушение ФВД. Причем по рестриктивному типу в 20% случаев, по обструктивному в 80% случаев, среди которых снижение показателя МОС25 зафиксировано у 40% пациентов, МОС50 – у 25%.

Таким образом, несмотря на отсутствие жалоб со стороны органов дыхания, изменение ФВД зарегистрировано у значительного количества детей с клиническими внешними и внутренними маркерами НДСТ в большинстве случаев по обструктивному типу на уровне крупных и средних бронхов. Выявленный скрытый обструктивный синдром, вероятнее всего, является результатом трахеобронхиальной дискинезии, что в дальнейшем может привести к развитию хронической легочной патологии у данной категории детей.

Литература

1. Тябут, Т. Д. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани / Т. Д. Тябут, О. М. Каратыш // Современная ревматология. – 2009. – № 2. – С. 19–22.
2. Конюшевская, А. А. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Пульмонологические аспекты / А. А. Конюшевская, М. А. Франчук // Здоровье ребенка. – 2012. – № 7 (42). – С. 147–152.
3. Творогова, Т. М. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани с позиции дисэлементоза у детей и подростков / Т. М. Творогова, А. С. Воробьева // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 24. – С. 12–15.
4. Национальные рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 1. – Т. 11. – С. 10–15.

Summary

THE EXTERNAL RESPIRATORY FUNCTION IN CHILDREN WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Mironchik A.M.

Grodno State Medical University, Grodno

The external respiratory function was investigated with spirometry in children with and without external and internal signs of the connective tissue dysplasia (CTD). The results show: 40% of patients with CTD signs have a obstruction type disorders of the external respiratory function. The patients without CTD signs have not any disorders of the external respiratory function.

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ

Мысливец М.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно
marynadok@gmail.com

Введение. Общее количество заболеваний костно-мышечной системы за последнее десятилетие увеличилось более чем на 30%, стоимость лечения которых в некоторых странах составляет более 3% ВВП [1]. Около 2,7–5,2% взрослых, страдающих ревматоидным артритом, имели начало в детском возрасте [2]. Значимой проблемой современной педиатрии является диагностика и лечение воспалительных заболеваний суставов у детей, прежде всего ЮРА (ювенильного ревматоидного артрита). Диагностика ревматоидного процесса на фоне суставного синдрома достаточно непростая, поскольку не у всех пациентов развивается ЮРА, клинико-лабораторные критерии которого однозначно бы соответствовали классификационным критериям болезни [3]. Приведенные данные указывают на необходимость дифференцированного диагностического и терапевтического подхода к различным вариантам данной суставной патологии у детей.

Цель исследования. Разработать модель определения вероятности развития ювенильного ревматоидного артрита у пациентов с суставным синдромом.

Материалы и методы. В соответствии с поставленной целью на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» было обследовано 80 пациентов. По результатам обследования дети были разделены на 2 группы. Группа 1 (n=47) – дети с ЮРА. Группа 2 (n=33) включала пациентов с артритами, не ассоциированными с аутоиммунной патологией. Всем детям проводились клинико-