

личий от аналогичных характеристик протезов из титана и тефлона по всем исследуемым частотам.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Новоселецкий, В.А. Анализ результатов эксперимента по применению сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности в качестве материала для оссикулопластики / В.А. Новоселецкий, О.Г. Хоров, В.А. Струк // *Ars medica.* – 2011. - № 4. – С. 25-32
2. Семенов, Ф.В. Клинико-аудиологические методы оценки эффективности оссикулопластики с использованием титановых протезов при хирургическом лечении больных хроническим средним отитом / Ф.В. Семенов, А.К. Волик // *Российская оториноларингология.* - 2004. - № 4. - С. 145-148
3. Хоров, О.Г. Избранные вопросы отологии: учебное пособие / О.Г. Хоров, В.Д. Меланьин. – Гродно: ГрГМУ, 2007.- 160 с.

## **СИМПТОМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ В г.ГРОДНО И г.ГОМЕЛЬ**

*Хоха Р.Н.\*; Худякова Л.В.*

\*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Городская поликлиника №3» г.Гомель

Большим количеством исследований, проведенных за последние годы, установлено, что на течение ряда заболеваний кроме наследственной предрасположенности, нарушения иммунного ответа влияет несостоятельность соединительной ткани. Условия для возникновения ее дисплазии складываются еще во внутриутробном периоде, однако клиническое значение она может приобрести в разные периоды жизни человека. Стимулирующую роль в «клинической реализации» могут сыграть различные факторы как внешней, так и внутренней среды. В современной литературе уже накопилось много работ, указывающих на роль дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в формировании различных видов соматической патологии [2]. Одним из таких заболеваний у детей является бронхиальная астма (БА), которой в настоящее время страдает до 30% детей [1]. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем не могут не отразиться на возникновении и течении патологии, у лиц, находящихся в неблагоприятных усло-

виях. Однако данный аспект проблемы изучен недостаточно. Гродненская и Гомельская область являются регионами с отличающимися факторами внешней среды (климатическими, экологическими), что и определило актуальность наших исследований.

Цель исследования – провести сравнительный анализ частоты встречаемости симптомов и степени тяжести ДСТ у детей, страдающих БА, проживающих на территориях, отличающихся факторами внешней среды (г.Гродно и г.Гомель).

Обследовано 110 детей с БА в возрасте 3-17 лет, проживающих в г. Гродно и г.Гомель. Диагностика БА осуществлялась в соответствии с «Клиническим протоколом по диагностике и лечению бронхиальной астмы» утвержденным МЗ РБ от 23.02.2006. и дополнительных методов исследования по показаниям. Верификация признаков ДСТ проводилась по внешним и внутренним фенотипическим признакам. Для определения степени тяжести ДСТ использована балльная система [4]. При легкой степени тяжести ДСТ сумма баллов не превышала 12, при средней степени тяжести ДСТ – не более 23 баллов, при тяжелой степени тяжести ДСТ – от 24 баллов и более. Данные обрабатывались непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA 6,0.

В результате исследования было установлено, что фенотипические симптомы ДСТ у детей, страдающих БА и проживающих в г.Гродно и г.Гомель формируются в большинстве систем. Частота фенотипических признаков ДСТ у обследуемых детей была представлена следующим образом: г. Гродно, внешние симптомы – костно-скелетные: килевидная деформация грудной клетки (КДГК) 4,7%, воронкообразная грудная клетка (ВГК) 17,8%, долихостеномилия 84,9%, арахнодактилия 8,2%, сколиотическая деформация позвоночника (СДП) 27,2%, кифоз – 1,2%, ограничение выпрямления локтевого сустава (ОВЛС) < 170 градусов 2,3%, высокое арковидное небо (ВАН) 61,2%, нарушение роста и скученность зубов (НРСЗ) 55,3%, ломкость костей (ЛК) 3,5%, деформация черепа (ДЧ) 1,2%, долихоцефалия 8,2%; суставные: гипермобильность суставов (ГМС) 45,9%, вывихи 8,2%, плоскостопие 36,5%; кожно-мышечные: повышенная растяжимость кожи (ПРК) 9,4%, тон-

кая легко ранимая кожа (ТЛРК) 17,8%, «бархатистая» кожа 44,7%, множественные пигментные пятна (МПП) 6,7%, атрофические юношеские стрии (АЮС) 1,2%, мышечная гипотония/гипотрофия 1,2%; глазные: голубые склеры (ГС) 65,8%, миопия 8,2%, эпикантус 3,5%, антимонголоидный разрез глаз (АМРГ) 34,1%, глубоко посаженные глаза (ГПГ) 1,2%; МАР: гипертелоризм 3,5%, гипотелоризм 3,5%, деформация перегородки носа (ДПН) 18,8%; оттопыренные уши 22,3% присосшие мочки ушей 16,5%, отсутствие мочки ушей 4,7%, сандалевидная щель 1,2%, образование гематом 1,2%; внутренние: ПМК 23,5%, ФХЛЖ 36,5%, птозы органов брюшной полости и почек (ПОБПП) 1,2%, аномальная форма желчного пузыря (АФЖП) 44,9%, долихосигма/долихоколон 8,2%, ГЭР и ДГР 12,9%, образование гематом 1,2%; г. Гомель – костно-скелетные: КДГК 16%, ВГК 16%, долихостеномилия 93,8%, арахнодактилия 20%, СДП 68,1%, кифоз 4%, ОВЛС до < 170 градусов 8%, ВАН 3,8%, НРСЗ 72%, долихоцефалия 4%, суставные: ГМС 96%, вывихи 12%, плоскостопие 60%; кожно-мышечные: ПРК 12%, ТЛРК 32%, «бархатистая» кожа 64%, МПП 16,4%, 1,2%, глазные: ГС 100%, АМРГ 32%, ГПГ 4%; МАР: ДПН 68,1%; образование гематом 4%, варикозная болезнь 8%, сандалевидная щель 16%; внутренние: ПМК 8%, ФХЛЖ 64%, ПОБПП 4%, АФЖП 52%, долихосигма/долихоколон 2,6%, ГЭР и ДГР 60%.

Приведенные результаты свидетельствуют о преобладании симптомов ДСТ среди детей, проживающих в г.Гомель, достоверно чаще у них, встречались следующие признаки: СДГК ( $p < 0,05$ ), ВАН ( $p < 0,01$ ), ДПН ( $p < 0,02$ ), ГМС ( $p < 0,001$ ), ГС ( $p < 0,01$ ), ГЭР и ДГР ( $p < 0,005$ ). Степень тяжести проявлений ДСТ в анализируемых группах была также различна. Так у 40% детей с БА из г.Гродно установлена легкая, у 48,2% – среднетяжелая, у 11,8% – тяжелая степень ДСТ. У детей из г.Гомель выявлены среднетяжелые (64%) и тяжелые (36%) проявления ДСТ.

Таким образом, проведенное исследование показывают, что у детей с БА, проживающих в г.Гомель симптомы ДСТ встречаются чаще с преобладанием среднетяжелых и тяжелых ее форм.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров / А.А. Баранов, Р.М. Хаитов; под общ. ред. А.А. Баранова. – Москва: Союз педиатров России, 2008. – 248 с.
2. Мартынов, Ю.Ф. Клинико-психологические особенности лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца / Ю.Ф. Мартынов // Рос. мед. вести. – 1998. – № 3. – С. 25-32.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ И БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

*Хоха Р.Н.\*, Бедин П.Г.\*, Малышко Н.А.*

\*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

По данным эпидемиологических исследований аллергическими болезнями страдает от 15% до 25% детского населения. Кожная аллергическая патология у детей представлена в основном атопическим дерматитом (АД), распространенность которого среди детского населения составляет от 3% до 28% [1], а среди детей раннего возраста – 80-85% [2]. Важность проблемы АД обусловлена его хроническим рецидивирующим течением, зачастую торпидным к традиционной терапии, формированием тяжелых осложненных форм, требующих определенных материальных затрат. АД является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы у детей, поскольку эпикутанная сенсibilизация сопровождается не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением в процесс различных разделов респираторного тракта.

Цель исследования – провести сравнительный анализ заболеваемости АД детей Гродненской и Брестской области.

Анализ общей и первичной заболеваемости АД проводили на основании ежегодных отчетов кабинета медицинской статистики УЗ «ДОКБ» г. Гродно и г.Брест за 2008г.

Результаты анализа заболеваемости АД показали, как общая, так и первичная заболеваемость в сравниваемых регионах неодинакова и ее показатели значительно выше в Гродненской