

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Гончарова Л.А.<sup>1</sup>, Крошкина В.А.<sup>2</sup>, Жидовинов А.А.<sup>1</sup>, Куркин А.М.<sup>3</sup>,  
Назмудинова О.М.<sup>3</sup>, Проватар Н.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет  
Минздрава России  
<sup>2</sup> АО «Медси»

<sup>3</sup> Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой  
Астрахань, Одинцово, Россия  
sanomed@rambler.ru

*Изучались клинические признаки системной дисплазии соединительной ткани у детей с острой и рецидивирующей кривошеей. Проанализировано 225 клинических случаев. Выявлено преобладание гипермобильности суставов и астенического телосложения в группе детей с рецидивирующей кривошеей. В данной группе наблюдались такие скелетные клинические формы, как плосковальгусная деформация стоп, кифоз, сколиоз.*

**Ключевые слова:** дети, системная дисплазия соединительной ткани, острая и рецидивирующая кривошея.

## PREVALENCE OF SOME CLINICAL FORMS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN

Goncharova L.A.<sup>1</sup>, Kroshkina V.A.<sup>2</sup>, Zhidovinov A.A.<sup>1</sup>, Kurkin A.M.<sup>3</sup>,  
Nazhmudinova O.M.<sup>3</sup>, Provatar N.P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
<sup>2</sup> Medsi,

<sup>3</sup> Regional Children's Clinical Hospital named. N.N. Silischeva,  
Astrakhan, Odintsovo, Russia,

*We studied the clinical signs of systemic connective tissue dysplasia in children with acute and recurrent torticollis. 225 clinical cases were analyzed. The prevalence of joint hypermobility and asthenic constitution was revealed in the group of children with recurrent torticollis. In this group, such skeletal clinical forms as planovalgus deformity of the feet, kyphosis and scoliosis were observed.*

**Key words:** children, systemic connective tissue dysplasia, acute and recurrent torticollis.

В современной медицинской отечественной и зарубежной литературе все чаще встречается описание различных форм и проявлений синдрома системной дисплазии соединительной ткани у детей. Клинические формы недифференцированной формы данного состояния (НДСТ) разнообразны и многочисленны (И.Р. Аминова, Н.В. Афанасьева, 2018), а диагностика и идентификация затруднительны (А.Е. Сизикова, 2018). Чаще других симптомов указывают на патологию сердечной мышцы, гипермобильность суставов и позвоночника (Тябут Т. Д., Каратыш О. М., 2009). Выявлена корреляция между системной дисплазией соединительной ткани и повторяющимися подвывихами в шейном отделе позвоночника у детей (Ф.С. Ситкалиева, 2013). Согласно имеющимся данным число детей с данной патологией увеличивается из года в

год, и часто это сопровождается подвывихами в крупных суставах и шейном отделе позвоночного столба. Поэтому дети с клиническими признаками системной дисплазии соединительной ткани, возможно, нуждаются в уточняющей лучевой и биомеханической диагностике для предотвращения рецидивирующих вывихов и подвывихов.

**Цель исследования.** Изучить скелетные формы системной дисплазии соединительной ткани у детей.

**Материал и методы.** В период с 2017 по 2020 гг. нами было обследовано 225 детей, обратившихся в травматологическое отделение Областной детской клинической больницы им Н.Н. Силищевой с симптомами острой боли в шейном отделе позвоночника и вынужденным положением головы. Изучались анамнестические и клинические данные, производилась соматометрия, а также лучевые инструментальные исследования (рентгенография, компьютерная томография с 3-D реконструкцией). Отдельно отмечались и описывались клинические признаки имеющейся соединительнотканной дисплазии у данной группы детей. Для проведения сравнительного анализа была определена основная группа, куда были отнесены дети с двумя и более обращениями по поводу острой кривошеи без прямой травмы в анамнезе (n=124 – рецидивирующая форма), и группа сравнения (n=103), где были дети с впервые возникшим состоянием острой кривошеи без прямой травмы в анамнезе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценка признаков НДСТ у детей в основной и контрольной группе показала, что по шкале Бейтона в основной группе детей с физиологическим вариантом нормы движений суставов было меньшинство – 22 ребенка, с умеренной гипермобильностью – 47 человек, а большинство (55) составляли дети с выраженной гипермобильностью суставов. В группе сравнения абсолютное большинство составляли дети с физиологическим вариантом нормы движений в суставах.

Соматометрические исследования показали, что средний рост по данным, полученным в стационаре при поступлении ребенка в основную группу, составил  $131,2 \pm 0,3$  см, вес –  $24,5 \pm 0,42$  кг. В то время, как в группе сравнения –  $128,1 \pm 0,4$  см и  $25,5 \pm 0,62$  кг, что достоверно свидетельствовало о пониженном уровне физического развития детей с рецидивами кривошеи ( $t=8,2$ ;  $t=2,5$ ).

Окружность грудной клетки, а также окружность запястья у детей в обеих группах измерялись сантиметровой лентой при поступлении. Их анализ свидетельствует о статистически значимом преобладании астеничного телосложения среди детей с рецидивами кривошеи.

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что в основной группе дети намного чаще (21%) были отнесены к категории часто болеющих детей (ЧБД), находились под наблюдением офтальмолога (17%), невролога (21%) и ортопеда (27%). Родителями указывались такие сопутствующие заболевания, как: затяжной бронхит (у 6 – с астмоидным компонентом), атопический дерматит, миопия, вегето-сосудистая дистония, сколиоз, кифоз, плоско-вальгусные стопы.

**Заключение.** По результатам наших наблюдений можно заключить, что рецидивирующая кривошея у детей является часто встречающимся клиническим признаком скелетной формы соединительнотканной дисплазии у детей. Результаты обследования показали преобладание в основной группе

детей с выраженной гипермобильностью, что может являться объяснением готовности скелета к повторным вывихам. Среди детей основной группы был достоверно больше удельный вес таких сопутствующих заболеваний, как деформации позвоночника, плоско-вальгусные стопы, атопический дерматит и миопия.

### **Список литературы**

1. Аминова И.Р., Афанасьева Н.В, Диагноз системная дисплазия соединительной ткани в повседневной практике врача. // Материалы X Юбилейного Всероссийского съезда травматологов-ортопедов. (г. Москва, 16–19 сентября 2014 г.) под ред. С.П. Миронова – М.: Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова – С. 487.

2. Сизикова А.Е. Метология диагностики дисплазии соединительной ткани. В сб. “Материалы X юбилейного всероссийского съезда травматологов-ортопедов. “М. 2014, С. 479.

3. Ситкалиева Ф.С. Клинико-лабораторные особенности патогенеза ротационного подвывиха атланта у детей: автореф. дисс...канд. мед. наук. Самара, 2013. – С. 23.

4. Тябут Т. Д., Каратыш О. М. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани // Современная ревматология. – 2009. – №. 2.