

А. В. Остапкович, Ю. В. Савицкая
**НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ КАК ФАКТОР РИСКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ю. Ю. Панкратова

1-я кафедра внутренних болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Приведены результаты исследования признаков врожденной недифференцированной дисплазии соединительной ткани у пациентов с внебольничной пневмонией в сравнении со здоровыми добровольцами.*

***Ключевые слова:** врожденная недифференцированная дисплазия соединительной ткани, внебольничная пневмония.*

***Resume.** Here are presented the results of the study of congenital undifferentiated connective tissue dysplasia in patients with community-acquired pneumonia in comparison with healthy volunteers.*

***Keywords:** congenital undifferentiated connective tissue dysplasia, community-acquired pneumonia.*

Актуальность. Пневмония является одной из форм острой респираторной инфекции и распространена повсеместно. Заболеваемость пневмонией составляет 3-16‰ в год. А смертность, не смотря на успехи фармакологической промышленности по созданию новых антибактериальных препаратов, существенно не снижается [3]. Предрасполагают к развитию заболевания вирусные инфекции (грипп, инфицирование вирусом иммунодефицита человека), различные сопутствующие хронические заболевания, курение. Наследственные структурно-функциональные нарушения соединительной ткани широко распространены в популяции и являются фоновой патологией, модифицирующей естественное течение многих заболеваний внутренних органов [1].

Цель: изучить может ли наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) служить фактором риска возникновения пневмонии.

Задачи:

1. Установить факт наличия и выраженность проявлений ДСТ у пациентов с внебольничной пневмонией (ВБП).

2. Сравнить полученные данные с результатами обследования здоровых добровольцев, не имеющих в анамнезе воспалительных заболеваний лёгких.

3. Выявить зависимость тяжести ВБП от выраженности проявлений ДСТ.

Материал и методы. Обследованы 20 пациентов с ВБП (7 женщин и 13 мужчин), лечившихся в отделении пульмонологии 10-й ГКБ (группа 1). Диагноз всем устанавливался рентгенологически. Группу 2 составили 30 случайных

добровольцев (19 женщин и 11 мужчин), не болевших в анамнезе пневмонией. Все обследованные были в возрасте до 30 лет. Группы были сопоставимы по возрасту, полу. Применялись анкетирование и клиническое обследование. Степень выраженности ДСТ оценивали по Т.Ю. Смольновой (2003 г.) [2]. Выявленные проявления ДСТ оценивали в баллах. При сумме баллов до 9 у обследуемого диагностировалась ДСТ легкой степени тяжести (маловыраженная), от 10 до 16 баллов – средней степени тяжести (умеренно выраженная), от 17 и выше – тяжелой степени (выраженная)[2].

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы «*BIOSTAT*». Для сравнительного анализа использовались Т-критерий Стьюдента, критерий z. Для выявления связи между признаками рассчитывался непараметрический ранговый критерий корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Среди проявлений ДСТ в обеих группах преобладали изменения со стороны опорно-двигательного аппарата (таблица 1). Удельный вес проявлений ДСТ на первый взгляд в группе 1 был выше, однако достоверных различий не получено. Установлено, что только варикозное расширение вен чаще встречалось у пациентов с ВБП ($z=2,0$; $p<0,05$).

Таблица 1. Проявления ДСТ.

Проявления ДСТ	Группа 1, % (n=20)	Группа 2, % (n=30)	p
Сколиоз	55	40	>0,05
Варикозное расширение вен	26	3	<0,05
Плоскостопие	15	10	>0,05
Гипермобильность суставов	30	13	>0,05
Малые аномалии сердца	25	10	>0,05
Грыжи	10	0	>0,05
Астенический тип конституции	10	10	>0,05
Дефицит массы тела	15	7	>0,05
Воронкообразная или килевидная грудная клетка	5	7	>0,05
Короткие кривые мизинцы	28	13	>0,05
Нарушение роста ногтей	15	30	>0,05
Тонкая, легкоранимая, гиперэластичная, сухая кожа	25	23	>0,05
Атрофические юношеские стрии	20	3	>0,05
Миопия	35	47	>0,05
Зубо-челюстные аномалии	25	23	>0,05
H. valgus	15	13	>0,05
ВСД	5	13	>0,05

У всех пациентов с ВБП были выявлены проявления ДСТ (рисунок 1). При

оценке степени тяжести ДСТ оказалось, что в группе 1 преобладала легкая степень (у 80% пациентов) нарушений. У 20% больных были проявления средней степени тяжести. В группе 2 у 7% обследуемых отсутствовали изменения, характерные для ДСТ, у 86% – наблюдались изменения легкой степени, ещё у 7% – средней степени тяжести (рисунок 2). Статистически значимых различий между группами не получено.

При оценке степени тяжести ВБП у пациентов 1 группы было выявлено закономерное преобладание среднетяжёлого течения заболевания (85%). Тяжелое течение ВБП наблюдалось у 10% больных, легкое – у 5%. С помощью рангового критерия корреляции Спирмена выявлена взаимосвязь между тяжестью течения пневмонии и выраженностью дисплазии: $r_s=0,57$; $p<0,01$, а также между уровнем сатурации кислорода и выраженностью дисплазии $r_s=-0,6$; $p<0,01$. Последнее может свидетельствовать о взаимосвязи между выраженностью дисплазии и дыхательной недостаточностью.

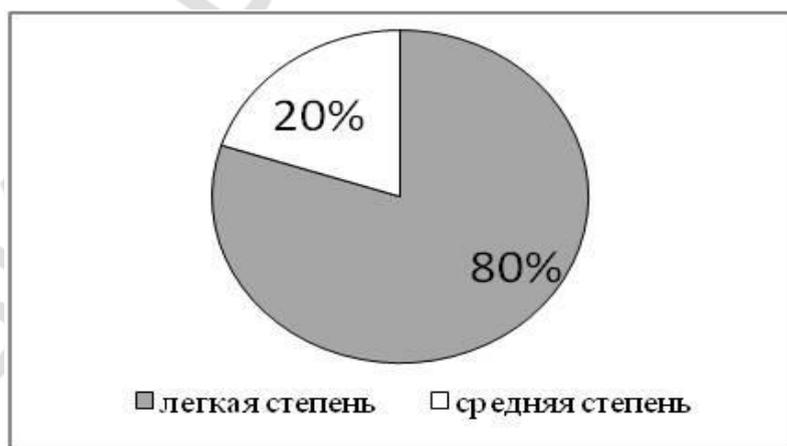


Рисунок 1 – Выраженность ДСТ у пациентов с ВБП

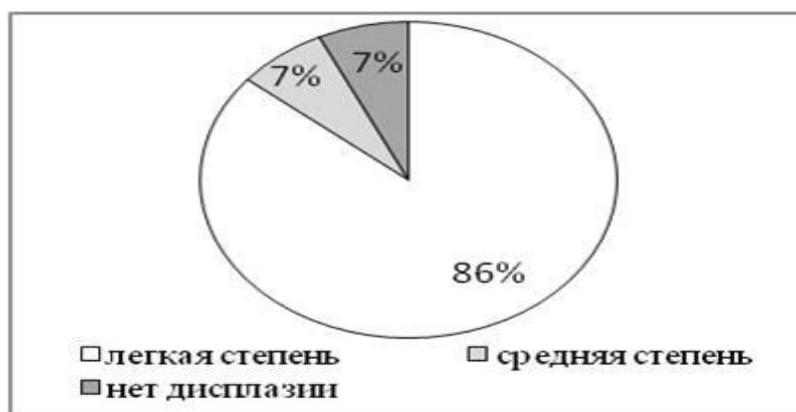


Рисунок 2 – Выраженность ДСТ у обследуемых из группы 2

Выводы:

1. У пациентов с ВБП присутствуют проявления ДСТ.
2. ДСТ широко распространена в популяции, и нами не получено

убедительных данных, что она может быть фактором риска развития пневмонии.

3. Наличие более выраженных проявлений ДСТ может способствовать более тяжелому течению пневмонии и дыхательной недостаточности. Данный факт необходимо учитывать при оценке степени тяжести пневмонии и решении вопроса о госпитализации.

A. V. Ostapkovich, Y. V. Savitskaya
**UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AS A RISK
FACTOR FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**

Tutor Associate professor Y. Y. Pankratava
1st Department of Internal Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Дисплазия соединительной ткани у детей и подростков/ А.Ф. Бабцева и др. – Благовещенск, 2010. – 101 с.
2. Евтушенко, С.К. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии / С.К. Евтушенко, Е.В. Лисовский, О.С. Евтушенко. – Донецк: ИД Заславский, 2009. – 361 с.
3. Dockrell, D.H. Pneumococcal Pneumonia. Mechanisms of Infection and Resolution / D.H. Dockrell, M.K.V. Whyte, T.J. Mitchell // Chest. – 2012. – Vol. 142, № 2. – P. 482-491.