

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Н. В. Моторенко¹, Н. Д. Титова²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, РБ

²Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, РБ

Введение

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) – наиболее распространенный тип деформации передней грудной клетки. Он характеризуется вдавлением грудины и прилегающего реберного хряща. При осмотре пациента деформация грудной клетки, как правило, начинается от места соединения рукоятки с телом грудины с наибольшей выраженностью на уровне соединения с мечевидным отростком и распространяется на III–VIII ребра включая обе реберные дуги. Определяется уплощенная грудная клетка с приподнятыми краями ребер, опущенные надплечья, выпяченный живот, грудной кифоз, боковые искривления позвоночника. При глубоком вдохе заметен «парадокс вдоха». Пациенты с ВДГК как правило имеют астеническое телосложение, пониженную массу тела, бледные кожные покровы. Нередко при осмотре детей с деформацией грудной клетки выявляются различные дизэмбриогенетические стигмы: гипермобильность суставов, нистагм, готическое небо.

Цель исследования: проанализировать фенотипические особенности пациентов с ВДГК.

Материалы и методы

В исследование включены 82 пациента с воронкообразной деформацией грудной клетки I, II, III степени, проходивших обследование и лечение на базе УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» с 2019 по 2024 год. Для определения степени тяжести деформации и показаний к оперативному лечению использовали индекс Халлера. I степень встречалась у 20 (24,4%) пациентов, II степень деформации – у 38 (46,3%) пациентов, III степень – у 24 (29,3%) пациентов. Медиана возраста детей – 14 лет. Из них 61 мальчик (74,4%) и 21 девочка (25,6%).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы «Statistica 10,0». Описательные статистики численных показателей представлены в виде Me – медиана показателя, Q1, Q3 – первый и третий квартиль: Me (Q1, Q3). Значения качественной переменной представлялись в виде абсолютных чисел (долей в %), а их сравнение проводилось при помощи критерия Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди пациентов с ВДГК преобладали дети с астеническим типом телосложения (40; 48,8%). Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов с I степенью ВДГК составил – 18,1 (17,4–19,1), со II степенью ВДГК – 17,5 (16,3–18,3), с III степенью – 17,8 (17,2–19,4). Внешний вид данных пациентов отличался преобладанием продольных размеров тела над поперечными, высоким ростом при относительно низкой массе тела, длинными верхними и нижними конечностями с удлинением кистей и стоп.

В формировании фенотипа пациентов с ВДГК ведущую роль занимали изменения со стороны опорно-двигательного аппарата в виде: сколиоза и/или кифосколиоза (51,2%), плоскостопия (28,0%), гипермобильности суставов – 10,9%. Характерной особенностью было сочетание указанных признаков.

В зависимости от степени деформации грудной клетки были выявлены особенности фенотипического «портрета» пациентов. У пациентов с III степенью ВДГК достоверно чаще, чем при I степени, были выявлены такие костно-суставные изменения, как сколиоз/кифоз (66,7 и 35,0% соответственно, $\chi^2=4,38$, $p=0,037$), плоскостопие (45,8 и 15,0% соответственно, $\chi^2=4,78$, $p=0,029$), гипермобильность суставов (20,8 и 0% соответственно, $\chi^2=4,31$, $p=0,038$).

Наиболее характерными внешними фенотипическими признаками со стороны кожи у пациентов с ВДГК были: повышенная растяжимость кожи (15,8%), приросшие мочки (15,8%), нежная кожа (12,2%), поперечная исчерченность стоп (7,3%).

Несмотря на отсутствие достоверных различий, изменения со стороны кожи у пациентов с III степенью ВДГК встречались чаще, чем с I степенью. Повышенная растяжимость кожи (25,0 и 10,0% соответственно, $\chi^2=1,65$, $p=0,199$), приросшие мочки (20,8 и 10,0% соответственно, $\chi^2=0,96$, $p=0,328$), нежная кожа (25,0 и 5,0% соответственно, $\chi^2=3,26$, $p=0,071$), поперечная исчерченность стоп (8,3 и 5,0% соответственно, $\chi^2=0,191$, $p=0,663$).

Заключение

У детей с ВДГК с увеличением степени деформации увеличивается количество внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани.

Преобладают костно-суставные изменения на фоне минимальных проявлений со стороны кожи.