

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Кукебаева Асель Жумашевна

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Перехрест Екатерина Андреевна

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Каблов Валентин Юрьевич

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Извекова Екатерина Эдуардовна

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Алеманова Галина Дмитриевна

д-р мед. наук, профессор, преподаватель кафедры детских болезней, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Аннотация. Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний легких, представляющих значительную медико-социальную проблему как у детей, так и у взрослых. Благодаря усилиям многих специалистов настоящее время удалось достичь определенных успехов в лечении и снижении частоты обострений БА. Вместе с тем вопросы предупреждения формирования тяжелых форм болезни, а также ее профилактики продолжают волновать клиницистов и ученых. В связи с этим актуальными становятся исследования, направленные на выяснение факторов риска развития и причин возникновения аллергических заболеваний, в том числе и БА. Из множества причин, которые формируют индивидуальные особенности БА, мы выделили дисплазию соединительной ткани, в связи с ее широкой (от 13% до 85,4%) распространенностью.

Ключевые слова: Бронхиальная астма (БА), дисплазия соединительной ткани, кардиальные проявления, пороки развития, МАРС, легкая степень тяжести, средняя степень тяжести, тяжелая степень тяжести.

БА относится к числу наиболее тяжелых аллергических заболеваний в детском возрасте с возможностью развития жизнеугрожающих состояний. В последнее время отмечается тенденция к увеличению ее частоты, что связывают и с расширением факторов риска. БА – чрезвычайно гетерогенное заболевание и это определяет индивидуальные особенности ее течения у каждого отдельного фенотипа. Как было указано выше, одной из причин развития БА является дисплазия соединительной ткани.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) – это генетически обусловленная аномалия мезенхимального матрикса организма, приводящая к дисфункции

различных органов и систем, поражение которых определяет тяжесть клинической картины (Василенко Г.П., 2010). НДСТ является основной причиной малых аномалий развития сердца (МАРС), которые диагностируются при УЗИ, МАРС – гемодинамически малозначимые анатомические изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. В нашей стране принята классификация по локализации и форме МАРС.

Для раскрытия данной темы был проведен анализ 70 историй болезни детей за период 2009-2011 года, которые находились на стационарном лечении по поводу БА в пульмонологическом отделении областного детского центра аллергологии и клинической иммунологии.

Проведенный анализ позволил выявить МАРС у 56 детей в возрасте от 1 года до 10 лет, страдающих БА разной степени тяжести: легкая персистирующая – 15 детей (25%), среднетяжелая персистирующая – 29 больных (51,8%), тяжелая персистирующая – 6 пациентов (10,7%), у 7 пациентов (12,5%) степень тяжести на момент исследования не была установлена (впервые выявленная). Степень тяжести астмы устанавливалась согласно «Национальной программе: бронхиальная астма у детей», 2008 г. Для выявления МАРС проводилась запись ЭКГ, ЭХО-КГ.

Легкая степень тяжести БА установлена у детей от 2 до 3 лет. При легкой степени тяжести БА регистрировались (по данным ЭХО-КГ) только единичные аномалии развития сердца: дополнительная хорда 8 детей (50%), открытое овальное окно (ООО) – 6 больных (42,9%), ПМК 1 степени – 1 ребенок (7,1%). При оценке результатов ЭКГ у детей данной группы были выявлены: синусовая аритмия – 7 детей (42,9%), признаки перегрузки правых отделов сердца в связи с наличием ООО – 3 больных (21,4%), нарушение процессов реполяризации – 1 ребенок (6,9%). У 4 пациентов нами не было выявлено отклонений от нормальных значений результатов ЭКГ.

Средняя степень тяжести БА установлена у детей в возрасте до 4 до 5 лет. При средней степени тяжести БА регистрировались (по данным ЭХО-КГ) сочетанные аномалии развития сердца: дополнительная хорда – 20 детей (68,9%), открытое овальное окно (ООО) – 1 пациент (3,5%), ПМК 2 степени – 4 ребенка (13,8%) и сочетанные МАРС – 4 больных (13,8%). Следует подчеркнуть, что сочетанные МАРС появляются в нашем исследовании при утяжелении БА (при средней степени тяжести). При оценке результатов ЭКГ у детей при средней степени тяжести БА выявлены более разнообразные изменения: неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 8 детей (27,6%), синусовая аритмия – 6 детей (10,7%), сочетание синусовой аритмии и неполной блокады правой ножки пучка Гиса – 4 ребенка (13,7%), нарушение процессов реполяризации – 9 пациентов (31%). У 2 пациентов (6,9%) нами не было выявлено отклонений от нормальных значений результатов ЭКГ, однако у этих детей имелось ООО малых размеров (1,5 мм) без признаков перегрузки правых отделов сердца.

Тяжелая степень тяжести БА установлена у детей в возрасте 6 до 10 лет. При тяжелой степени тяжести БА (в отличие от легкой и среднетяжелой) чаще (в 50% случаев) встречались сочетанные аномалии развития сердца: дополнительная хорда и ПМК 2 степени – 2 пациента (33,3%), ООО с дополнительной хордой – 1 пациент (16,7%), только дополнительная хорда – 2 ребенка (33,3%) и только ПМК 2 степени – 1 пациент (16,7%). Следует подчеркнуть, что в данной группе детей просматривается та же закономерность, при утяжелении степени тяжести БА преобладают сочетанные МАРС, причем наибольшее количество (50%) при тяжелой степени тяжести БА. Изменения результатов ЭКГ у детей с тяжелой степенью тяжести БА чаще связаны с нарушением проводимости (83,3% случаев), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 2 ребенка (33,3%), сочетание синусовой аритмии и неполной блокады правой ножки пучка Гиса – 1 ребенок (16,7%), нарушение внутрижелудочковой проводимости – 2 больных (33,3%). У 1 пациента (16,7%) нами не было выявлено отклонений от нормальных значений ЭКГ.

Таким образом, в нашем исследовании выявлена связь между частотой встречаемости МАРС, характерных для них изменений на ЭКГ и степенью тяжести БА.

Выводы:

1. При сопоставлении степени тяжести БА с частотой встречаемости МАРС, характерных для них изменений на ЭКГ была выявлена закономерность: при утяжелении тяжести бронхиальной астмы увеличивается число сочетанных проявлений МАРС и утяжеляется выраженность изменений на ЭКГ.
2. Наличие сочетанных МАРС у детей с БА дает основание для настороженности врача в плане возможности утяжеления симптомов БА, что возможно потребует своевременного пересмотра базисной терапии.
3. Дети с БА и проявлениями НСТД должны находиться на диспансерном наблюдении не только у пульмонолога, но и у кардиолога в целях профилактики риска формирования тяжелых форм БА. Проведение электрокардиографического и ультразвукового исследований сердца в процессе лечения (не реже 1 раза в год).
4. В комплексе реабилитационных мероприятий, направленных на контролируемость симптомов бронхиальной астмы важное место, наряду с длительной базисной противовоспалительной терапией, принадлежит метаболической коррекции выявленных сопутствующих состояний.

Список литературы:

1. Арсентьев В.Г. Дисплазия соединительной ткани у детей: этиология, классификация, клиника, критерии диагностики, принципы лечения // Детская медицина Северо-Запада. – 2011. – Т.2. – №3. – 43 С.
2. Коровина Н.А., Тарасова А.А., Кадымов Н.А. Состояние соединительной ткани сердца у детей при бронхиальной астме // Педиатрия. - 2008. – Т. 87. – № 4. – 33-34 С.
3. Суменко В.В. Недифференцированный синдром соединительнотканной дисплазии в популяции детей и подростков: Авторефер. дис. канд. мед. наук. – Оренбург, 2000. - 2-3 С.