ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТИМОМЕГАЛИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Суразакова Тамара Николаевна, Лукашевич Марина Георгиевна

Ростовский государственный медицинский университет. 344022, г.Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский, 29

E-mail: mlukashevi4@yandex.ru

Ключевые слова: тимомегалия; дети; клинико-анамнестические особенности; ультразвуковое исследование

Введение. В последнее десятилетие особое внимание стала привлекать группа детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции (ЛГАК). У детей с ЛГАК имеется специфический habitus, , своеобразная функция эндокринной, иммунной систем и высшей нервной деятельности, что делает их достаточно уязвимыми, при этом не только в первые годы жизни. Отклонения в состоянии здоровья у лиц с тимомегалией (ТМ) в анамнезе отмечались у 62,5% в подростковом и молодом возрасте. По официальным данным, максимальное количество случаев диагностированных ТМ приходится на первые 2 года жизни (до 80 случаев на 100 000), с резким снижением частоты регистрации в возрасте 3–4 лет, у 40% мальчиков и 30% девочек. Такие колебания в частоте распространенности ТМ во многом связаны с трудностями диагностики данного состояния. Характерные клинические симптомы увеличения вилочковой железы отсутствуют, сложно определить размеры тимуса при объективном осмотре. Учитывая, что оценка вилочковой железы не входит в стандарт профилактических осмотров здоровых детей, чаще всего ТМ является случайной находкой.

Цель исследования. изучение клинико-анамнестических особенностей детей с ЛГАК.

Материалы и методы. проведено двухэтапное неконтролируемое, исследование. На первом этапе проводился анализ 420 историй болезни детей в возрасте 1 года, находившихся на лечении в детских стационарах с диагнозом «осложненная ОРВИ». В результате было отобрано 180 детей с рентгенологически подтвержденной ТМ. Второй этап предусматривал проведение им УЗИ вилочковой железы по стандартной методике, предложенной С.М.Воеводиным (1989). Учитывались референтные значения массы органа и выходящие за пределы нормального диапазона значений отклонения. Оценка проводилась с помощью шкалы центильного распределения. Состояние ТМ диагностировалось при массе органа, превышаюшей значение 75-го центиля. По результатам УЗИ тимуса дети были разделены на 2 группы: 1 –дети (n = 94) с подтвержденной ТМ и 2 –дети (n = 86) с нормальными размерами вилочковой железы. В дальнейшем проводился детальный ретроспективный анализ медицинской документации, сбор анамнеза, клинический осмотр. Ввиду ненормального распределения большинства рассматриваемых признаков, были использованы непараметрические статистические критерии. Сравнение средних (количественных признаков) в группах проводилось с помощью теста Манна-Уитни. Различия признавались статистически значимыми на уровне $p < 0,05$. Для анализа влияния факторов (качественных показателей) использовался критерий $\chi 2$ Пирсона. Отношение шансов и рисков качественных показателей рассчитывалось по таблицам сопряженности.

Результаты. Фенотипические признаки, описываемые при ЛГАК, отмечались только у 66,7% детей с ТМ и у 53,5% детей с нормальными размерами вилочковой железы. Таким образом, «классический фенотип» не всегда является достоверным критерием ТМ. При сравнении двух групп детей в большинстве случаев достоверных отличий клинико-анамнестические показателей выявлено не было. Из данных акушерско-гинекологического анамнеза у детей с ТМ выше процент неблагоприятных исходов предыдущих беременностей, коротких промежутков между беременностями, которые в сочетании с сердечно-сосудистой патологией у матери достоверно чаще приводили к развитию хронической гипоксии у плода. При оценке показателей физического развития обращает на себя внимание более высокие показатели массы при рождении, помесячных прибавок массы на 1 году жизни (преимущественно в первом полугодии) в сочетании со средними показателями длины тела. В 1 группе достоверно чаще встречались множественные стигмы дизэмбриогенеза, малые аномалии и пороки развития органов. При объективном осмотре только повышенная влажность и «мраморный рисунок» кожных покровов и в меньшей степени избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки отличали детей с увеличенным тимусом.

Несмотря на описываемые в литературе особенности иммунного статуса, у 55,6% детей с ТМ кратность острых инфекций не превышала 3 эпизодов за год, в тоже время 54, 3% детей с нормальными размерами тимуса перенесли 4 и более инфекции в течение первого года. Наши данные не расходятся с литературными, т. к. в последнее время указывается, что выраженные изменения в иммунном статусе возникают у ребенка с ТМ во время острого заболевания, в интерморбидный период они могут оставаться в пределах референсных значений. Практически у половины детей (48,1%) 1 группы дебют острой инфекции отмечался в первые 3 месяца жизни, несмотря на менее отягощенный социальный анамнез (чаще отсутствие братьев и сестер, лучше

показатели состояния здоровья родителей), по сравнению с детьми 2 группы, где этот показатель встречался только у каждого третьего ребенка. В результате 60,4% детей с ТМ в первом полугодии жизни получали стационарное лечение, во 2 группе этот показатель составлял 38% . Более чем у половины детей (53,6%) с нормальными размерами тимуса ОРВИ протекали в легкой и средне тяжелой форме. В группе с ТМ только каждый четвертый ребенок имел средне-тяжелое течение, у 55,5% инфекция носила затяжной характер. Более чем в 60% случаев госпитализация детей 1 группы была связано с тяжелым течением и развитием бактериальных осложнений, у 7,4% развивались обструкции дыхательных путей. При проведении корреляционного анализа было выявлено, что для детей с ТМ статистически значимыми являются такие показатели, как ранний возраст начала инфекций, а также затяжное течение ОРИ, с частым развитием осложнений. Таким образом, у детей с ТМ отмечалось более раннее начало инфекционных заболеваний, с тяжелым течением и развитием осложнений, при этом большинство из них не находились в группе диспансерного наблюдения как «длительно и часто болеющие».

Заключение. Данные анамнеза и стандартного объективного осмотра практически не позволяют выделить группу детей с высоким риском ТМ. Необходим дальнейший поиск новых и доступных маркеров, одним из которых может явиться соматотип.