



УДК 611.018.21-053.2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ Г. БЕЛГОРОДА

Т.А. КРЮЧКОВА
Т.А. РОМАНОВА
И.В. РЫЖКОВА
А.С. СУШКОВА
Е.А. ВОЛОВИЧЕВА

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: haraba.tanya@mail.ru

В статье приводятся данные собственных исследований по изучению распространенности недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и связи этого состояния с соматической патологией у детей г. Белгорода. Обращается внимание на ряд нерешенных аспектов данной проблемы.

Ключевые слова: распространенность, дети, дисплазия соединительной ткани

За последние годы представления о дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в России существенно изменились. Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес врачей-практиков в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией [21]. На протяжении последних двух десятилетий проблеме дисплазии соединительной ткани уделяется все больше внимания, о чем свидетельствует нарастающее число публикаций [5, 6, 9, 11, 17, 20, 21, 27, 28, 34].

НДСТ представляет собой разнородную группу заболеваний, которые, в свою очередь, могут приводить к различным хроническим болезням с нарушениями морфологии и функций органов [7, 10, 14, 32].

К важнейшим висцеральным фенотипическим проявлениям НДСТ относят «малые аномалии развития сердца» (МАРС) [40]. Пролапс митрального клапана (ПМК) — одна из наиболее распространенных и клинически значимых аномалий клапанного аппарата сердца у детей. Аномально расположенные хорды (АРХ) лишь в последние годы стали рассматриваться как проявление «синдрома ДСТ сердца» [4]. Нарушения сердечного ритма и проводимости являются одним из частых патологических феноменов, наблюдающихся при диспластической кардиопатии [4, 9, 27, 30, 35]. Особого внимания заслуживают сочетание различных симптомов ДСТ. Рядом авторов [4, 15, 8, 10, 31] установлена отчетливая взаимосвязь между вегетативной дисфункцией и ДСТ.

Поражение плотной соединительной ткани проявляется изменениями со стороны скелета: нарушением осанки в виде кифоза и сколиоза позвоночника, сутулости, деформациями грудной клетки [9, 23, 25]. Слабость связочного аппарата у пациентов с дисплазией приводит к развитию синдрома генерализованной гипермобильности суставов (СГГС). СГГС в большинстве случаев определяется уже в раннем детском возрасте [1, 39].

Бронхолегочные поражения при ДСТ тоже часто встречаются [3]. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) при ДСТ неизбежно вовлекается в патологический процесс. При ДСТ описана высокая частота эзофагитов, гастродуоденитов [16], заболеваний кишечника [28]. Изменения со стороны мочевыделительной системы чаще проявляются в виде нефроптоза и дистопии почек [29].

НДСТ представляет собой уникальную аномалию развития организма человека, которая характеризуется неоднозначной клинической симптоматикой и как следствие, отсутствием четких диагностических критериев, наличием противоречивых представлений о механизмах ее формирования, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения и оценки ее клинической значимости.

Цель исследования: определение степени выраженности патологии со стороны различных органов и систем в общей структуре НДСТ у детей.



Материал и методы: под нашим наблюдением в течение года было 296 детей в возрасте от 2-х до 18 лет, находившихся на обследовании и лечении в городской детской больнице (ГДБ) г. Белгорода с различными заболеваниями.

Из общего числа больных детей мальчиков было намного больше: 189 человек (63,8%), а девочек – 107 человек, что составило соответственно 36,2%.

Возрастной состав исследуемой группы представлен в табл. 1.

Таблица 1

Возрастной состав исследуемой группы

№ п/п	Возраст	n	%
1	2-6 лет	37	12,6
2	7-11 лет	66	22,5
3	12-15 лет	89	30,0
4	> 15 лет	104	34,9

n – число обследованных детей.

Частота встречаемости нарушений со стороны различных органов и систем представлена в табл. 2.

Таблица 2

Частота встречаемости нарушений со стороны различных органов и систем

№ п/п	Поражения со стороны органов и систем	n	%
1	Костно-мышечная система	79	26,7
2	Органы дыхания	45	15,2
3	Сердечно-сосудистая система	293	98,9
4	Желудочно-кишечный тракт	55	18,6
5	Нейро-эндокринная система, органы чувств	27	9,1
6	Мочевыделительная система	21	7,1

n – число обследованных детей.

Диагностика соматических заболеваний проводилась согласно МКБ-10. При установлении характера поражения сердечно-сосудистой системы использовались клинико-anamnestические данные, результаты лабораторных, а также инструментального исследования (мониторирование уровня артериального давления, ЭКГ, ЭХОКГ с доплером, холтеровское мониторирование). Сердечно-сосудистая патология, выявленная в исследуемой группе, представлена в таблице 3.

Таблица 3

Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы, установленная у обследуемых детей с НДСТ

№ п/п	Заболевание	n	%
1	ПМК (пролапс митрального клапана)	14	4,78
2	ПМК+ артериальная гипертензия	8	2,73
3	ПМК+СВД (синдром вегетативных дисфункций)	59	20,14
4	ПМК+нарушение ритма	7	2,39
5	ПМК+ДТЛЖ (дополнительная трабекула левого желудочка)	54	18,43
6	ПМК+ПТК (пролапс трикуспидального клапана)	12	4,10
7	ПМК+экссудативный перикардит	6	2,05
8	ПМК+ПТК+ДТЛЖ	25	8,53
9	ПТК	4	1,37
10	ПТК+ДТЛЖ	5	1,71
11	ДХЛЖ (дополнительная хорда левого желудочка)	19	6,48
12	ДТЛЖ	37	12,63
13	ДТЛЖ+ нарушение ритма	3	1,02
14	нарушение ритма	3	1,02
15	СВД	9	3,07
16	ВПС	14	4,78
17	стеноз легочной артерии	4	1,37
18	неревматический кардит	3	1,02
19	кардиопатия	2	0,68
20	аневризма МПП (межпредсердная перегородка)	5	1,71
Всего		293	100,00

n – число обследованных детей.



Для выявления патологии органа зрения, изменений со стороны ЛОР-органов, костно-мышечной системы пациенты были осмотрены специалистами, после чего проводилось необходимое дополнительное обследование. Согласно рекомендациям специалистов при поражении одной системы и наличии нескольких внешних признаков дисплазии, отсутствие значимых МАРС, невозможно уверенно заявлять о наличии НДСТ. В связи с этим в работе диагностика НДСТ основывалась на выявлении 6-8 признаков дисплазии и поражении 2-3-х систем.

Патология со стороны костно-мышечной системы представлена в табл. 4.

Таблица 4

Патология костно-мышечной системы, установленная у обследуемых детей

N п/п	Заболевания	n	%
1	Кифосколиоз	20	31,7
2	Аномалия Кимерли	18	28,6
3	Плоскостопие	4	6,3
4	Артроз, остеохондроз	4	6,3
5	Spina bifida	4	6,3
6	Гиперплазия атланта	3	4,8
7	Нагрузочная артропатия	2	3,2
8	Дисплазия тазобедренного сустава	2	3,2
9	Искривление носовой перегородки	2	3,2
10	Дефигурация коленного сустава	1	1,6
11	Спондилит	1	1,6
12	Миозит	1	1,6
13	Гипермобильность суставов	1	1,6
Всего		63	100

n – число обследованных детей.

Обследование больных с патологией пищеварительного тракта включало лабораторные и инструментальные методы исследования (гемограмма, урограмма, определение уровня билирубина в сыворотке крови, активность печеночных ферментов, копрограмма, ультразвуковое исследование органов брюшной полости; фиброгастродуоденоскопия). Патология пищеварительного тракта у обследуемых детей с ДСТ представлена в табл. 5.

Таблица 5

Патология желудочно-кишечного тракта, диагностированная в исследуемой группе

N п/п	Заболевания	n	%
1	Хронический гастродуоденит	40	80,0
2	Гастроэзофагорефлюксная болезнь (ГЭРБ)	2	4,0
3	Реактивный панкреатит	1	2,0
4	Долихосигма	1	2,0
5	Хронический колит	2	4,0
6	Гастрит	1	2,0
7	Перегиб желчного пузыря	1	2,0
8	Синдром Жильбера	1	2,0
9	Синдром раздраженного кишечника	1	2,0
Всего		50	100

n – число обследованных детей.

У пациентов с патологией мочевыделительной системы изучались результаты лабораторно-инструментальных исследований (показатели почечных проб, урограмма, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи, УЗИ почек) (табл. 6).

Диагностика заболеваний дыхательной системы осуществлялась с использованием лабораторных и инструментальных методов (рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография (КТГ), определение степени нарушения функции внешнего дыхания (ФВД), оксиметрия, иммуноферментный анализ (ИФА) с определением антител к искомым инфекционным агентам, полимеразная цепная реакция).



Таблица 6

Патология мочевыделительной системы, установленная у обследуемых детей

N п/п	Заболевания	n	%
1	Инфекция мочевыводящей системы (МВС)	7	33,3
2	Нейрогенный мочевой пузырь	4	19,0
3	Хронический пиелонефрит	3	14,2
4	Пиелозктазия	2	9,5
5	Киста почки	1	4,8
6	Неполное удвоение почки	1	4,8
7	Нефроптоз	1	4,8
8	Диспластическая нефропатия	1	4,8
9	Гипоплазия почки	1	4,8
Всего		21	100

n – число обследованных детей.

Таблица 7

**Патология ЛОР-органов и дыхательной системы,
установленная у обследуемых детей**

N п/п	Заболевания	n	%
1	Хронический тонзиллит	16	35,6
2	Синдром бронхиальной обструкции	10	22,2
3	Бронхиальная астма	9	20,0
4	Атопический дерматит	3	6,7
5	Аденоидит	3	6,7
6	Пневмония	2	4,4
7	Аллергический ринит	2	4,4
Всего		45	100

n – число обследованных детей.

Патология со стороны нейроэндокринной системы и органов чувств представлена в таблице 8.

Таблица 8

**Патология нейроэндокринной системы и органов чувств,
установленная у обследуемых детей**

N п/п	Заболевания	n	%
1	Малые мозговые дисфункции	7	25,9
2	Ликвородинамические нарушения	5	18,6
3	Судорожная готовность	3	11,1
4	Киста щитовидной железы	2	7,4
5	Миопия	2	7,4
6	Синдром Арнольда-Киари	1	3,7
7	Синдром Денди-Уокера	1	3,7
8	Межреберная невралгия	1	3,7
9	Детский церебральный паралич (ДЦП)	1	3,7
11	Логоневроз	1	3,7
12	Дислалия	1	3,7
13	Птоз век	1	3,7
14	Тугоухость	1	3,7
Всего		27	100

n – число обследованных детей.

Результаты и их обсуждение. При анализе жалоб и признаков заболевания выявляется значительная полиморфность. Возрастной состав исследуемых групп детей представлен в таблице 1. Пациенты неравномерно распределялись по возрастным группам. Чаще всего ДСТ встречались у детей старше 12 лет (более 30%). Намного меньше была группа детей в возрасте от 2 до 6 лет (12,6%).

В таблице 2 представлена частота нарушений со стороны различных органов и систем у детей. Почти у всех больных детей отмечались патологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (98,9%), нарушения со стороны костно-мышечной системы составили 24,3%, несколько реже были выявлены изменения со



стороны желудочно-кишечного тракта (18,6%). Поражение мочевыделительной системы было в 7,1 % случаев, а нейроэндокринной системы и органов чувств – в 9,1%. Установленные заболевания сердечно-сосудистой системы представлены в таблице 3. На ЭХОКГ МАРС выявлены практически у всех обследуемых детей. Наиболее часто имела место сочетанная патология кардиоваскулярной системы. Пропалс митрального клапана (ПМК) на фоне СВД отмечался у 59 пациентов (20,14%), ПМК на фоне ДТЛЖ отмечались в 18,43% случаев. Реже встречались изолированные ДТЛЖ (12,63%). ПМК с пролапсом трикуспидального клапана (ПТК) на фоне ДТЛЖ были выявлены у 25 обследованных детей (8,53%), а ПМК с нарушениями ритма отмечались лишь у 7 больных детей (2,39%). Врожденные пороки сердца составили 4,78% обследованных детей.

Более 20% по частоте встречаемости среди нарушений, характерных для НДСТ, по нашим данным принадлежит изменениям со стороны костно-мышечной системы (табл. 4). Значительная доля этих нарушений относится к изменениям позвоночника. Аномалия Кимерли встречалась у 18 больных детей (28,6%), кифосколиоз – у 20 пациентов (31,7%), а Spina bifida, остеохондроз, плоскостопие отмечались с одинаковой частотой (6,3%), что было достоверно реже ($p \leq 0,001$).

Из таблицы 5 видно, что в структуре заболеваний пищеварительного тракта лидирующее место принадлежит хроническому гастродуодениту (80%). Другие заболевания (долихосигма, гастроэзофагорезлюксная болезнь (ГЭРБ), синдром раздраженного кишечника (СРК), хронический колит, синдром Жильбера, реактивный панкреатит) представлены по 2%, что было достоверно реже ($p \leq 0,001$).

Среди заболеваний мочевыделительной системы более 30% занимает инфекция мочевыводящих путей (табл. 6). Гипоплазия почек, нефроптоз, диспластическая нефропатия, неполное удвоение и киста почек встречаются примерно одинаково (по 4,8%), что встречается достоверно реже ($p \leq 0,001$).

У 20% детей установлена бронхиальная астма (БА), бронхообструктивный синдром (БОС) при различных респираторных заболеваниях отмечен у 22,2%; внебольничная пневмония (ВП) отмечалась лишь у 2 больных (4,4%). У значительного количества больных детей отмечался хронический тонзиллит (33,4%) (таб. 7).

Из таблицы 8 видно, что малые мозговые дисфункции у детей с нарушениями нейроэндокринной системы встречались чаще других заболеваний (25,9%). Заболевания органов чувств (миопия, тугоухость, птоз век) практически не встречались (по 3,7%).

Итак, каждый пациент, из обследуемых нами детей, имел признаки нескольких нарушений со стороны различных органов и систем. Некоторые из них можно отнести к функциональным, другие же носят морфологический характер (МАРС, аномалии почек, кифосколиоз, аномалия Кимерли и др.).

Выводы:

1. НДСТ у детей фенотипически проявляются полиорганными нарушениями, прежде всего со стороны сердечно-сосудистой, костно-мышечной и пищеварительной систем.
2. НДСТ у детей вызывают изменения со стороны двух и более органов и систем организма у одного индивидуума.
3. Отмечается большая частота сочетанных МАРС в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы.
4. У детей с НДСТ высока частота нарушений в шейном отделе позвоночника (аномалия Кимерли), что может иметь диагностическое значение при НДСТ.
5. Учитывая модифицирующее влияние дисплазии соединительной ткани на клинические проявления и течение ассоциированной с ней патологии, особого внимания заслуживает дальнейшее изучение особенностей заболеваний шейного отдела позвоночника и нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей с несостоятельностью соединительнотканых структур.

Литература

1. Беленький, А.Г. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространённость и клико-инструментальная характеристика: автореф. дис... д-ра мед. наук/А.Г. Беленький. – М.: ГУ «Институт ревматологии РАМН», 2004. – 51 с.



2. Белозеров Ю.М., Потылико Г.Н., Болбиков В.В., Гнусаев С.Ф. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста – М.: Мед. компьютерные системы, 2001. – 171 с.
3. Беляева О.В., Вишневская О.И. Синдром системной дисплазии соединительной ткани у детей с бронхолегочной патологией //Вестник РГМУ, 2005. – 3 (42) – С. 121.
4. Волосовець О.П., Марценюк Ю.О. Порушення серцевого ритму та провідності у дітей на фоні пролапсу мітрального клапана //Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2004, – № 3. – С. 10-12.
5. Глотов А. В. Клиническая и структурно-функциональная характеристика иммунной системы при дисплазии соединительной ткани: автореф. дис... д-ра мед. наук /А.В. Глотов. – Новосибирск: НГМА, 2005. – 39 с.
6. Гнусаев С.Ф. Синдром соединительнотканной дисплазии сердца у детей //Лечащий врач, 2010. – № 8. – С. 40–44.
7. Дубилей Г.С., Борисенко И.А., Гусев Д.А., Мазурова Л.Э. Комплексный подход к вопросу восстановительного лечения пациентов с дисплазией соединительной ткани //Дисплазия соединительной ткани: Материалы симпозиума, Омск, 1 ноября 2002 г. – Омск, 2002. – С. 160 – 162.
8. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии. – Донецк: ИД «Заславский», 2009. – 361 с.
9. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца – СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест», 2000. – 115 с.
10. Земцовский, Э.В. Диспластические фенотипы и диспластическое сердце: аналитический обзор. – СПб.: Изд-во «Ольга», 2007. – 80 с.
11. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). – СПб.: «Невский диалект», 2000. – 271 с.
12. Кадурина Т.И. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани //Вестник аритмологии, 2000. – № 18. – С. 87 – 92.
13. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2009. – 702 с.
14. Клеменов А.В. Внекардиальные проявления дисплазии соединительной ткани при пролапсе митрального клапана //Рос. кардиол. журн, 2004. – № 1 (45). – С. 87–89.
15. Коровина Н.А., Тарасова А.А., Дзис М.С., Гаврюшова Л.П., Творогова Т.М. Функциональное состояние миокарда у детей и подростков с малыми сердечными аномалиями при вегетососудистой дистонии //Педиатрия, 2006. – № 3. – С. 34-39.
16. Маев И.В., Казюлин А.Н., Вальцова Е.Д. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана //Клин. медицина, 2000. – № 1. – С. 22–26.
17. Маколкин В.И., Подзоляков В.И., Радионов А.В. и др. Полиморфизм клинических проявлений соединительнотканной дисплазий //Терапевтический архив, 2004. – № 11. – С. 77-80.
18. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани. Российские национальные рекомендации. – Москва, 2009. – 66 с.
19. Нестеренко З.В., Нестеренко Е.Ю. Роль врожденной дисплазии соединительной ткани в клинике бронхиальной астмы у детей //Укр. пульмонолог. журнал, 2000. – № 2, дополнение. – С. 65.
20. Нестеренко З.В., Меркулова А.А., Хмелевская В.В. К вопросу о связи выраженности соматической патологии со степенью проявления фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей //Український медичний альманах, 2009. – Том 12, № 3. – С. 118-122.
21. Нечаева Г.И., Темникова Е.А., Викторова И.А., Стражев С.В., Семченко В.М. Применение вентонического препарата «Детралекс-500» в программе реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани //Паллиативная медицина и реабилитация, 2001. – №1. – С. 25-28.
22. Нечаева Г.И., Яковлев В.М., Конев В.П. и др. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение //Лечащий врач, 2008. – № 2. – С. 22–28.
23. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Друк И.В., Вершинина М.В. Дисплазия соединительной ткани: пульмонологические аспекты //Пульмонология, 2004. – № 2. – С. 116 – 119.
24. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов //Омск, Изд-во ООО «Типография БЛАНКОМ», 2007. – 188 с.



25. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Друк И.В. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями // *Врач*, 2006. — № 1. — С. 19-23
26. Омельченко Л.Н., Николаенко В.Б. Дисплазии соединительной ткани у детей // *Доктор*, 2004. — № 1. — С. 44-47.
27. Острополец С.С., Баешко Г.И., Виноградов К.В. Малые сердечные аномалии и синдром нарушения сердечного ритма у детей // *Матеріали конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми і напрями розвитку педіатрії на сучасному етапі» (7–9 жовтня 2003 р., Київ)*. — Т. 3. — С. 108-109.
28. Острополец С.С. Дисплазия сполучної тканини — захворювання або третій стан // *Тези VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії», присвяченої пам'яті чл.-кор. НАН, АМН України, РАМН, професора В.М. Сідельникова (1928–1997)*. — Київ, 2006. — С. 66.
29. Серкова В. К., Оссовская Н.Ю. Внекардиальные проявления дисплазии соединительной ткани у больных с пролабированием митрального клапана // *Український кардіологічний журнал*, 2007. — № 4. — С. 77–80.
30. Стародубцева М.С. Состояние кардиодинамики у детей с малыми аномалиями развития сердца // *Вестн. РГМУ*, 2005. — № 3 (42). — С. 137.
31. Тихонова О.В. Вариабельность сердечного ритма у пациентов молодого возраста с дисплазией: автореф. дис... канд. мед. наук. — Омск: ОмГМА, 2006. — 22 с.
32. Филипенко П.С., Малоокая Ю.С. Роль дисплазии соединительной ткани в формировании пролапса митрального клапана // *Клин. мед.* — М, 2006. — 84 (12). — С. 13–19.
33. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. Варикозная болезнь вен нижних конечностей как следствие дисплазии соединительной ткани // *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2004. — Т. 10, № 2. — С. 84 – 89.
34. Яковлев В.М., Нечаева Г.И., Викторова И.А. Взгляд клинициста на проблему дисплазии соединительной ткани. Классификационная концепция // *Дисплазия соединительной ткани: Материалы симпозиума*. — Омск: изд-во ОГМА, 2002. — С.3-10.
35. Boudoulas H. Mitral valve: Floppy Mitral Valve, Mitral Valve prolapse, Mitral Valve Regurgitation / H. Boudoulas, C. F. Wooley. — Futura Publishing Company NY, 2000. — P. 753.
36. Grahame R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol*, 2000. — N 14. — P. 345–361.
37. Haraguchi M., Shimura S., Shiato K. Morfometric analysis of bronchial cardilage in chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma // *Am. J. Respir. Crit.Care Med*, 1999. — Vol.15, № 93. — P. 1005-1018.
38. Mitral valve prolapse in the general population: the benign nature of echocardiographic features in the Framingham Heart Study / LA. Freed, E.J. Benjamin, D. Levy [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol*, 2002. — N 40. — P. 1298.
39. Simpson M. R. Benign joint hypermobility syndrome: evaluation, diagnosis, and management / M.R. Simpson // *J. Am. Osteopath. Assoc*, 2006. — N 106 (9). — P. 531.
40. Singh J., Evans J., Levy D. et al. Prevalence and clinical determinants of mitral, tricuspid and aortic regurgitation (The Framingham Heart Study) // *Amer. J. Cardiology*, 1999. — V. 83, № 6. — P. 897–90.

THE PREVALENCE OF DYSPLASTIC EPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE DISEASES IN CHILDREN OF BELGOROD

T.A.KRYUCHKOVA
T.A.ROMANOVA
I.V.RIZHKOVA
A.S.SUSHKOVA
O.A.VOLOVICHEVA

*Belgorod National
Reserch University*

e-mail: haraba.tanya@mail.ru

This article contains research data on the prevalence of undifferentiated connective tissue dysplasia and connection of this condition with somatic pathology for children in Belgorod. Draws attention to a number of outstanding aspects of the problem.

Key words: prevalence, children, connective tissue dysplasia.