

Е. Ю. АЛЕКСЕНКО¹, А. В. ГОВОРИН²

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

¹Кафедра поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики,
²кафедра факультетской терапии ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
Россия, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39а. E-mail: e-alexe@mail.ru, тел. (3022) 31-42-54

С целью выявления распространённости фенотипа соединительно-тканых дисплазий у больных остеоартрозом обследовано 48 мужчин, больных остеоартрозом, в возрасте от 28 до 50 лет. Костно-суставной симптомокомплекс соединительно-тканной дисплазии выявлен у 79,2%, кожные признаки обнаружены у 60,4% обследованных. Среди висцеральных проявлений чаще всего наблюдались малые аномалии сердца, аномалии желчного пузыря и миопия. Недифференцированные соединительно-тканые дисплазии являются основой для развития ассоциированных заболеваний, в частности остеоартроза.

Ключевые слова: остеоартроз, дисплазия соединительной ткани

E. U. ALEKSEENKO¹, A. V. GOVORIN²

CLINICAL FEATURES OF THE CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS

¹The department of the polyclinic therapy with the course of general practice,

²The department of the faculty therapy Chita state medical academy,
Federal agency of health care and social development,

Russia, 672000, Chita, Gorkogo street, 39a. E-mail: e-alexe@mail.ru_tel. (3022) 31-42-54

Aim: to detect prevalence of connective tissue displasia phenotype in patients with osteoarthrosis. Forty eight males with osteoarthrosis aged from 28 to 50 years were examined. Connective tissue dysplasia (CTD) markers were assessed. Osteoarticular CTD symptom complexes were identified in 79,2%, cutaneous symptoms were determined in 60,4% of examinees. Among visceral symptoms small heart anomalies, gall bladder anomalies and myopia were the most common type. Undifferentiated CTD are basis for the development of associated diseases, especially for osteoarthrosis.

Key words: osteoarthrosis, connective tissue displasia.

Остеоартроз (ОА), в зарубежной литературе остеоартрит, – наиболее распространённое заболевание суставов, поражающее как мужчин, так и женщин и чаще развивающееся у мужчин в возрасте до 45 лет. Согласно современным представлениям ОА рассматривается как хроническое воспалительное заболевание с поражением всех тканей диартрозного сустава, являющееся результатом воздействия механических и биологических процессов, дестабилизирующих равновесие процессов деградаци и регенерации в хондроцитах суставного хряща, внеклеточном матриксе и субхондральной кости [10]. Частота встречаемости в России, согласно эпидемиологическим исследованиям, составляет 10–12% населения, причем темпы роста составляют примерно 20% в год [10]. Увеличивается число больных с множественным поражением периферических суставов и позвоночника [9]. В качестве этиологических факторов, способствующих развитию остеоартроза (ОА) в молодом возрасте, большое значение имеют наследственная предрасположенность и наличие врожденных или приобретенных дефектов опорно-двигательного аппарата. ОА в молодом

возрасте развивается чаще у пациентов с синдромом гипермобильности суставов [2]. Доказана наследственная предрасположенность к возникновению двух типов артрозов: первичного генерализованного (болезнь Келлгрена) и узелковой формы полиостеоартроза [3]. В настоящее время имеются сведения, которые подтверждают влияние дисплазий соединительной ткани на возникновение и течение некоторых артрологических заболеваний [1].

Цель исследования – выявление распространенности фенотипа дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных ОА.

Материалы и методы

В исследование включено 48 пациентов с ОА в возрасте от 28 до 50 лет (мужского пола), давших информированное согласие на обследование. Наиболее многочисленной являлась группа больных в возрастном интервале от 35 до 46 лет (68%). У всех диагностирован ОА, генерализованная форма поражения суставов. Диагноз заболевания устанавливали на основании критериев, рекомендованных Ассоциацией ревматологов России

и ACR [6]. Средняя продолжительность заболевания – $4,9 \pm 2,2$ года. Индекс массы тела обследуемых был $25,6 \pm 2,1$. Всем пациентам проведено общеклиническое исследование. Для определения рентгенологической стадии ОА использовали классификацию Kellgren-Lawrence, в 43,8% случаев выявлена II стадия, у 56,2% определялась III рентгенологическая стадия. Явления остеохондроза обнаружены у 26,8% больных [6].

Для выявления маркеров ДСТ проводили комплексное клиническое обследование, включающее расспрос, общий осмотр, физикальное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления, УЗИ абдоминальное и почек, рентгенографию пищевода и желудка, фиброзофагогастродуоденоскопию, также использовались данные амбулаторных карт. В доступной литературе имеются описания более сотни признаков дисплазии, которые условно можно разделить на внешние, внутренние и малые аномалии развития [4]. Необходимо отметить, что в настоящее время остается дискуссионным вопрос о пороге стигмации и диагностической значимости каждого из проявлений дисэмбриогенеза [4, 5]. Нами были использованы диагностические коэффициенты и коэффициенты информативности признаков ДСТ, предложенные Г. И. Нечаевой, И. А. Викторовой, И. Ю. Калининой [7].

Результаты и обсуждение

Все больные имели фенотипические признаки дисэмбриогенеза. При оценке внешних фенотипи-

ческих признаков у больных ОА особое внимание уделено диспластическим изменениям со стороны скелета и кожи. Наиболее часто встречающиеся фенотипические признаки ДСТ представлены в таблице 1. Симптомокомплекс костно-суставных маркеров дисплазий выявлялся у 79,2% пациентов. У трети обследуемых выявлены астеническое телосложение, сколиотическая деформация позвоночника, продольное плоскостопие. В два раза реже обнаруживались поперечное плоскостопие, симптом «большого пальца и/или симптом запястья», гипермобильность суставов. По данным амбулаторных карт и анамнеза удалось установить, что плоскостопие и сколиотическая деформация позвоночника были зарегистрированы у всех пациентов в 15-летнем возрасте, следовательно, время возникновения этих стигм – детский и подростковый возраст.

Симптомокомплекс кожных проявлений выявлялся у 60,4% обследуемых. Чаще всего он характеризовался множественными пигментными пятнами (20,8%), выраженностью подкожного сосудистого рисунка (25%), стриями на коже спины, грудной клетки, бедер (20,8%), повышенной растяжимостью кожи (20,8%). Последний признак во всех случаях наблюдался у мужчин в возрасте до 35 лет. 12,5% обследуемых в прошлом перенесли оперативное лечение по поводу паховых и бедренных грыж. Варикозное расширение вен нижних конечностей 1–3-й степени отмечалось у 8,3%.

Таблица 1

Частота фенотипических признаков ДСТ у больных ОА

№ п/п	Признак	Частота	
		Абсолютные цифры (n=48)	%
1	Сколиотическая деформация позвоночника	16	33,3
2	Индекс Варги $\leq 1,7$	16	33,3
3	Продольное плоскостопие I и II степени	14	29,2
4	Выраженность подкожного сосудистого рисунка	10	20,8
5	Стрии на коже спины, грудной клетки, бедер	10	20,8
6	Повышенная растяжимость кожи	10	20,8
7	Множественные пигментные пятна	10	20,8
8	Симптом «большого пальца и/или симптом запястья»	10	14,6
9	Поперечное плоскостопие	7	14,6
10	Гипермобильность суставов и склонность к вывихам и подвывихам	7	14,6
11	Долихостеномелия	6	12,5
12	Отсутствие поясничного лордоза	6	12,5
13	Гиперпигментация кожи над остистыми отростками	6	12,5
14	Spina bifidum	6	12,5
15	Готическое небо	5	10,4
16	«Сандалевидная» стопа	5	10,4
17	Воронкообразная деформации грудной клетки I степени	5	10,4
18	Килевидная деформация грудной клетки	4	8,3
19	Узкий лицевой череп	4	8,3
20	О-образные ноги	4	8,3
21	Гемангиомы	4	8,3
22	Приросшие мочки ушей	4	8,3
23	Паховые и бедренные грыжи в анамнезе	6	12,5
24	Варикозное расширение вен нижних конечностей	4	8,3

Частота диспластических висцеральных проявлений у больных ОА

№ п/п	Признак	Частота	
		Абсолютные цифры (n=48)	%
1	Пролапс митрального клапана I и II степени	8	16,7
2	Аномально расположенные хорды левого желудочка	10	20,8
3	Нефроптоз и/или удвоение почек	6	12,5
4	Перегиб желчного пузыря, S-образный желчный пузырь	10	20,8
5	Геморрой	7	14,6
6	Миопия	10	20,8
7	Астигматизм	6	12,5
8	Дивертикулы пищевода	3	6,25

Из висцеральных диспластических проявлений наиболее часто у больных ОА диагностированы аномально расположенные хорды левого желудочка, аномалии желчного пузыря, миопия. В 16,7% случаев аномально расположенные хорды левого желудочка сочетались с пролапсом митрального клапана I и II степени, митральной регургитацией I и II степени. Реже встречались нефроптоз и/или удвоение почки, геморрой, астигматизм.

При проведении обследования обращала на себя внимание высокая частота артериальной гипертензии у пациентов. Наблюдались по поводу гипертонической болезни I и II стадий 16 человек (33,3%) Нейроциркуляторная дистония с гиперкинетическим кардиальным синдромом была выявлена у 10 (20,8%) обследуемых. Неадекватность коллагенового каркаса сосудов объясняла склонность обследуемых пациентов к поливалентной аллергии, которая отмечалась в 20,8% случаев (в популяции данная патология не превышает 10%). В исследовании у больных ОА выявлено достаточно тесное соответствие фенотипических маркеров СТД и времени возникновения клинических проявлений болезни. Между количеством костно-скелетных признаков дисплазии и возрастом, в котором появились первые симптомы ОА, имеется прямая корреляционная связь ($r=+0,83$). Представленные внешние признаки и висцеральные маркеры имеют диагностическую ценность, так как могут рассматриваться как аномалии, в основе которых лежит распространенный дефект соединительной ткани. На основании учета диагностической значимости различных фенотипических признаков и висцеральных проявлений ДСТ [9] в группе обследуемых с маловыраженной формой недифференцированной ДСТ (диагностический коэффициент от +17 до +23) было 37,5%. Выраженная форма недифференцированной ДСТ диагностирована у 62,5% (30 мужчин), что свидетельствует о высокой распространенности маркеров ДСТ среди пациентов, страдающих ОА.

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности маркеров ДСТ у пациентов с ОА. Выявлено сочетание костно-суставного, кожного симптомокомплексов с висцеральными маркерами ДСТ. Можно предполагать, что ДСТ служит фоном для возникновения ассоциированных заболеваний,

в частности, для развития и прогрессирования ОА у мужчин молодого и среднего возраста. При наличии большого количества признаков ДСТ манифестация ОА наблюдается в молодом возрасте. При лечении ОА у больных мужского пола в молодом возрасте необходимо проводить поиск и оценку имеющихся признаков ДСТ. При проведении терапии ОА в случае выявления выраженных форм недифференцированных ДСТ следует помнить, что длительный прием стероидных противовоспалительных препаратов может привести к большому числу осложнений, учитывая неполноценность соединительно-тканых структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. И., Чичасова Н. В., Беневоленская Л. И. и др. Комбинированный препарат «артра» при лечении остеоартроза // Терапевтический архив. – 2005. – № 11. – С. 69–75.
2. Викторова И. А., Кисилева Д. С., Калицкая И. Г. и др. Гипермобильность суставов: влияние избыточных физических нагрузок на формирование болевого синдрома // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2008. – № 2. – С. 105–107.
3. Дроздов В. Н. Остеоартроз (остеоартрит) // Consilium medicum. – 2004. – № 12. – С. 913–918.
4. Земцовский Э. В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. Попытка нового осмысления концепции // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2008. – № 2. – С. 8–14.
5. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Современные представления о дисплазии соединительной ткани // Казанский медицинский журнал. – 2007. – № 5, приложение. – С. 2–5.
6. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 288 с.
7. Нечаяева Г. И., Викторова И. А., Калинина И. Ю. Диагностика дисплазий соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача // Российский семейный врач. – 2004. – № 2. – С. 47–54.
8. Смольнова Т. Ю., Буянова С. Н., Савельев С. В. и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // Клиническая медицина. – 2003. – № 8. – С. 42–48.
9. Фоломеева О. И., Эрдес Ш. Ф., Насонова В. А. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале XXI века // Терапевтический архив. – 2007. – № 12. – С. 5–12.
10. Шостак Н. А. Остеоартроз: основы терапии // Consilium medicum. – 2007. – № 9. – С. 108–111.