

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА

Кафедра терапии и семейной медицины ФПК и ППС

*ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера» Росздрава,
Россия, 614990, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39. E-mail: lara_vu@mail.ru, тел. (342) 2364692*

В ходе диспансерного осмотра 100 лиц в возрасте до 40 лет с внешними проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ) со стороны скелета, кожи, связочно-суставного аппарата, не укладывающимися в критерии дифференцированных форм ДСТ, были выявлены особенности их психосоматического статуса. По результатам проведенного исследования предложены профилактические и реабилитационные мероприятия для лиц с синдромом ДСТ.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, психосоматика, молодой возраст.

L. V. ERMACHKOVA, J. B. HOVAEVA, B. V. GOLOVSKOJ

PSYCHOSOMATIC PECULIARITIES OF YOUNG PATIENTS WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA ACCORDING TO THE SCREENING PROGRAM

Department of therapy and family medicine, FPK and PPS

*Perm` state medical academy of Roszdrav, named in honor of E. A. Vagner,
Russia, 614990, Perm`, Kujbysheva srteet, 39. E-mail: lara_vu@mail.ru, tel. (342) 2364692*

One hundred patients under 40 years of age with external signs of connective tissue dysplasia (CTD) – skeleton', skin' and ligamento-articular apparatus' symptoms – were examined according to the screening programme. All patients had no criteria for differential forms of CTD. The study revealed some psychosomatic peculiarities in their health status. Several measures for prophylaxis and rehabilitation of CTD syndrome patients based on the results of the study were suggested.

Key words: connective tissue dysplasia, psychosomatic, young age.

Целью исследования было выявить своеобразие психического и соматического статуса лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) при проведении диспансерного осмотра и на основании полученных данных разработать реабилитационные и профилактические мероприятия.

Материалы и методы

Дизайн исследования – открытое нерандомизированное контролируемое. В ходе диспансерного осмотра было обследовано 450 человек (врачи и студенты медакадемии). Из их числа отобрано 100 человек, у которых при скрининговой оценке были выявлены полисистемные внешние проявления ДСТ со стороны костно-мышечной системы, кожи, связочно-суставного аппарата (таблица), которые расценивались как синдром ДСТ и не укладывались в критерии дифференцированных форм ДСТ. Количество внешних маркеров варьировало от 3 до 8. Критерий включения – возраст до 40 лет, отсутствие на момент обследования острых и обострения хронических заболеваний. Критерий исключения – возраст старше 40 лет, наличие острых или обострение хронических заболеваний.

Средний возраст лиц с маркерами ДСТ составил 26,3±1,0 года (первая группа). Среди них мужчин было 29, женщин – 71. В группу контроля включены 61 человек, у которых не было вышеуказанных внешних прояв-

лений ДСТ (вторая группа). Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем обследованным проводилось клиническое интервью по анкете, которая состояла из следующих блоков вопросов: самочувствие обследуемых, психоэмоциональное состояние, уровень эмоционального напряжения (по тесту Люшера), наследственность, общесоматический статус (перенесенные заболевания, иммунологическая резистентность). Кроме того, проводились физикальное обследование, эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты

Все обследованные лица активных жалоб не предъявляли, однако при целенаправленном расспросе были выявлены следующие особенности. В первой группе большинство обследованных (90%) отметили периодические и частые жалобы кардиального характера (ощущение сердцебиения, боли в области сердца по типу кардиалгий, ощущение перебоев в работе сердца). Во второй группе эти проявления встретились только у 31,1% (p=0,0001). При аускультации сердца в первой группе обследованных в 35,0% случаев выслушивались сердечные шумы различной интенсивности, во второй группе они имели место только у 9,8% лиц (p=0,0001).

Респираторные жалобы (чувство нехватки воздуха, частая зевота, одышка в покое или при небольшой физической нагрузке, сухое покашливание) были

Частота фенотипических маркеров ДСТ, выявленных в первой группе

Система/орган	Маркер	Частота (%)
Скелет	Астеническая конституция	86,0
	Положит. признаки «запястья», «большого пальца»	25,0
	Деформации грудной клетки	12,0
	Высокое небо	48,0
Связочно-суставной аппарат	Угловатый профиль лица	13,0
	Гипермобильность суставов	65,0
	Нарушения осанки	93,0
	Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	45,0
Кожа	Плоскостопие	82,0
	Гиперэластичность	52,0
	Выраженный подкожный сосудистый рисунок	78,0

свойственны 45,0% лиц первой группы и только 9,8% во второй группе ($p=0,0001$).

Отличительными особенностями лиц первой группы были выраженная склонность к липотимии (50,0%) и обморокам (28,0%), а также нарушения терморегуляции (29,0%), выявленные при анкетировании. Это было существенно чаще, чем во второй группе: 11,5% ($p=0,001$), 6,6% ($p=0,002$), 4,9% ($p=0,001$) соответственно.

Жалобы на дисфункцию опорно-двигательного аппарата («беспричинные» артралгии или миалгии, частые растяжения связок, частое «подвертывание» стопы в голеностопных суставах, вывихи в суставах) у лиц первой группы выявлялись в 33,0% случаев, во второй группе – в 13,1% ($p=0,009$).

В целом для 30,0% лиц первой группы были характерны многочисленные жалобы на нарушение самочувствия, что достоверно чаще, чем во второй группе: 6,6% ($p=0,0001$).

Психозоциональная характеристика лиц первой группы показала, что в 53,0% случаев (против 9,1%, $p=0,0001$) у них выявляются симптомы, указывающие на психозоциональные нарушения (повышенные тревожность, утомляемость, эмоциональную подавленность, неуверенность в себе, депрессивные тенденции). Причем у 22,0% обследованных этой группы отмечается наличие высокого уровня стресса (эмоционального напряжения). Во второй группе данный признак не встретился.

Из хронических заболеваний (по данным анамнеза и амбулаторных карт) у лиц первой группы чаще встречались болезни ЛОР-органов (хронические тонзиллит, риносинусит) – 45,0% против 18,0% во второй группе ($p=0,0001$). В первой группе диагностировались вегетососудистая дистония – 35,0%, во второй группе – 9,8% ($p=0,03$). По другим хроническим заболеваниям статистически значимой разницы между группами выявлено не было. Лица первой группы достоверно чаще указывали на склонность к простудным заболеваниям (более 3 раз в год) – 50,0%, во второй группе об этом упомянули 23,0% обследованных ($p=0,001$).

Среди женщин первой группы нарушения менструального цикла в виде гипер- и полименореи отмечались достоверно чаще (43,0%), чем у женщин второй группы (21,3%, $p=0,008$). Все женщины с указанными жалобами направлены на консультацию к гинекологу.

По результатам анкетирования было выявлено, что у лиц первой группы имела место большая встречаемость инсультов до 55 лет среди кровных родственников – 14,0% против 4,9% во второй группе, хотя она не была статистически значимой.

Практически всем обследованным первой группы (90 человек) была проведена ЭхоКГ, которая выявила у 65,6% лиц с синдромом ДСТ изменения в виде пролапсов клапанов сердца не более 1-й степени, дополнительных хорд желудочков сердца, а также их сочетаний. Во второй группе ЭхоКГ проведена у 30 человек. Дополнительные хорды левого желудочка выявлены у 5 человек (16,7%, $p=0,0001$), пролапсы клапанов не регистрировались.

Обсуждение и выводы

Проведенное исследование было скрининговым и выявило ряд изменений в психосоматическом статусе лиц с синдромом ДСТ, которые на момент обследования находились в состоянии условной «компенсации» здоровья и были адаптированы к внешним условиям. Известно, что наличие ДСТ приводит к срыву адаптационных механизмов в организме человека и развитию ассоциированной с ней патологии [6]. Выявленное обилие различных жалоб на самочувствие указывает на снижение резерва здоровья. Это объясняется, с одной стороны, наличием сопутствующей ДСТ вегетососудистой дистонии, с другой стороны, имеющими место синдромами дисплазии соединительной ткани сердца и гипермобильности суставов, входящими в структуру синдрома ДСТ. Меноррагии у женщин, по-видимому, связаны с нарушениями в системе гемостаза, обусловленными наличием ДСТ, т. к. гинекологом не было выявлено органических причин повышенной кровоточивости в периоды менесис. Данные о геморрагических проявлениях ДСТ описаны в работах З. С. Баркагана и соавт. (1994), А. И. Неймарка и соавт. (1998). Женщины с синдромом ДСТ уязвимы в плане развития хронической постгеморрагической анемии.

Наши данные, полученные в ходе скрининга, в отношении психологических особенностей лиц с синдромом ДСТ отражают психосоматический компонент этого состояния, который играет немаловажную роль в развитии функциональных нарушений при ДСТ. Подобный подход приводится в работе Г. И. Нечаевой и И. В. Друк (2005).

Склонность к частым простудным заболеваниям у лиц с синдромом ДСТ связана с имеющимся

иммунодефицитом, причем дефект касается как клеточного, так и гуморального звена иммунитета [2]. Следствием иммунной недостаточности является более высокая частота хронической ЛОР-патологии у лиц с синдромом ДСТ.

Нельзя не отметить факт наличия относительно большей распространенности инсультов до 55 лет у родственников обследованных лиц. Одним из сосудистых проявлений ДСТ являются аневризмы, в т. ч. церебральных сосудов, что ведет к развитию инсультов в молодом возрасте [4]. ДСТ часто носит семейный характер, и, таким образом, лица с синдромом ДСТ, имеющие семейный анамнез ранних инсультов, попадают в группу риска по данной патологии.

Исследование показало, что диспластические изменения в 3 системах организма являются показанием для направления на ЭхоКГ, которая выявляет в большом проценте случаев синдром ДСТ сердца. Такое же мнение высказывается Э. В. Земцовским (2006).

В коррекции статуса пациентов с ДСТ уже традиционным стало использование препаратов магния, витаминных комплексов, микроэлементов, бета-адреноблокаторов, мукополисахаридов, проведение психологической коррекции [3]. Эту терапию можно считать базисной. Однако в ряде случаев ее необходимо дополнять «ситуационными» мероприятиями, также играющими важную роль в сохранении здоровья лиц с синдромом ДСТ.

Таким образом, данные, полученные в ходе скринингового исследования психосоматического статуса лиц с синдромом ДСТ, позволяют обосновать дополнение программы профилактики и реабилитации для них следующими мероприятиями:

1. Допплерэхокардиографическое исследование с целью выявления синдрома дисплазии соединительной ткани сердца и/или наблюдения за его динамикой; холтеровское ЭКГ-мониторирование для лиц с указаниями в анамнезе на обмороки и ощущение перебоев в работе сердца с целью исключения жизнеопасных аритмий.

2. Проведение иммунопрофилактики для часто и длительно болеющих лиц (профилактические прививки, курсовое применение неспецифических иммуномодуляторов, по показаниям – консультация иммунолога).

3. Женщинам с гипер- и полименореей на фоне синдрома ДСТ обязателен контроль за показателями красной крови, по его результатам – терапия препаратами железа в лечебной либо профилактической дозировке.

4. Обследование у невролога лицам с синдромом ДСТ с семейным анамнезом инсультов в относительно молодом возрасте.

5. С учетом полисистемности проявлений ДСТ рациональным для лиц с синдромом ДСТ было бы динамическое наблюдение врачом общей практики (семейным врачом), владеющим технологией диагностики этого состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З. С., Суханова Г. А., Белых В. И. и др. Нарушения системы гемостаза у больных с пролабированием митрального клапана // Клиническая медицина. – 1994. – № 6. – С. 26–29.
2. Глотов А. В., Яковлев В. М., Ягода А. В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. – Ставрополь, 2005. – 164 с.
3. Земцовский Э. В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани // Медицинский вестник. – № 11 (354), 29 марта 2006 г.
4. Лебедева Е. Р. Оценка системной дисплазии соединительной ткани у больных с интракраниальными аневризмами / Е. Р. Лебедева, В. П. Сакович, С. Ю. Медведева // Нейрохирургия. – 2002. – № 1. – С. 19–23.
5. Неймарк А. И., Сибуль И. Э., Таранина Т. С. Морфологические изменения и нарушения гемостаза как проявление мезенхимальной дисплазии у больных нефроптозом // Урология и нефрология. – 1998. – № 1. – С. 29–31.
6. Нечаева Г. И., Друк И. В. Психосоматические соотношения при дисплазии соединительной ткани. www.omsk-osma.ru. – 2005.

Поступила 25.04.2009

Е. А. ЗАХАРЬЯН

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РОЛИ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГЕНЕЗЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра внутренних болезней № 1

*Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского,
Украина, 95006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7. E-mail: locren@yandex.ru, тел. +38 (0652) 254711*

Выявлена связь между проявлениями дисплазии соединительной ткани и тяжестью течения варикозной болезни вен нижних конечностей. Подтверждено, что ранее выделенные фенотипические признаки выраженной соединительно-тканной дисплазии по частоте встречаемости и особенностям совпадают с гемодинамическими, морфологическими, биохимическими и иммуногистохимическими стигмами дисплазии соединительной ткани, характеризующими тяжесть заболевания, резистентность к терапии трофических язв, частоту рецидивов заболевания вен. Это может иметь прогностическое значение и определять интенсивность терапии и в целом лечебную тактику.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, варикозная болезнь вен нижних конечностей.