УДК 616.72-007.17-018.2-002.2

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ У ВЗРОСЛЫХ

В.А. Соколов,
Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь

Соколов Валерий Алексеевич *– e-mail: sokol-177@mail.ru*

Проведено исследование структуры соединительно-тканных дисплазий (ДСТ) при хронических соматических заболеваниях и заболеваниях суставов. В процессе исследования с помощью анкет, разработанных в процессе исследования, было проанкетировано 165 амбулаторных больных с различными соматическими заболеваниями и заболеваниями суставов, ассоциированными с ДСТ, состоящих на учете в поликлинике и пришедших на приём к врачу. В группе наблюдения выявились разнообразные фенотипические признаки ДСТ в количестве более 5, наличие у больных от 1 до 5 внешних признаков ДСТ считались вариантом нормы. Общее число нозологических форм составило в целом 385, т. е. в среднем на одного наблюдаемого приходилось примерно 2,4 диагноза. В общей структуре заболеваний примерно у каждого второго пациента (59,4%) определялись заболевания суставов или позвоночника и их сочетание (остеоартроз, остеохондроз и их сочетание). В развитии хронических соматических заболеваний заметную роль играет одна из наиболее распространенных тканей организма – соединительная, в которой в силу различных причин, генетически обусловленных и/или приобретенных, формируются морфофункциональные отклонения в виде ДСТ, в первую очередь, в сердечно-сосудистой системе, во-вторую очередь – в пищеварительной системе и в третью очередь – в костно-мышечной системе, опережая хронические бронхолегочные заболевания, заболевания почек и др. Поэтому, можно предполагать, что ДСТ является фактором риска развития заболеваний суставов и позвоночника.

Ключевые слова: хронические соматические заболевания, дисплазия соединительной ткани, остеоартроз.

There has been carried out the research of the structure of connective tissue dysplasia (CTD) in case of chronic somatic diseases and diseases of joints. Specially for the research there were developed questionnaires for the patients. 165 outpatients with different somatic diseases and diseases of joints, associated with CTD, were questioned during their visit to the doctor. The examined group of patients included those with more than 5 different CTD phenotypic signs. The presence of CTD signs from 1 to 5 was considered to be normal. The total number of nosological forms was 385, i.e. about 2,4 of diagnoses for one examined patient. In the general structure of diseases almost every second patient (59,4%) had the diseases of joints or spinal cord or their combination (osteoarthrosis, osteochondrosis and their combination). The development of chronic somatic diseases is closely connected with one of the mostly spread organism tissues – connective tissue. Due to genetic or acquired reasons this tissue is likely to have morphofunctional deviations in the form of CTD, firstly – in cardiovascular system, secondly – in digestive system, thirdly – in musculoskeletal system, getting ahead of chronic bronchopulmonary diseases, kidney diseases and etc. So it is possible to consider that CTD is a risk factor for the development of the diseases of joints and spinal cord.

Key words: chronic somatic diseases, connective tissue dysplasia, osteoarthrosis.

Введение

Современная медицина расширяет поиски этиологических и иных факторов, которые способствуют хронизации патологических процессов. Много ведется разговоров о выделении наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) и дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в отдельный фактор риска, способствующий переходу острых заболеваний в хронические и определяющий количество сопутствующих заболеваний. В литературе имеется достаточно данных о роли ДСТ в формировании хронических соматических заболеваний (СЗ) различных органов и систем, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, заболеваний органов пищеварении, почек и др. [1–5]. К тому же, общеизвестно, что дисплазия тазобедренного и коленного сустава является доказанным фактором риска развития остеоартроза (ОА) данных суставов.

Наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ) – это аномалии или болезни с определенным моногенным типом наследования и четкой симптоматологией. Дисплазия (греч. – отклонение в формировании, отклонение от нормы) – отклонение от нормы в состоянии тканей и органов наследственного и врожденного характера. Дисплазии соединительной ткани – это множество вариантов аномалий развития ННСТ без четко очерченной

симптоматики, не укладывающихся ни в одну из моногенных нозологических форм ННСТ. Синдром ДСТ – это наличие внешних фенотипических признаков дисплазии в сочетании с дисплазией хотя бы одного из внутренних органов [3, 6].

В доступной нам литературе не обнаружены данные об этиопатогенетической роли системных заболеваний соединительной ткани (НДСТ и ДСТ) в формировании хронических заболеваний суставов, включая остеоартроз, а также непосредственного влияния ННСТ и ДСТ на количество сопутствующих заболеваний и их осложнений. Нет данных о том, что они являются доказанными фактором риска развития ревматических заболеваний (РЗ) вообще и остеоартроза, в частности.

Целью исследования явилось изучение частоты и особенностей фенотипических признаков соединительнотканных дисплазий у больных с хроническими соматическими заболеваниями и заболеваниями суставов/позвоночника у взрослых.

Материалы и методы

Для достижения цели исследования, в ходе профосмотров и диспансерных осмотров, за период 2003–2013 гг. были проанкетированы 2000 человек выборки, организованной и неорганизованной части населения г. Тирасполя, 500 городских жителей и 165 диспансерных больных с соматическими заболеваниям (СЗ) с признаками ДСТ в 2 и более органах или системах (клинически значимая степень ДСТ), которые вошли в первую группу наблюдения. Вторую группу (группу сравнения) составили 165 больных с аналогичными СЗ без признаков ДСТ (наличие у больных от 1 до 5 внешних признаков ДСТ считалось вариантом нормы). Средний возраст больных с СЗ при ДСТ составил 45,30±2,021 года. Контрольная группа состояла из 200 совершенно здоровых добровольцев соответствующего СЗ, возраста и пола. На всех пациентов составлялись скринирующие и индивидуальные карты наблюдения, разработанные в процессе исследования. Диагностика ННСТ и ДСТ проводилась с помощью критериев рекомендаций ВНОК-2009 г. [3], а также по модифицированым критериям ДСТ, разработанным в процессе исследования, на которые автором были получены четыре патента на изобретения (2003–2012 гг.). Для постановки диагнозов также применялись необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования. Статистическую обработку данных проводили по схеме анализа программы «Статистика» и «Биостат».

Результаты и их обсуждение

Было проведено изучение фенотипических признаков ДСТ среди наблюдаемого контингента (165 пациентов в возраст 19–70 лет). В группе наблюдения выявились разнообразные фенотипические признаки ДСТ, в т. ч. и с помощью инструментальных исследований, частота которых составила 30%. Наиболее часто имеют место: множество различных пигментных пятен – 78 (47,2%); измененные мочки ушей – у 74 (44,8%); короткие и искривленные мизинцы – у 68 (41,2%) лиц, варикозное расширение вен – у 66 (40,0%) наблюдаемых, астеническая конституция – у 37 (22,4%); отклонения со стороны глаз – у 32 (19,3%); плоскостопие разной степени выраженности – у 34 (20,6%); длинные и тонкие верхние конечности – у 44 (26,3%); гипермобильность суставов – у 33 (20,0%), деформация черепа – у 16 (9,6%); аномалия прикуса – у 24 (14,5%); заячья губа – у 4 (2,4%) пациентов и др. Наряду с этим, у части лиц диагностирована дисплазия внутренних органов: пролапс митрального клапана – у 24 (14,5%); птоз внутренних органов (почек, желудка) – у 14 (8,4%); кисты яичников – у 12 (7,2%); трахеобронхиальные дискинезии – у 4 (2,4%) наблюдаемых, фибромиома матки – у 24 (14,5%), грыжи брюшной стенки различной локализации – у 19 (11,5%) наблюдаемых и др. Все изменения во внутренних органах выявлены при инструментальных исследованиях (УЗИ, рентгенологические исследования и др.).

Кроме того был определен перечень хронических заболеваний и их удельный вес с локализацией процесса в различных органах и системах. Более чем 2/3 больных имели заболевания сердечно-сосудистой системы (138 человек, 80,6%). Высок удельный вес заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (107 человек, 64,8%). Более чем у половины пациентов (98 человек, 59,4%) выставлялся диагноз «остеоартроз» и «остеохондроз» или их сочетание, которое, в свою очередь, сопровождалось метеопатическими артралгиями, дорсолгиями и/или мигренеподобными головными болями или вегето-сосудистыми (гипертоническими) кризами, усиливающимися на погоду, магнитные бури и/или в полнолуние, определялся так называемый клинический соединительнотканный метеопатический синдром. Следует отметить, что среди наблюдаемой группы больных с заболеваниями суставов при ДСТ имело место сочетание двух и более диагнозов у одного и того же пациента, т. е. в среднем на одного наблюдаемого приходилось, примерно, 2,4 диагноза с сочетанной патологией.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование по изучению частоты и особенностей нозологической структуры хронических соматических заболеваний и заболеваний суставов, ассоциированных с ДСТ, показало, что в группе наблюдения были выявлены разнообразные фенотипические признаки ДСТ, частота которых составила 30%. Первое место в структуре СЗ, ассоциированных с признаками ДСТ, имеют заболевания сердечно-сосудистой системы (80,6%). На втором месте – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (64,8%). А третье место заняли заболевания суставов (59,4%), которые обобщают многочисленную группу дегенеративно-дистрофических заболеваний костно-мышечной системы (остеоартроз, остеохондроз и их сочетание), причем процесс сопровождался сопутствующими заболеваниями чаще в сердечно-сосудистой и пищеварительной системах и на одного пациента приходилось 2,4 сопутствующих диагноза. Причем почти у половины больных с СЗ определялся остеоартроз периферических суставов, остеохондроз позвоночника, которые в свою очередь сопровождались метеопатическими артралгиями, дорсолгиями и/или мигренеподобными головными болями или вегето-сосудистыми (гипертоническими) кризами, усиливающимися на погоду, магнитные бури и/или в полнолуние, определялся так называемый клинический соединительнотканный метеопатический синдром.

При сопоставлении результатов исследования выявлено, что заметную роль играет одна из наиболее распространенных тканей организма – соединительная, в которой в силу различных причин, генетически обусловленных и/или приобретенных, формируются морфофункциональные отклонения в виде ДСТ, в первую очередь, в сердечно-сосудистой системе, во-вторую очередь – в пищеварительной системе и в третью очередь – в костно-мышечной системе, опережая хронические бронхолегочные заболевания, заболевания почек. На основании полученных данных можно предположить, что системная несостоятельность соединительной ткани по типу ННСТ и ДСТ является фактором риска развития не только заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, о чем говорят многочисленные данные литературы [1, 2, 4, 5, 7], но и фактором риска (предиктором) развития остеоартроза периферических суставов и остеохондроза позвоночника, а также обуславливает количество сопутствующих им заболеваний. До настоящего времени из всех видов ДСТ, только дисплазия тазобедренного сустава являлась доказанным фактором риска остеоартроза. Полагаем, что по мере накопления материала и расширения контингента исследования данные закономерности будет уточняться и подтверждаться, а также будут выявляться клинические особенности течения СЗ, РЗ и ОА, ассоциированных с ДСТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земцовский Э.В. Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце. СПб.: Ольга, 2007. 80 с.

2. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. СПб.: Элби, 2009. 714 с.

3. Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские национальные рекомендации. Прил. 5. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. № 8 (6). М.: Издано Вёрваг Фарма, 2009. 24 с.

4. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России. Научно-практич. ревматол. 2001. № 1. С. 7-11.

5. Яковлев В.М., Глотов А.В., Ягода А.В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. Ставрополь, 2005. 232 с.

6. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология). М.: Медицина, 1981. 312 с.

7. Беленький А.Г. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространенность и клинико-инструментальная характеристика: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. Москва, 2004. 51 с.