

УДК 616'018.2'007.17'057.875(571.63)

Н.Д. Татаркина, Ю.В. Пономаренко

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ У СТУДЕНТОВ ВГМУ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: соединительная ткань, дисплазия. Болезни соединительной ткани изучаются давно, но только с 80-х годов XX века от эпонимических синдромов медицина повернулась к так называемым недифференцированным состояниям, получившим с легкой руки отечественных ученых аббревиатуру СТД — соединительнотканная дисплазия. Этот термин вобрал в себя множество неопределенных состояний, пограничных с заболеваниями соединительной ткани (синдромы Марфана и Элерса-Данлоса, незавершенный остеогенез, семейную гипермобильность суставов и др.), и напомнил другую типично отечественную нозологическую форму — нейроциркуляторную дистонию, куда попадают не «оформившиеся» лабораторно и инструментально заболевания. При этом в многочисленных научных исследованиях раздельно изучались пролапс митрального клапана, аномальные хорды, геморрагические синдромы и другие, достаточно типичные проявления СТД без учета того, что все они, в той или иной мере, являются отражением патологии соединительной ткани.

Ситуация изменилась после ряда исследований [5,7, 9], когда начала выстраиваться достаточно определенная картина синдрома недифференцированной соединительнотканной дисплазии не только по отношению к сердцу с его «малыми» аномалиями развития, но и к организму в целом. Будучи невыраженным, этот синдром умеренно снижает качество жизни. Когда же его проявления становятся значимыми, о нем уже не вспоминают, потому как пациент «утопает» в большом количестве заболеваний, казалось бы, не связанных единым началом: миопия, остеохондроз, нефроптоз, иммунодефицит, геморрагические проявления и др. Совокупность заболеваний уже существенно влияет на трудоспособность пациента и прогноз жизни.

Целью нашего исследования стала оценка состояния здоровья студентов Владивостокского медицинского университета на предмет выявления недифференцированной соединительнотканной дисплазии. Мы отчетливо понимали, что именно в этом возрасте к организму предъявляются повышенные требования в связи с существенными физическими, эмоциональными и умственными нагрузками.

В исследование были вовлечены студенты 4-6-го курсов в возрасте 18-31 года (в среднем — $22 \pm 0,5$ года). Осмотрено 68 человек (22 мужчины и 46 женщин). Контрольную группу составили 12 человек. Группа наблюдения оказалась неоднородной. В ней присутствовали лица с преимущественными малыми аномалиями раз-

вития сердца (пролапс митрального клапана, аномальные хорды и др.), гипермобильностью суставов, множественными проявлениями СТД как в легкой, так и в тяжелой степени. Всем, пожелавшим принять участие в обследовании, было предложено заполнить специальную разработанную карту с целью выявления фенотипических признаков СТД для дальнейшей их верификации во время осмотров. Выполнялся комплекс инструментальных методов, включавших электрокардиографию, эхокардиографию, спирографию и ультразвуковое исследование в т.ч. и с доплеровскими методиками, выполненными на аппарате ALOKA-2000.

У обследованных с СТД было подтверждено наличие синдрома удлинённого QT, отмеченного другими авторами [1]. Он встретился у 4 студентов (7,1%), трое из которых имели аномально расположенные хорды и лишь одна студентка — пролапс митрального клапана. У 14 человек (25%) выявлен синдром ранней реполяризации желудочков, при этом лишь у 5 он имел классические проявления. Частота аритмий покоя была не высокой — всего у двух человек (3,6%) в виде единичных наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса в «чистом варианте» также не встретилась, лишь в 4 случаях был нетипичный ее вариант, часто трактуемый, как «затруднение проводимости по правой ножке». Данный феномен считается вариантом нормы и описан у лиц астеноскопической конституции и детей. Возникает закономерный вопрос: если это «норма», то почему она так редка? Не является ли нетипичный вариант этой блокады проявлением временной несостоятельности правого желудочка у данной категории лиц, учитывая кардиопульмональные аспекты гемодинамики [8]? Тем более, что нередко неполная блокада правой ножки исчезает или уменьшает свою манифестацию с возрастом.

Патология, выявленная при эхокардиографическом исследовании, представлена в табл. 1. Мы считаем, что надо четко разграничивать аномальные хорды и аномальные трабекулы в левом желудочке. Последние в большинстве случаев являются вариантом нормы, так как стенка сердца здесь имеет выраженную трабекулярность вплоть до выносящего тракта. Другое дело хорды. Они, прикрепляясь одним концом к сосочковым мышцам, а другим — к подвижной стенке левого желудочка (чаще всего к передней или к межжелудочковой перегородке), по видимому, нарушают работу митрального клапана по типу вторичной дисфункции. Также видно, что у здоровых возможны незначительные нарушения анатомии сердца, не отражающиеся на его деятельности.

При изучении центральной гемодинамики при СТД выявлен преимущественно эукинетический тип кровотока с достаточно низким системным артериальным давлением (систолическое — 102 ± 2 , диастолическое — 65 ± 2 мм рт. ст.). Понятно, что поддержание минутного объема в такой ситуации осуществляется за счет учащения ритма. Все исследования выполнялись в положении покоя, а давление измерялось после 10 мин.

Таблица 1
Изменения, обнаруженные при эхокардиографии

Вид патологии	Группа			
	СТД		Контроль	
	абс.	%	абс.	%
Пролапс				
митрального клапана 1'й ст.	18	32,1	—	—
Пролапс				
митрального клапана 2'й ст.	4	7,1	—	—
Пролапс				
трикуспидального клапана 1'й ст.	3	5,4	—	—
Дилатация синуса Вальсальвы	11	19,6	—	—
Бикуспидальный				
аортальный клапан	1	1,8	—	—
Аномальные трабекулы				
левого желудочка	19	33,9	1	8,3
Аномальные хорды				
левого желудочка	20	35,7	—	—
Расщепление задней				
сосочковой мышцы левого				
желудочка, добавочные мышцы	15	26,8	2	16,6
Транзиторный				
систолический валик	—	—	2	16,6

нахождения в горизонтальном положении. Хотелось бы отметить неправомерный подход к анализу гемодинамики в ряде научных исследований [4]. Для оценки ее типов, как реографически, так и эхографически, вырабатаны достаточно четкие нормативы [2, 3]. В группе СТД особый смысл приобретают индексированные показатели, т.к. почти половина наблюдавшихся имеет индекс массы тела менее 20 кг/м².

Достоверных различий в группах наблюдения и контроля по основным гемодинамическим показателям (ударный объем и ударный индекс, систолический индекс и общее периферическое сосудистое сопротивление) получено не было. Это вполне объяснимо, так как лица с СТД не имеют грубых нарушений гемодинамики на «доклиническом» этапе. Между тем, будучи «практически здоровыми», эти пациенты уже в возрасте 20-22 лет имеют симптоматику будущих заболеваний. У 18 (32,1%) человек была обнаружена митопия легкой и средней степеней, у 31 (55,3%) — нарушение осанки, у 16 (28,5%) — склонность к кровотечениям с образованием синяков, у 12 (21,4%) — рецидивирующая герпетическая инфекция и у 19 (33,9%) — частые (более трех раз в год) острые респираторные заболевания. При ультразвуковом исследовании почек в 8 случаях обнаружен нефроптоз (чаще справа), в 2 — аортотомезентериальный пинцет, служащий в дальнейшем основой варикоцеле, в 1 — неполное удвоение чашечно-лоханочной системы.

Таким образом, мы столкнулись с интересным и вызывающим тревогу явлением: к лицам, не имеющим изменений, выявляемых клинически и инструментально (здоровым), в группе осмотренных можно было отнести примерно 10%. У остальных были те или иные предпосылки для развития патологии в ближайшие 15-20 лет жизни. Безусловно, мы обязаны пересмотреть свое отношение и к популярным сейчас диагнозам «про-

лапс митрального клапана» и «аномально расположенные хорды», шквал которых просто захлестнул медицину. Большинство подобных заключений вызваны гипердиагностикой, но с увеличением количества данных проявлений необходимо считаться. Надо понимать, что изолированная аномальная хорда — не есть синоним СТД. Необходимо учитывать, что и абсолютно здоровый человек может иметь некоторые фенотипические стигмы развития, не влияющие на прогноз жизни.

Мы продолжаем научную работу в надежде, что она поможет уточнить акценты в диагностике «недифференцированного синдрома соединительнотканной дисплазии», в разграничении «нормы» и «патологии».

Литература

1. Абдуллаев Р.Ф., Гельфгат Е.Б., Бабаев З.М. и др.// Кардиология. — 1991. — № 12 — С. 74-76.
2. Берестень Н.Ф., Нельга О.Н.// Sonoace International. — 2001 — Вып. 9. — С. 81-82.
3. Гундаров И.А., Пушкарь Ю.Т., Константинов Е.Н.// Тер. архив. — 1983. — № 4. — С. 26-28.
4. Донская А.А. Гемодинамика и показатели углеводного обмена у мужчин молодого возраста с дисплазией соединительной ткани и артериальной гипертензией: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1996.
5. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. Изд. 2-е. — СПб.: Политекс, 2000.
6. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии. — СПб.: Невский диалект, 2000.
7. Мартынов А.И., Степура О.В., Остроумова О.Д., Пак Л.С.// Клин. мед. — 1997. — № 9. — С. 74-76.
8. Нечаева Г.И. Кардиогемодинамические системы при дисплазиях соединительной ткани: Автореф. дис... докт. мед. наук. — Томск, 1994.
9. Перекальская М.А. Кардиологические аспекты дисплазии соединительной ткани у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис... докт. мед. наук. — Новосибирск, 1998.

Поступила в редакцию 15.12.02.

CONNECTIVE-TISSUE DYSPLASIA OF THE STUDENTS OF VSMU

N.D. Tatarkina, Yu.V. Ponomarenko
Vladivostok State Medical University

Summary — In these researches the chair of faculty therapeutics of Vladivostok State Medical University conducted a study in order to detect the students suffering from undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome. 68 persons at the age of 18-31 have been examined. 56 persons had the syndrome shown up in different manifestations: lesser cardiac development anomalies, articular hypermobility, spinal column pathology, bleeding sickness and so forth. As summarized, the indices of central hemodynamics of the persons were of normality and formed the eukinetic type of blood circulation. At 33,9 per cent of cases anomalous chordas and left ventricle trabecules were detected, at 32,1 per cent there were the evidences of mitral valve prolapse. The authors were quite often registering the dilatation of Valsava's sinus (19,6 per cent of cases), the anomalies of heart papillary muscles (26,8 per cent). During the ECG the syndrome of early ventricle repolarization was shown up at 25 per cent of students; 7,1 per cent of patients had long QT syndrome and 3,6 per cent of persons were subject to extrasystole.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 43-44.