

8. Гладкова, Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьяны и человека / Т.Д. Гладкова. – М.: Наука, 1966. – 151 с.

## **СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Величко И.М.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Республика Беларусь*

**Актуальность и цель исследования.** Клинические признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ), с одной стороны, легко выявляются, а с другой – так же легко могут ускользнуть от наблюдения, если не проявить к ним специального внимания. В последние годы отмечается нарастание распространенности разных вариантов ДСТ из-за ухудшения экологической обстановки. Это состояние, при котором имеются различные по степени выраженности врожденные проявления дисплазии.

**Результаты.** Выраженность симптомов при дисплазии соединительной ткани весьма переменчива – от минимально выраженной повышенной растяжимости кожи и гипермобильности суставов до серьезных расстройств, которые могут представлять серьезную угрозу для жизни. Пациенты с этими заболеваниями частот длительно наблюдаются у врачей разных специальностей, но далеко не всегда заболевания из группы дисплазия соединительной ткани своевременно диагностируются. Многообразие и длительность расстройств значительно снижают качество жизни пациентов. Установление правильного диагноза пациентом с дисплазией соединительной ткани позволяет разработать комплексную программу лечения, реабилитации и профилактики специфических осложнений.

Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес врачей-практиков в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией. Частота выявления синдрома ДСТ достаточно велика – от 26 до 80% в зависимости от группы исследования. Так, по данным Г.И. Нечаевой и соавт. (1997), от 74 до 85% детей школьного возраста имеют различные признаки ДСТ [5].

Многие авторы, занимающиеся этой проблемой, считают, что строение организма, его органов и систем определяется эволюционным приспособлением к условиям окружающей среды, когда используются эволюционно выгодные врожденные системы адаптации [2]. Предлагается несколько классификаций ДСТ. Согласно одной из них, наследственные заболевания СТ подразделяют на две группы: 1) заболевания, обусловленные нарушением синтеза или катаболизма волокнистых компонентов СТ; 2) заболевания, обусловленные нарушением синтеза или катаболизма основного вещества СТ [4]. Данные группы могут быть монофакторными (хромосомного или иного характера), и мультифакторными [2].

Единой, общепринятой классификации дисплазии соединительной ткани до сих пор не существует. Чаще используется разделение ДСТ на дифференцированную и недифференцированную (НДСТ) [1]. При отсутствии унифицированной терминологии сегодня в качестве синонимов НДСТ употребляются «слабость соединительной ткани», «мезенхимальная недостаточность», «изолированная соединительнотканная дисплазия» и др. [3]. В рамках НДСТ выделяет MASS-фенотип, марфаноидный и элерсopodobный фенотипы. Другие авторы в группе НДСТ выделяют: выраженную (диагностический порог «+23») и маловыраженную формы (диагностический порог «+17») [2, 3]. Как правило, наследственные заболевания соединительной ткани проявляются недостаточностью многих органов и систем, но наиболее частыми признаками являются изменение пропорций тела (высокий рост, удлиненные конечности, длинные пальцы, узкие плечи, узкая деформированная грудная клетка, нарушения осанки) и гипермобильность суставов. [3, 7].

Дисплазия соединительной ткани не является нозологической единицей. Некоторые авторы рассматривают симптомы дисплазии соединительной ткани как патологическое состояние, а не болезнь, до тех пор, пока не возникнут поражения органов и систем.

Заболевание носит наследственный характер. При изучении генеалогических особенностей у лиц с признаками дисморфогенеза в нисходящих коленах отмечается нарастание выраженности

и числа признаков дисплазии соединительной ткани или передача их по наследству в неизменном виде, но ни в одном случае не наблюдалось сглаживание или полное исчезновение признаков дисплазии соединительной ткани у пробандов. Пациенты с данным синдромом, наследуя разнообразные генетические дефекты родителей, уже в перинатальном и раннем постнатальном периодах имеют морфо-функциональные изменения различных органов и систем, усугубляющиеся по мере развития нарушений и углубления недостаточности компенсаторных механизмов [6].

Распространенность отдельных внешних фенотипов, по некоторым данным, чрезвычайно высока: единичные внешние фенотипы обнаруживаются у 94% лиц молодого возраста. Данные о распространенности дисплазии соединительной ткани разноречивы: от 13% лиц молодого возраста, 35-65% (до 85,4%) – по данным других авторов, что обусловлено разными классификационными и диагностическими подходами.

В России в 2008 г. создан Экспертный совет для разработки критериев диагностики НДСТ, составлены российские рекомендации «Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани». Частота встречаемости НДСТ составляет от 13 до 70% [5].

**Выводы.** Отсутствие единого подхода к пониманию сути НДСТ, единого взгляда на терминологию и диагностические критерии этого состояния оставляют открытыми значительную часть вопросов. Еще предстоит определить место НДСТ как самостоятельной нозологической формы. Но громадное количество работ, посвященных этой проблеме, открывающих новые аспекты в изучении современного течения болезней, уже обозначили высокую актуальность НДСТ в современной науке.

*Литература:*

1. 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.
2. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца – СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест», 2000. – 115 с.
3. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). – СПб.: «Невский диалект», 2000. – 271 с.
4. Мартынов А.И., Степура О.В., Остроумова О.Д. Врожденные

дисплазии соединительной ткани // Вестник РАМН. – 1998. – №2. – С.47 – 54.

5. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Друк И.В., Вершинина М.В. Дисплазия соединительной ткани: пульмонологические аспекты // Пульмонология. – 2004. – №2. – С. 116 – 119.

6. Нечаева Г.И., Конев В.П., Викторова И.А., Шилова М.А., Друк И.В., Вершинина М.В.// Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти // Рос. медицинские вести. – 2004. – № 3. – С.25 – 32.

7. Стародубцева М.С. Состояние кардиодинамики у детей с малыми аномалиями развития сердца // Вестник РГМУ. – 2005. – №3(42). – С.137.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА СОМАТОТИПА ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Вильчинская Л.П.**

*УО «Гродненский государственный университет имени Янки  
Купалы», Республика Беларусь*

Изучению нормальной изменчивости биологических особенностей человека в анатомии и антропологии уделяется большое внимание. Стратегия и тактика такого рода исследований, моделирование некоторых состояний здоровья (предрасположенность, риск заболевания), связанных с генетической детерминированностью определенных реакций организма на воздействие факторов внешней среды, базируются на понятиях общей и частных конституций. В связи с этим особое значение приобретают исследования, направленные на определение типа телосложения [2, 10]. Условный маркер «соматотип», являясь обобщающей морфологической характеристикой индивидуума, обладает и своеобразными функциональными свойствами, от которых зависит характер реактивности организма [4, 7].

Цереброваскулярные заболевания – инсульты ишемического и внутримозгового типа, субарахноидальные гемorragии и хронические формы сосудисто-мозговой недостаточности – являются одной из важнейших проблем современной ангио-