

дефекты микроструктуры СТ становятся манифестными при бурном росте в подростковый период и увеличении общей массы соединительно-тканых структур.

В подростковом и молодом возрасте выявляемость всех признаков ДСТ максимальна. На первом и втором месте – костно-мышечные дисплазии, на третьем – миопия, на четвертом – дисплазия зубочелюстной системы. Шестое место занимают пролапсы клапанов сердца и расширение крупных сосудов (табл. 25).



Рис. 11. Клинические синдромы у подростков и молодых лиц с дисплазией соединительной ткани

Такая структура признаков ДСТ формирует своеобразную клиническую симптоматику, которая составляет патогномоничные клинические синдромы.

В подростковом и молодом возрасте выявлены 2 группы клинических синдромов: первая группа синдромов значительно ухудшает качество жизни и способствует психо-социальной дезадаптации. Это синдромы вегетативной дисфункции, астенический, косметический, вертеброгенный, психо-эмоциональной нестабильности. Вторая группа синдромов (с учетом патоморфологического раздела исследования) выделена нами как предикторы ранней и внезапной смерти: клапанный, аритмический, сосудистый, пресинкопы, синкопы (рис. 11).

Схема обследования представлена на рисунке 12.

Полученные данные об особенностях клинического статуса детей, подростков и молодых лиц с ДСТ требуют не только индивидуализированного подхода в реабилитационных мероприятиях для коррекции синдромов, ухудшающих качество жизни, но и программу профилактических мер в отношении предупреждения реализации синдромов риска ранней и внезапной смерти.