

У пациентов с пресинкопальными и синкопальными состояниями (n=8) проведено дуплексное сканирование сосудов брахиоцефальной области. У них выявлены относительная гипоплазия правой в сочетании с высоким вхождением в канал поперечных отростков (n=1), гемодинамически значимая гипоплазия правой позвоночной артерии (n=1); S-образный гемодинамически значимый изгиб правой позвоночной артерии в канале поперечных отростков (n=1). У пяти пациентов изменений брахиоцефальных сосудов не выявлено. Подобные врожденные изменения вертебральных артерий в клинике часто недооцениваются, особенно при неизменной линейной скорости кровотока и снижении объемной скорости кровотока. Эти проявления могут быть одной из причин вертебро-базиллярного синдрома, пресинкопальных и синкопальных состояний у пациентов с ДСТ. Ситуация провоцируется резкими поворотами и наклонами головы. Однако два случая из трех сочетались с удлинением интервала QT и один – с миграцией суправентрикулярного водителя ритма без указания на сердечные аритмии.

Преобладание в группе пациентов с ДСТ гипервентиляционных жалоб, гастралгий, функциональной диспепсии и синдрома раздраженной кишки свидетельствует о вегетативном дисбалансе на различных уровнях, а также висцеральной гиперчувствительности.

Расстройства дефекации (9,5% против 8,6%): отсутствие рефлекса на опорожнение, чувство неполного опорожнения кишечника, дишезия (каловые массы в ампуле прямой кишки при утраченном ректосфинктерном рефлексе), натуживание более 25% от времени дефекации и пальцевая помощь во время дефекации во всех случаях требует углубленного проктологического исследования для исключения синдрома опущения промежности, ректоцеле, пролапса слизистой прямой кишки и других состояний, имеющих в основе своей «слабость» соединительной ткани.

У пациентов среднего и пожилого возраста с ДСТ отмечается преобладание геморрагического синдрома (легкость кровоизлияний, синяков на коже, кровотечения из десен, ректальные, носовые), причинами которого могут быть как ранимость стенки мелких сосудов при «хрупкости» соединительнотканного каркаса, так и тромбоцитопатии, что требует углубленного обследования у гематолога.

В «портрете» пациента среднего и пожилого возраста с ДСТ обращает внимание обилие субъективной симптоматики, и достоверное преобладание ее по сравнению с группой без признаков ДСТ. Для объективизации данного положения мы провели количественный учет посиндромных жалоб в двух группах пациентов среднего и пожилого возраста (рис. 13). В 1 группе лиц с ДСТ большинство (93,1 %) имеет 5-