

055. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ

**ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

Воротникова Н. А.  
 ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия

Синдром дисплазии соединительной ткани - нозологически самостоятельный синдром мультифакториального генеза. В последние годы отмечен рост числа врожденных аномалий развития и генетически-детерминированных заболеваний, доказана роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в развитии диспластических изменений в различных органах и системах. Фенотипически НДСТ проявляется полиорганными нарушениями, к которым относятся гастроэзофагеальный рефлюкс, аномалии желчного пузыря, малые аномалии развития сердца, трахеобронхиальная дискинезия, поликистоз, нефроптоз, мегауретер, аномалии развития половых органов и др.

Цель исследования. выявить признаки неполноценности соединительной ткани у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. На базе детского гастроэнтерологического отделения КБ СГМУ им. С.Р. Миротворцева обследовано 180 детей от 6 до 16 лет с хронической патологией ЖКТ (гастродуодениты); средний возраст - 11,4±1,8. Всем пациентам проведено гастроэнтерологическое обследование в соответствии со стандартами МЗ и социального развития РФ; по показаниям – дополнительные инструментальные методы диагностики: ирригоскопия («Philips Diagnost 56»), рентгенография шейного отдела позвоночника («Philips Medio 50 CP»), доплер-ЭХО-КГ («Sonoline G 40»).

Результаты. В результате эндоскопического обследования органов пищеварения у 87 детей (48,3%) установлена несостоятельность сфинктерного аппарата пищеварительного тракта в виде гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов. Аномалии формы и строения желчного пузыря (перегибы/перетяжки) по данным УЗИ органов брюшной полости диагностированы у каждого второго ребенка. В ходе ирригоскопии у 18 пациентов (10%) верифицирована аномалия развития толстого кишечника (долихосигма, праволжающая долихосигма, долихоколон, мегадолихоколон).

Эхокардиографические признаки дисплазии соединительной ткани сердечно-сосудистой системы (ССС) диагностированы у 169 детей (93,9%) в виде открытого овального окна, пролапса митрального, трикуспидального клапанов (МК, ТК) с минимальной волной регургитации, удлинение створок МК, наличия фальш-хорд (либо диагонально расположенных трабекул) в полости левого желудочка. При этом у каждого ребенка отмечено 2 и более из выше перечисленных признаков дисплазии ССС.

Проведенные наблюдения показали наличие дезорганизации соединительной ткани мочевыделительной системы у 29 больных (16,1%) с хронической гастроэнтерологической патологией: пиелозктазия - у 16 чел., сочетание пиелозктазии и

удвоенной почки – у 3-х детей, удвоение почки – у 2-х чел., избыточная подвижность почки – у 5 детей, поясничная дистопия почки - у 3-х пациентов.

Нами выявлены торакодиафрагмальные признаки НДСТ у пациентов с хронической патологией ЖКТ: сколиоз грудно-поясничного/поясничного отделов позвоночника - у 21 (11,6%) больных, кифосколиозом у 5 (2,7%) детей пубертатного возраста, воронкообразной грудной клеткой у 8 (4,4%) детей младшего школьного возраста. Нестабильность шейного отдела позвоночника, как вариант вертеброгенного синдрома, выявлен у 5 пациентов пубертатного возраста. Синдром патологии стопы, как самый ранний признак проявления несостоятельности соединительнотканых структур, диагностирован у 4 детей (6,6%) младшего школьного возраста, в т.ч. у 1 ребенка с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Нарушение эластичности сосудистой стенки в виде рецидивирующих носовых кровотечений установлено у 14 пациентов.

Выводы. 1. Наличие патологических рефлюксов пищеварительного тракта может способствовать развитию и поддержанию хронического воспалительного процесса ЖКТ у каждого второго ребенка.

2. Выявлен комплекс маркеров «слабости» соединительной ткани у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения: пролапс МК и множественные фальш-хорды в полости левого желудочка.

3. Дети с хроническими заболеваниями ЖКТ требуют углубленного обследования костно-суставной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы для более раннего выявления признаков НДСТ и проведения возможной коррекции её клинических проявлений.

**056. КУПИРОВАНИЕ ПАРОКСИЗМА ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

С.З. Габитов, Э.В. Пак.

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, РКБ № 3 МЗ РТ, г. Казань, Россия

Одним из самых частых осложнений при тромбозе легочной артерии являются нарушения ритма, которые не редко являются причиной утяжеления состояния больного и нередко служат причиной летального исхода. Развитие пароксизма мерцательной аритмии, трепетания предсердий и предсердной тахикардии являются показанием для купирования или нормализации ритма сердца, что позволяет решать вопрос профилактики или борьбы с сердечной недостаточностью, которая часто сопровождается нарушениями ритма.

В литературе представлены различные методы купирования наджелудочковых нарушений ритма, однако практика жизни вносит свои коррективы, которые часто играют решающую роль в спасении жизни пациентов.

Под нашим наблюдением за февраль и март месяцы 2010 года находились двое мужчин, госпитализированных в клинику с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), осложненной трепетанием предсердий с ЧСС 150-140 сокращений в минуту. Нарастание сердечной недостаточности диктовало необходимость коррекции деятельности сердца. В первом случае была