

ния без фиксации апофиза; один апофизеолиз передней верхней ости таза (миграция металлоконструкции) при чрезмерной физической нагрузке.

Для морфологического исследования интраоперационно были взяты фрагменты апофиза и его ложа в количестве 14 экземпляров, размером 3x3 мм. В настоящее время биоптаты находятся в работе.

Выводы. Анализ медицинской документации показал увеличение встречаемости отрывных переломов у детей и подростков. Это может быть связано с неадекватными, постоянными, несоразмерно большими тренировочными нагрузками, что снижает прочность костной ткани, а также дегенеративными изменениями в костной ткани вследствие нарушения минерального состава, что требует дальнейшего исследования.

Апофизеолизы целесообразно лечить хирургическим методом с прочной фиксацией апофиза к материнскому ложу.

Отрывные переломы без смещения требуют превентивной фиксации апофиза с целью предотвращения вторичного смещения.

При консервативном лечении сроки иммобилизации и начало интенсивных физических нагрузок определяются строго индивидуально.

После стационарного лечения обязательно должно проводиться восстановительное лечение с целью быстреего восстановления трудоспособности и возврата к спортивным тренировкам.

Литература

Сведения об авторах

Краснояров Геннадий Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Республики Бурятия, заведующий кафедрой спортивной медицины, травматологии и ортопедии медицинского факультета Бурятского государственного университета. 670002, Улан-Удэ, улица Комсомольская 3а, т. 89025632358, e-mail: orto57@mail.ru

Козлов Олег Олегович – клинический ординатор кафедры спортивной медицины травматологии и ортопедии Медицинского факультета Бурятского государственного университета. 670009, Улан-Удэ, ул. Герцена 11, т. 89148314566, e-mail: oleg.ok.83@mail.ru

Authors

Krasnoyarov Gennadiy Alekseevich – dr of medical sci., professor, honoured phisician of Buryatiya, head of department of sport medicine, traumatology and orthopaedics of Medical faculty of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Komsomolskaya str. 3a, telephone 89025632358, e-mail: orto57@mail.ru.

Kozlov Oleg Olegovich – intern of department of sport medicine, traumatology and orthopaedics of Medical faculty of Buryat State University. 670009, Ulan-Ude, Gercen's str. 11-67, telephone 89148314566, e-mail: oleg.ok.83@mail.ru

УДК 616
ББК 53.24

Л.Л. Зубкова,
А.Ю. Ерентуева, И.Р. Балданова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

В статье рассматривается генетика муковисцидоза – наследственного заболевания, связанного с нарушением обмена веществ и результаты патологоанатомического исследования у детей.

1. Бондаренко Н.С. Диагностика и лечение травматических вывихов и переломовывихов костей у детей: метод. рекомендации. – Харьков: Прапор, 2000. – 24 с.

2. Дубров Э.Я. Переломы и вывихи: Атлас рентгенограмм. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 216 с.: ил.

3. Дубровский В.И. Спортивная медицина: учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 512 с.: ил.

4. Макарова Г.А. Практическое руководство для спортивных врачей. – Ростов н/Д: БАРО-ПРЕСС, 2002. – 800 с.

5. Миронов С.П., Бурмакова Г.М. Повреждения локтевого сустава при занятиях спортом. – М.: Лесар-арт, 2000. – 192 с.: ил.

6. Набоков А.Ю. Современный остеосинтез. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 400 с.

7. Некачалов В.В. Патология костей и суставов: руководство. – СПб.: Сотис, 2002. – 288 с.

8. Шойлев Д. Спортивная травматология.– София: Медицина и физкультура, 1986.– 192 с.

Literature

1. Bondarenko N.S. The diagnose and treatment of children's traumatological dislocations and fracture-dislocations: methodical recommendations. – Kharkov: Prapor, 2000. – 24 p.

2. Dubrov E.Y. Fractures and dislocations: atlas of roentgenograms. – M.: Medical informational agency, 2007. – 216 p.: ill.

3. Dubrovsky V.I. Sports medicine: manual for students of higher educational institutions. – M.: VLADOS, 2002.– 512 p.: ill.

4. Makarova G.A. The practical manual for sports phisicians. – Rostov-na-Donu: BARO-PRESS, 2002. – 800 p.

5. Mironov S.P., Burmakova G.M. The damages of elbow joint during sport trainings. – M.: Lesar-art, 2000. – 192 p.: ill.

6. Nabokov A.Yu. The modern osteosynthesis. – M.: ООО «The medical informational agency», 2007. – 400 p.

7. Nekachalov V.V. Patology of bones and joints: manual. – SPb: Sotis, 2002. – 288 p.

8. Shoilev D. Sporting traumatology. – Sofia: Medicine and Athletics, 1986. – 192 p.: ill.

Ключевые слова: муковисцидоз, смешанная форма муковисцидоза, трансмембранный регулятор муковисцидоза, гетерозиготное носительство, цилиарный фактор.

L.L. Zubkova, A.Yu. Erentueva, I.R. Baldanova

CLINICAL-MORPHOLOGICAL DESCRIPTION OF CHILDREN' MUCOVISCIDOSIS (CASES FROM MEDICAL PRACTICE)

The aim of this article is to study the genesis of mucoviscidosis – the hereditary disease, which is connected with dysfunction of metabolism and to publish the results of pathological anatomical examination of children.

Key word: mucoviscidosis, mixed up form of mucoviscidosis, transmembranous regulator of mucoviscidosis, heterozygous carrying, ciliary factor.

В настоящее время известно примерно 5 тыс. наследственных заболеваний. Выраженное негативное влияние на состояние здоровья детей оказывают наследственные нарушения обмена веществ. Благодаря массовому скринингу новорожденных в России на доклиническом уровне успешно осуществляется диагностика отдельных нозологических форм патологии обмена веществ – фенилкетонурии, гипотиреоза, галактоземии, адреногенитального синдрома, муковисцидоза. На сегодня всесторонне изучена генетика муковисцидоза [1]. В основе заболевания лежит генная мутация и ген, ответственный за развитие заболевания, был картирован в 1989 г. Локализован он в середине длинного плеча 7-й хромосомы. Муковисцидоз наследуется по ауто-сомно-рецессивному типу и регистрируется в большинстве стран Европы с частотой 1:2000 – 1:2500 новорожденных. Если оба родителя являются гетерозиготными носителями данного гена, то риск рождения больного муковисцидозом ребенка составляет 25%. По данным исследований, частота гетерозиготного носительства патологического гена равна 2-5%. В настоящее время идентифицировано около 1000 мутаций гена муковисцидоза. Следствием мутации гена является нарушение структуры белка, получившего название трансмембранный регулятор муковисцидоза, в результате чего у больных отмечается сгущение секретов желез внешней секреции, затруднение эвакуации секрета и изменение его физико-химических свойств, что и обуславливает клиническую картину заболевания [3]. Изменения в поджелудочной железе, органах дыхания, желудочно-кишечном тракте регистрируются уже во внутриутробном периоде и с возрастом пациента неуклонно нарастают. Выделение вязкого секрета приводит к затруднению оттока и застою с последующим расширением выводных протоков желез, атрофией железистой ткани и развитием прогрессирующего фиброза. Наряду с формированием склероза в органах имеет место нарушение функций фибробластов, продуцирующих у больных цилиар-

ный фактор, нарушающий работу ресничек эпителия. Молекулярно-генетическое обследование больных проводится начиная с 1990 г.

Различают следующие клинические формы муковисцидоза:

1. Преимущественно легочная форма (респираторная, бронхолегочная).
2. Преимущественно кишечная форма.
3. Смешанная форма с одновременным поражением желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.
4. Мекониевая непроходимость кишечника.
5. Атипичные и стертые формы (отеочно-анемическая, цирротическая и др.) [2].

Смешанная форма является наиболее тяжелой и включает клинические симптомы легочной и кишечной форм. Обычно с первых недель жизни больного отмечаются тяжелые повторные бронхиты и пневмонии с затяжным течением, постоянный кашель, резкие расстройства питания. Клиническая картина муковисцидоза отличается значительным полиморфизмом, что и определяет варианты течения заболевания. Учитывая данный фактор, тяжесть течения принято оценивать в большинстве случаев характером и степенью поражения бронхолегочной системы.

Нами описаны результаты патологоанатомических исследований муковисцидоза у двух умерших детей (девочки 9 лет и мальчика 8 лет). У обоих детей отмечалась смешанная форма муковисцидоза с поражением поджелудочной железы с мелкими кистами различных размеров вследствие расширения междольковых и внутридольковых протоков и ацинусов, с неравномерной атрофией ацинарной паренхимы; печени с выраженной жировой дистрофией гепатоцитов и фиброзом в портальных полях с трансформацией в цирроз; желчного пузыря с уплотненной белесоватой стенкой и студневидным гомогенным содержимым; кишечника – местами с уплотненной и атрофированной слизистой оболочкой, расширенные железы и крипты, переполненные слизью; подъязычных слюнных желез с разрастанием фиброзной ткани вокруг них. Со

стороны бронхолегочной системы отмечается скопление слизи в просветах альвеол, бронхиол, бронхов, с участками ателектазов дыхательной паренхимы.

Полисиндромность смешанной формы муковисцидоза проявляется в классической триаде его клинических симптомов: сочетание бронхообструкции с кишечными нарушениями и дефицитом массы тела. Так, у больных детей отмечалось хроническое расстройство питания по типу гипотрофии массы тела (масса тела на 24,8% меньше возрастной нормы). Основное заболевание клинически протекало с нарастающей дыхательной, церебральной, сердечно-сосудистой недостаточностью, слабо поддающейся комплексной терапии и потребовавшей проведения в том числе и интенсивных реанимационных мероприятий.

Как отмечалось выше, несмотря на манифестный характер заболевания, муковисцидоз от-

личается многообразием клинической картины, что представляет значительные трудности в диагностике и требует дифференциации со многими заболеваниями.

Литература

1. Гинтер Е.К. Наследственные болезни в российской популяции // Медицинский вестник. – 2008. – №32 (459).
2. Капранов Н.И., Каширская А.Ю. Воронкова и др. Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы: метод. рекомендации. – М., 2005. – С.110.
3. Пальцев М.А. Патанатомия: учебник: в 2 т.– М.: Медицина, 2007. – Т.1. Ч.1– С. 350, 706.

Literature

1. Ginter E.K. Hereditary diseases of Russian population // Medical bulletin. – 2008. – №32 (459).
2. Kapranov N.I., Kashirskaya N.Y., Voronkova A.Y. Mucoviscidosis. Modern achievements and urgent problems: methodological recommendations. – M., 2005. – P. 110.
3. Paltsev M.A. Pathological Anatomy: student's book: in 2 vol. – M.: Medicina, 2007. – Vol. 1, Part 1. – P. 350, 706.

Сведения об авторах

Зубкова Лариса Леонидовна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670033 г. Улан-Удэ, ул. Краснофлотская 12, тел. 42-53-36.

Ерентуева Анна Юрьевна – кандидат педагогических наук, доцент, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670024, г. Улан-Удэ, ул. Пушкина 10. Тел. 44-40-51.

Балданова Ирина Ринчиновна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670024, г. Улан-Удэ, ул. Добролюбова 2, тел. 44-95-31, факс: 83012449531, e-mail: I_Baldanova@mail.ru.

Autors

Zubkova Larisa Leonidovna – cand. of medical sci., senior lecturer of Department of General Human Pathology, Medical Faculty, Buryat State University. 670033, Ulan-Ude, Krasnoflotsky str. 12, phone 42-53-36.

Erentueva Anna Yurievna – cand. of pedagogical sci., associate professor of Department of General Human Pathology, Medical Faculty, Buryat State University. 670024, Ulan-Ude, Pushcina str. 10, phone 44-40-51.

Baldanova Irina Rinchinovna – cand. of medical sci., associate professor, the head of Department of General Pathology of a Human, Medical Faculty, Buryat State University. 670024, Ulan-Ude, Dobrolyubov str. 2, phone 44-95-31, fax: 83012449531, e-mail: I_Baldanova@mail.ru

**А.Н. Плеханов, Ц.Д. Дашиев,
П.М. Киселев, В.В. Намханов, А.В. Бодоев**

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И HELICOBACTER PYLORI

В статье рассматривается диагностика, частота осложнений язвенной болезни, эффективность и тактика лечения язвенного кровотечения.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язвенные кровотечения, эндоскопия, перфорация.

**A.N. Plehanov, T.D. Dashiev,
P.M. Kiselev, V.V. Namhanov, A.V. Bodoev**

STOMACH ULCER OF THE STOMACH AND DUODENAL GUT, COMPLICATED BY BLEEDING AND HELICOBACTER PYLORI

The given article deals with diagnostics, frequency of complications of a stomach ulcer, efficiency and tactics of treatment of an ulcer bleeding.