

## МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С НЕДОСТАТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Романчук Л. Н.*

*Гродненский Государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Синдром соединительнотканной дисплазии (СТД) объединяет большую группу наследственных заболеваний, в основе которых лежит аномалия или недостаток синтеза коллагена, приводящих к неполноценности связочного аппарата, клапанов и хорд сердца, кожи, скелета, сосудистой стенки и других стромальных образований, часто сочетающихся с неполноценностью кроветворения, иммунитета и гемостаза.[1] Малые аномалии развития (МАР) – наследуемые или врожденные отклонения органов от нормального анатомического строения, не связанные с анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, способные при определенных условиях стать причиной нарушений функции.[2] К висцеральным МАР относят изменения строения внутренних органов: удвоение чашечно-лоханочного аппарата почек, добавочная доля селезенки, малые аномалии развития сердца (МАРС).[3] В терапевтической практике часто встречаемыми изменениями строения внутренних органов являются МАРС. Это изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. Чаще всего встречаются пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенные хорды левого желудочка (АРХ ЛЖ). Многие клиницисты не считают МАРС патологическим состоянием, однако такой симптомокомплекс может приводить к нарушению общей физической выносливости, что может проявляться снижением толерантности к физической нагрузке. Поражение органов пищеварения может проявляться изменениями строения билиарной, панкреатодуоденальной зоны. В 10% случаев врожденные аномалии желчевыводящих путей ведут к камнеобразованию и требуют оперативного лечения.[1] Клиническая значимость данной проблемы обусловлена не только широкой распространенностью МАР, но и высокой вероятностью формирования сочетаний различных видов патологии с нарушением функций органов. Наиболее значимыми и прогностически неблагоприятными являются аномалии строения сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Клинические симптомы дисплазии соединительной ткани манифестируют в различные возрастные периоды, а функциональная неполноценность соединительной ткани прогрессирует с возрастом [1]. Сочетание проявлений МАР приводит также к усугублению нарушений общесоматического статуса.

**Цель.** 1) Изучить распространенность МАРС у пациентов мужского пола 18-27 лет с недостаточной массой тела (НМТ), находившихся на обследовании в

терапевтическом отделении УЗ «ГКБ №3» г. Гродно по направлению Гродненского военного комиссариата. 2) Оценить частоту сочетаний МАРС у лиц молодого возраста с НМТ с аномалиями строения билиарной зоны.

**Методы исследования.** Группа обследуемых составила 40 пациентов терапевтического отделения УЗ «ГКБ №3» г. Гродно, проходивших обследование по направлению Гродненского военного комиссариата по поводу НМТ. Все обследуемые - лица мужского пола в возрасте 18-27 лет. Разделение на группы: первая группа - лица, имеющие МАРС, из них: 1а - лица с ПМК 1 степени – 16 человек, 1б - лица с АРХ ЛЖ - 4 человека, 1в- лица с сочетанием ПМК 1 степени и АРХ ЛЖ - 4 человека. Вторая группа - лица с НМТ, не имеющие МАРС - 16 человек. Группы были сопоставимы по результатам антропометрического обследования, в том числе по индексу массы тела (ИМТ), возрасту, параметрам гемодинамики. В исследование не включались пациенты с сопутствующими заболеваниями внутренних органов, артериальной гипертензией. Всем пациентам проводилось обследование: 1) антропометрическое обследование с определением индекса Кеттле (ИК) по формуле: вес (кг)/ рост (м<sup>2</sup>), при этом ИМТ менее 18,5 кг/м<sup>2</sup> свидетельствовал о НМТ. 2) Эхо-КГ на аппарате Медисон 8000 SE. 3) велоэргометрия (ВЭМ) на аппарате Поли-Спектр-12 (программа анализа «Поли-Спектр») с определением величины МПК, числа МЕТ. 4) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости на аппарате Медисон 8000 SE.

**Результаты и их обсуждение.** Структурные аномалии сердца были выявлены у 24 человек - 60%. В том числе, ПМК выявлен у 16 человек (40%), АРХ ЛЖ - у 4 человек (10%), сочетание ПМК и АРХ ЛЖ - 4 человека (10%). Лица без МАРС составили 16 человек (40%). Аномалии развития билиарной системы в виде аномальной формы желчного пузыря (АФЖП) были выявлены у 18 человек из всей группы обследованных, что составило 45%. Частота сочетания МАРС и АФЖП составила 13 человек (32,5%) из всей группы обследованных. У пациентов без МАРС частота выявления АФЖП составила 12,5%. Таким образом, у пациентов с НМТ отмечается как высокая частота МАРС, так и аномалий развития билиарной системы. Наиболее часто встречается ПМК (40%), однако нередки случаи выявления АРХ ЛЖ (10%) и сочетания ПМК и АРХ ЛЖ (10%). Сочетание МАРС и АФЖП так же является частым и выявлено у 13 человек (32,5%) из всех обследованных пациентов, что превышает общепопуляционные показатели.

#### **Выводы.**

1. Для прогнозирования возможных функциональных нарушений важным является целенаправленное обследование пациентов для выявления ожидаемых сочетаний МАРС внутренних органов. Выявление висцеральных дисплазий должно проводиться системно в виде целенаправленной диагностики, сводящей к минимуму «случайные находки» при выполнении инструментальных методов исследования.

2. Недооценка значимости сочетаний МАРС внутренних органов ведет к несвоевременной диагностике прогностически важных нарушений функции,

неполноценности профилактических мероприятий, неверному выбору тактики ведения пациентов.

3. У пациентов с аномалиями развития внутренних органов должны планироваться профилактические мероприятия, направленные на предупреждение нарушений функции органов, вторичного воспалительного процесса и включать восстановление моторики органов, коррекцию вегетативных расстройств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабцева, А.Ф. Дисплазия соединительной ткани у детей и подростков: учеб. пособие [Электронный ресурс] / А.Ф. Бабцева, О.В. Шанова, Т.Е. Бойченко, К.А. Арутюнян, Е.Б. Романцов. – Благовещенск: ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава», 2010. – 101с. – Режим доступа: <http://ehlers-danlos.ru/wp-content/uploads/2015/12/Babtseva-A.F.-SHanova-O.V.-i-t.d.-Displaziya-soedinitelnoj-tkani-u-detej-i-podrostkov-2010.pdf>. – Дата доступа: 16.12.18.

2. Наследственные нарушения соединительной ткани [Электронный ресурс] // Российские рекомендации разработаны комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов / секция «дисплазии соединительной ткани сердца» / Москва, 2012. – 76 с. – Режим доступа: [http://www.scardio.ru/content/images/documents/recomendacii\\_nasled\\_narushenia.pdf](http://www.scardio.ru/content/images/documents/recomendacii_nasled_narushenia.pdf). – Дата доступа: 16.12.18.

3. Диагностика и лечение наследственных и мультифакториальных нарушений соединительной ткани [Электронный ресурс] // Национальные клинические рекомендации / под ред. Трисветова Е.Л. и др. – Минск. – 2014. – 69 с. – Режим доступа: <http://www.cardio.by/files/299/rec2014.pdf>. – Дата доступа: 16.12.18.

4. Лялюкова, Е. А. Особенности ведения пациентов с аномалиями панкреатобилиарной системы [Электронный ресурс] / Е. А. Лялюкова // Лечащий врач. – 2010. – №10. – С. 57-59. – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2010/10/15435058/>. – Дата доступа: 16.12.18.

5. Нечаева, Г. И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение [Электронный ресурс] / Г. И. Нечаева, В. М Яковлев, В. П. Конев, И. В. Друк, С. Л. Морозов // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 22-25. – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2008/02/4828890/>. – Дата доступа: 16.12.18.

### **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КУМАРИНА И КРАСНОГО ЛАЗЕРА**

*Русин В.И.<sup>1</sup>, Русина А.В.<sup>2</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Гродненский областной клинический перинатальный центр<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Лечение перитонита в настоящее время остаётся сложной задачей [1]. Всё чаще для лечения некоторых заболеваний, в том числе