

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Карчевский А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра педиатрии № 2

Дисплазия соединительной ткани – нарушение развития соединительной ткани (СТ) в эмбриональном и постнатальном периодах, генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества СТ, приводящее к расстройствам гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессирующим течением, определяющее особенности ассоциированной патологии [1].

Выделяют дифференцированные (синдром Марфана, Элерса-Данло, несовершенные остеогенез и др.) и недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Под НДСТ понимают нарушения структуры и функции СТ, по своим фенотипическим и клиническим проявлениям не укладывающиеся в уже известные наследственные нарушения СТ и иные диспластичные синдромы и фенотипы. На развитие и характер воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта оказывают влияние различные особенности организма, к числу которых относят и нарушение метаболизма соединительной ткани [2]. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки представляют серьезную медико-социальную проблему в связи с ростом заболеваемости, стойким снижением качества жизни пациентов и проблемой патоморфоза гастродуоденальных заболеваний у современных детей. На сегодняшний день основными чертами патоморфоза этих заболеваний являются формирование их в раннем возрасте, упорное течение, частые обострения и рост деструктивных форм.

Целью работы было определение особенностей клинической картины хронических гастродуоденитов у детей на фоне НДСТ в разные возрастные периоды.

Проведено комплексное обследование 31 ребенка в возрасте 6–17 лет, из них 14 (45,6%) мальчиков и 17 (54,4%) девочек, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ». К числу возрастных особенностей гастродуоденальной патологии у детей с НДСТ можно отнести раннее начало заболеваний. Средний возраст пациентов наблюдаемой группы составил $12,3 \pm 0,4$ года. Самыми младшими были дети с тяжелой соединительнотканной дисплазией. При этом у них наблюдалась наиболее высокая частота повторных госпитализаций. Как видно, НДСТ ускоряет рост воспалительных заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и повышает частоту обострений.

В клинической симптоматике гастродуоденальных заболеваний достоверно чаще у детей с НДСТ наблюдали симптомы интоксикации, обложенность языка, неспецифический абдоминальный болевой синдром (отсутствие связи с приемом пищи, ночные боли), а также упорный индуцированный болевой синдром на фоне проводимого лечения. Частота и выраженность симптоматики коррелировала с тяжестью диспластических нарушений. Высокая частота симптомов интоксикации у детей с НДСТ, по видимому, объясняется большей площадью воспалительных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, вовлечением в патологический процесс различных отделов пищеварительной системы и высокой частотой хронических воспалительных заболеваний других органов и систем. Неспецифический болевой синдром связан с вкладом сопутствующей патологии, а ночные боли – высокой частотой деструктивных процессов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. Нечаева, Г.И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 22–28.

2. Осипенко, М.Ф. Синдром дисплазии соединительной ткани и синдром раздраженного кишечника / М.Ф. Осипенко, Н.Н.Фролова // Рос. жур. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 1. – С. 54–60.

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ХИМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОГО СОСТАВА КОРАБЛЕЙ ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА В РАЙОНАХ ЗАТОПЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

Катеринич И.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – старший преподаватель Флюрик С.В.

Негативный опыт уничтожения запасов химического оружия путем затопления свидетельствует о реальной угрозе со стороны высокотоксичных компонентов химического оружия в отношении морских экологических систем, а также представляет серьезную опасность для жизни, здоровья и работоспособности членов экипажей кораблей и судов. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы совершенствования медицинского обеспечения кораблей и в частности медицинские аспекты химической безопасности экипажей. Анализ обстановки показал, что значительная часть затопленных боеприпасов снаряжена отравляющими веществами смертельного действия (сернистый иприт, удушающие отравляющие вещества, фосген и ряд других отравляющих веществ).

Наибольшие сложности при организации медицинского обеспечения связаны с высоким риском поражения ОВ кожно-нарывного (иприт, люизит) и нервно-паралитического действия (табун). Токсическое действие табуна реализуется при любом возможном пути поступления в организм. При ингаляции смерть может наступить в течение 1–10 минут после воздействия. В случае поступления с пищей симптомы интоксикации развиваются в течение 0,5ч. Резорбация с поверхности кожи происходит в течении 1–10 минут. Клиническая картина интоксикации проявляется как местным (миоз, ринорея, фибрилляции подлежащих мышц) так и резорбтивным способом (нарушение со стороны ЦНС, дыхательной и сердечно-сосудистой систем). Легкая степень поражения – нарушение зрения, проявление интоксикационного психоза. Средняя степень – выраженный бронхоспастический синдром, клонико-тонические судороги. В зависимости от концентрации паров токсикантов и длительности воздействия поражения глаз могут проявляться токсическим конъюнктивитом, тяжелые поражения (паноптальмит) возможны при поражении глаз токсикантами в капельно-жидком состоянии. Контакт с ипритом, в отличие от воздействия люизита, протекает без эффектов раздражения, поражение дыхательной системы характеризуется нисходящим характером воспалительного процесса. После скрытого периода, который продолжается от 2 до 6 ч. – при тяжелых поражениях средней тяжести и более 12ч. – при легких формах отравления, появляются признаки воспаления дыхательных путей. Особенностью поражения люизитом в концентрациях, близки к смертельным, является высокая вероятность развития токсического отека легких. Поражение кожи развивается при воздействии ипритом и люизитом как в паровом, так и в капельно-жидком состоянии. В зависимости от тяжести состояния выделяют следующие группы пораженных:

- нуждающиеся в оказании неотложной помощи (нуждающиеся в реанимационных мероприятиях);
- не нуждающиеся в оказании неотложной помощи;
- нуждающиеся в изоляции.

В первую группу выделяют пораженных ОВ с угрожающими жизни состояниями (острая дыхательная недостаточность, судорожный синдром, острая сердечная недостаточность, коматозное состояние). Во вторую группу выделяют пораженных ОВ при отсутствии угрожающих жизни состояний.