УДК 616.33/34-02:616-007.17

Т.Е. Джулай

ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ КАК СТРУКТУРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

В обзоре литературы приведены сведения о фенотипических и висцеральных проявлениях дисплазий соединительной ткани у детей и взрослых с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта и их роли в качестве структурных предикторов патологических рефлюксов.

Ключевые слова: *дисплазия соединительной ткани, фенотипические и висцеральные проявления, патологические рефлюксы, структурные предикторы заболеваний органов пищеварения.*

CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA-ASSOCIATED PATHOSES AS STRUCTURAL PREDICTORS OF UPPER GASROINTESTINAL DISEASES (LITERATURE REVIEW)

T.E. Dzhulay

Tver State Medical University

The review of the literature provides information on the phenotypic and visceral manifestations of connective tissue dysplasia in children and adults with diseases of the upper gastrointestinal tract and their role as structural predictors of pathological reflux.

Key words: *connective tissue dysplasia, phenotypic and visceral manifestations, pathological refluxes, structural predictors of digestive diseases.*

Оценка модифицируемых и немодифицируемых факторов риска болезней желудочно-кишечного тракта и стратификация их прогностической значимости в развитии заболеваний лежит в основе профилактической гастроэнтерологии и позволяет минимизировать эти риски за счет превентивного изменения пищевого поведения, привычек, рационального профессионального выбора. В частности, это справедливо для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), для которой понятие «антирефлюксного режима», в первую очередь, сопряжено с модификацией жизненного стиля пациента [1]. Оценка потенциального сценария формирования болезней пищеварения должна быть проведена еще в детском и подростковом возрасте и положена в основу индивидуальных программ первичной и вторичной профилактики заболевания.

Среди структурных особенностей органов пищеварения, способствующих развитию ГЭРБ, наиболее доказанными являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и недостаточность (халазия) кардии, при наличии которых нарушается механизм функционирования пищеводно-желудочного перехода. Зияние кардии создает условия для гастроэзофагеального и дуоденогастроэзофагеального рефлюкса и формирования рефлюкс-эзофагита [2–4].

При этом следует принять во внимание то обстоятельство, что заболевания органов пищеварения, характеризующиеся нарушением их размеров, формы и расположения (ГПОД, халазия кардии, дивертикулы пищевода и кишечника, врожденный короткий пищевод, висцероптоз, мегаколон, долихосигма, деформации желчного пузыря и др.), являются проявлениями дисплазий соединительной ткани (ДСТ) [5–6]. При наличии слабости соединительно-тканных структур, широко представленных в составе серозной, мышечной, слизистой оболочек и подслизистой основы стенки пищеварительной трубки, желудочно-кишечный тракт неизбежно вовлекается в патологический процесс с нарушением его структурно-функционального континуума, главным образом за счет моторно-тонических нарушений деятельности [7–8].

В своем труде «Введение в учение о конституциях и диатезах» А.А. Богомолец (1928) писал: «Состояние здоровья или болезни организма в большей мере определяется состоянием его соединительной ткани», вследствие чего «конституциональный тип определяется ею» [9].

В настоящее время большинство исследователей единодушны во мнении, что ДСТ являются своего рода уникальной анатомической особенностью организма, определяющей нарушения морфологии и функции органов, могущие вызвать развитие хронических заболеваний [10–11]. В.Г. Арсентьев и В.П. Шабалов [12] понимают ДСТ как конституциональную основу формирования полиорганной патологии у детей.

Частота ДСТ в популяции изучена недостаточно, соответственно, данные по этому вопросу в литера-

туре весьма разноречивы. И если в детской популяции частота ДСТ достигает 60–80% и выше [13–14], то у взрослых она практически не изучена.

В основе дисплазий соединительной ткани лежат молекулярно-генетические и онтогенетические механизмы, которые на фоне неблагоприятной экологической обстановки, стрессов, неправильного питания приводят к изменениям ее структуры и функции [6, 15]. Формирование ДСТ представляет собой многоуровневый процесс, связанный как с количественными, так и с качественными изменениями основных структур соединительной ткани, в первую очередь фибриллярных. Тканевые аномалии онтогенеза связаны и с ферментопатиями, в частности с дефицитом кофакторов ферментов, участвующих в обеспечении ковалентных связей, стабилизирующих коллагеновые структуры, а также с дефектами структуры эластина, протеогликанов, гликопептидов [16–18].

В отличие от достаточно четко структурно определенных клинических синдромов (Марфана, Элерса–Данлоса и др.), ассоциированных с ДСТ, большую актуальность представляют недифференцированные ДСТ. С их наличием связаны особенности соединительно-тканного каркаса внутренних органов, и соответственно, анатомические характеристики их формы и расположения. Значимость недифференцированных ДСТ определяется их большой частотой в популяции с преобладанием у пациентов трудоспособного и репродуктивного возраста, полиморбидными ассоциациями с малыми аномалиями сердца и сосудов, заболеваниями органов дыхания, мочеполовой и пищеварительной систем, костно-мышечной системы, а также риском развития хронических заболеваний и их осложнений [19].

И если фенотипические проявления (стигмы) обеспечивают своеобразие облика человека, в частности особенности строения костно-хрящевых и кожно-мышечных структур, то висцеральные стигмы, определяя анатомическое своеобразие внутренних органов, могут выступать структурными предикторами заболеваний и состояний.

Фенотипические стигмы у взрослых, если они не носят черт уродства, как правило, рассматриваются как индивидуальные особенности внешности пациента. Вопрос же о роли висцеральных дисплазий в этиологии и патогенезе заболеваний внутренних органов во взрослой популяции, и в частности болезней пищеварения, практически не изучен.

В последние годы в литературе стали появляться работы, посвященные диспластикозависимым патологическим состояниям ЖКТ. Описана высокая частота эзофагитов, гастродуоденитов [20–21]. Р.Р. Кильдиярова и Т.А. Крючкова [22] отметили ведущую роль хронического гастродуоденита у детей с ДСТ, рассматривая их как усугубляющий фактор выраженности клинических проявлений со стороны ЖКТ. А.А. Карчевский [23] среди особенностей течения хронического гастродуоденита у детей с ДСТ выделил ранний дебют заболевания с длительными периодами обострений и нетипичной клинической симптоматикой, частым вовлечением многих систем организма в патологический процесс, а также недостаточную эффективность стандартных схем лечения. При этом отмечается и большая частота эрозивно-деструктивных форм поражения слизистой оболочки желудка [24].

Установлено, что на фоне ДСТ дети с хронической патологией верхних отделов пищеварительного тракта (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит, эзофагит) отличались преимущественно астеническим типом телосложения и низкой массой тела [25].

Е.В. Бордюгова и соавт. [26] к числу проявлений ДСТ у детей относят скользящие ГПОД, преобладающие у девочек, причем их вероятность возрастает с ростом числа фенотипических стигм ДСТ. К прогностически наиболее значимым проявлениям ДСТ авторы относят деформации грудной клетки и позвоночника (кифоз, сколиоз, гиперлордоз), гипермобильность суставов, плоскостопие, нарушения прикуса, обилие пигментных пятен и родинок, гемангиом, пролапс митрального клапана, косое и поперечное расположение хорд в левом желудочке сердца, патологическую извитость внутренней сонной артерии, гипоплазию либо извитость позвоночных артерий, деформации желчного пузыря и ассоциированные с ними дискинезы желчевыводящих путей и дуоденогастральные рефлюксы, пиелоэктазии, кисты паренхиматозных органов. Наиболее сильная прямая корреляция зарегистрирована между наличием ГПОД и деформаций позвоночника ($r = 0,80$), а также ГПОД и дискинезией желчевыводящих путей ($r = 0,74$), для всех остальных маркеров ДСТ рассчитанный авторами коэффициент корреляции составляет 0,38–0,64.

М.Д. Шихнабиева [27] при обследовании 646 студентов вузов подросткового возраста установила в 2,4 раза большую частоту признаков ГЭРБ на фоне недифференцированной ДСТ (44,9%), чем без нее. При этом эндоскопическая картина верхних отделов пищеварительного тракта отличалась наличием неэрозивных форм рефлюкс-эзофагита в 51,9% случаев, эрозивных – в 26,9% (соответственно у подростков без ДСТ – 33,8 и 16,2%). Недостаточность кардии и пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод при наличии ДСТ отмечены в 15,2% случаев.

Е.П. Кокотовой и Т.Ф. Перетолчиной [28] при обследовании структуры дизритмий у 44 пациентов в возрасте 38,1 ± 12 лет с патологическими состояниями гастродуоденальной зоны, ассоциированными с ДСТ, отмечены большая частота и выраженность проявлений дисфункций проводящей системы сердца и аритмий, чем у пациентов с изолированной патологией гастродуоденальной зоны. Наиболее частым вариантом ДСТ явились деформации желчного пузыря в виде перегибов его тела и шейки (в 68% случаев). При этом авторы выявили неполноценность сфинктерного аппарата эзофагогастродуоденальной зоны в виде скользящих ГПОД у 20,5%

пациентов, явлений дуоденогастрального рефлюкса – у 15,9%.

В этом отношении их данные согласуются с результатами, полученными В.А. Ахмедовым у лиц с ДСТ, обнаружившим изменения градиента внутриполостного давления в органах пищеварения с формированием рефлюксов их содержимого – гастроэзофагеального, дуоденогастрального, дуоденопанкреатического, дуоденобилиарного, билиарнопанкреатического, панкреатохоледохопузырного. При этом чаще зарегистрированы гипомоторные расстройства, степень дисфункциональных нарушений, и соответственно, их клинические эквиваленты нарастают по мере увеличения выраженности проявлений ДСТ [29].

Исследование у 124 больных ГЭРБ в возрасте 18–60 лет проявлений ДСТ показало, что у 82,0% пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с ГЭР, в различных сочетаниях имелись стигмы ДСТ, при этом диагностически значимое сочетание 6 и более стигм отмечено у 87,8% из них. Висцеральные признаки ДСТ были представлены у 70,7% больных недостаточностью кардии, у 31,7% – грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, у 17,1% – аномалиями строения желчного пузыря. Признаки ДСТ у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, отмечены в 42,0% наблюдений, значимое их сочетание – в 23,8% случаев. При этом преобладали висцеральные признаки в виде структурных аномалий желудочно-кишечного тракта – недостаточности кардии (23,8% случаев), диафрагмальных грыж (9,5%) и аномалий строения желчного пузыря (52,4%), гемангиом печени (6,2%) [30].

Анализируя имеющиеся в литературе сведения о роли недифференцированных ДСТ в развитии и течении заболеваний органов пищеварения, ассоциированных с моторно-тоническими расстройствами деятельности таких функциональных «узлов» пищеварительной трубки, как зона пищеводно-желудочного перехода, пилоро-дуоденальная и билиарно-дуоденальная зоны, можно предположить значимость участия врожденных структурных особенностей пищеварительной трубки и ее сфинктерного аппарата. И с этой точки зрения привлекает внимание исследование структурных предикторов заболевания, их ранжирование с точки зрения потенциальной угрозы для здоровья с целью разработки лечебно-профилактических и реабилитационных программ ведения больных с патологическими состояниями верхних отделов пищеварительного тракта. При этом обнаружение фенотипических проявлений ДСТ должно стать поводом для целенаправленного диагностического поиска структурных аномалий висцеральных систем. При выявлении их у людей молодого возраста как минимум должны быть рекомендованы профилактические поведенческие и диетические меры как модификация жизненного стиля и пищевого поведения.

Литература / References

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 14–22.

Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn' // Klinicheskie rekomendacii. Gastrojenterologija. / Pod red. V.T. Ivashkina. – M.: GjeOTAR-Media, 2008. – S. 14–22.

2. *Джулай Г.С.* Ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – С. 28–66.

Dzhulaj G.S. Ahalazija kardii, divertikuly pishchevoda, gryzhi pishchevodnogo otverstija diafragmy // Bolezni pishchevoda, zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki: rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2010. – S. 28–66.

3. *Gordon C., Kang J.Y., Neild P.J., Maxwell J.D.* The role of the hiatus in gastro-oesophageal reflux disease // Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2004. – 20 (7). – P. 719–732.

4. *Cram M., De Caestecker J.* Hiatus hernia and gastro-oesophageal reflux disease // Medicine, 2011. – 160 c.

5. *Земцовский Э.В., Малев Э.Г.* Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы. – СПб.: ИВЭСЭП, 2012. – 160 с.

Zemcovskij Je.V., Malev Je.G. Malye anomalii serdca i displasticheskie fenotipy. – SPb.: IVJeSJeP, 2012. – 160 s.

6. *Кадурина Т.И.* Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). – СПб.: Невский диалект, 2000. – 274 с.

Kadurina T.I. Nasledstvennye kollagenopatii (klinika, diagnostika, lechenie i dispanserizacija). – SPb.: Nevskij dialekt, 2000. – 274 s.

7. *Успенский В.М.* Функциональная морфология слизистой оболочки желудка. – Л.: Наука, 1986. – 292 с.

Uspenskij V.M. Funkcional'naja morfologija slizistoj obolochki zheludka. – L.: Nauka, 1986. – 292 s.

8. *Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.

Aruin L.I., Kapuller L.L., Isakov V.A. Morfologicheskaja diagnostika boleznej zheludka i kishechnika. – M.: Triada-H, 1998. – 496 s.

9. *Богомолец А.А.* Введение в учение о конфигурациях и диатезах. М., 1928. – 223 с.

Bogomolec A.A. Vvedenie v uchenie o konfiguracijah i diatezah. – M., 1928. – 223 s.

10. *Дубилей Г.С., Борисенко И.А., Гусев Д.А., Мазурова Л.Э.* Комплексный подход к вопросу восстановительного лечения пациентов с дисплазией соединительной ткани // Дисплазия соединительной ткани: Материалы симпозиума. Омск, 1 ноября 2002 г. – Омск, 2002. – С. 160–162.

Dubilej G.S., Borisenko I.A., Gusev D.A., Mazurova L.Je. Kompleksnyj podhod k voprosu vosstanovitel'nogo lechenija pacientov s displaziej soedinitel'noj tkani // Displazija soedinitel'noj tkani: Materialy simpoziuma. Omsk, 1 nojabrja 2002 g. – Omsk, 2002. – S. 160–162.

11. *Андреева О.В., Алексеева Ю.А., Пономарева Л.И.* Качество жизни и проявления неспецифической дисплазии соединительной ткани у часто болеющих детей // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва – Тверь – СПб, 2013. – С.10–18.

Andreeva O.V., Alekseeva Ju.A., Ponomareva L.I. Kachestvo zhizni i projavlenija nespecificheskoj displazii soedinitel'noj tkani u chasto bolejushchih detej // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva–Tver–SPb, 2013. – S.10–18.

12. *Арсентьев В.Г, Шабалов Н.П.* Дисплазия соединительной ткани у детей как конституциональная основа полиорганных нарушений: вопросы классификации, критерии

диагностики // Вопросы практической педиатрии, 2011. – Т. 6, № 5. – С. 59–65.

Arsent'ev V.G, Shabalov N.P. Displazija soedinitel'noj tkani u detej kak konstitucional'naja osnova poliorgannyh narushenij: voprosy klassifikacii, kriterii diagnostiki // Voprosy prakticheskoj pediatrii, 2011. – T. 6, № 5. – S. 59–65.

13. *Марушко Ю.В., Гордиенко И.Н.* Синдром дисплазии соединительной ткани у детей // Современная педиатрия, 2005. – № 4. – С. 167–171.

Marushko Ju.V., Gordienko I.N. Sindrom displazii soedinitel'noj tkani u detej // Sovremennaja pediatrija, 2005. – № 4. – S. 167–171.

14. *Нечаева Г.И., Викторова И.А, Друк И.В.* Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями // Врач. – 2006. – № 1. – С. 19–23.

Nechaeva G.I., Viktorova I.A, Druk I.V. Displazija soedinitel'noj tkani: rasprostranennost', fenotipicheskie priznaki, associacii s drugimi zabolevanijami // Vrach. – 2006. – № 1. – S. 19–23.

15. *Loeys B.L., Matthys D.M., De Paepe A.M.* Genetic Fibrillinopathies: New insights in molecular diagnosis and clinical management // Acta Clinica Belgica, 2002. – V. 58, № 1. – P. 233–341.

16. *Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д.* Маркеры дисплазии соединительной ткани у больных с идиопатическим пролабированием атриовентрикулярных клапанов и с аномально расположенными хордами // Терапевт. архив. – 1996. – № 2. – С. 3–4.

Martynov A.I., Stepura O.B., Ostroumova O.D. Markery displazii soedinitel'noj tkani u bol'nyh s idiopaticheskim prolabirovaniem atrioventrikuljarnyh klapanov i s anomal'no raspolozhennymi hordami // Terapevt. arhiv. – 1996. – № 2. – S. 3–4.

17. *Буторина Н.В., Запруднов А.М., Вахрушев Я.М., Шараев П.М.* Клинико-патогенетическое значение нарушения метаболизма коллагена у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерол. – 2013. – № 1. – С. 20–24.

Butorina N.V., Zaprudnov A.M., Vahrushev Ja.M., Sharaev P.M. Kliniko-patogeneticheskoe znachenie narushenija metabolizma kollagena u detej s gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezn'ju // Jeksperiment. i klinich. gastrojenterol. – 2013. – № 1. – S. 20–24.

18. *Захарова И.Н., Творогова Т.М., Воробьева А.С.* Роль микроэлементоза в формировании остеопении при недифференцированном синдроме дисплазии соединительной ткани // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва–Тверь–СПб., 2013. – С. 61–69.

Zaharova I.N., Tvorogova T.M., Vorob'eva A.S. Rol' mikrojelementoza v formirovanii osteopenii pri nedifferencirovannom sindrome displazii soedinitel'noj tkani // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. – Moskva–Tver–SPb., 2013. – S. 61–69.

19. *Хоха Р.Н.* Признаки дисплазий соединительной ткани у детей школьного возраста // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. – Москва–Тверь–СПб., 2013. – С. 56–61.

Hoha R.N. Priznaki displazij soedinitel'noj tkani u detej shkol'nogo vozrasta // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva–Tver–SPb., 2013. – S. 56–61.

20. *Маев И.В., Казюлин А.Н., Вальцова Е.Д.* Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 22–26.

Maev I.V., Kazjulin A.N., Val'cova E.D. Osobennosti techenija zabolevanij organov pishchevarenija u bol'nyh s pervichnym prolapsom mitral'nogo klapana // Klinicheskaja medicina. – 2000. – № 1. – S. 22–26.

21. *Рудой А.С.* Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у лиц молодого возраста, ассоциированные с наследственными нарушениями соединительной ткани: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – СПб., 2010. – 49 с.

Rudoj A.S. Zabolevanija verhnih otdelov zheludochno-kishechnogo trakta u lic molodogo vozrasta, associirovannye s nasledstvennymi narushenijami soedinitel'noj tkani: Avtoref. dis. … d-ra med. nauk. – SPb., 2010. – 49 s.

22. *Кильдиярова Р.Р., Крючкова Т.А.* К вопросу о распространенности диспластических заболеваний соединительной ткани у детей // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва–Тверь–СПб., 2013. – С. 29–37.

Kil'dijarova R.R., Krjuchkova T.A. K voprosu o rasprostranennosti displasticheskih zabolevanij soedinitel'noj tkani u detej // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva–Tver–SPb., 2013. – S. 29–37.

23. *Карчевский А.А.* Особенности течения и терапия хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей с дисплазией соединительной ткани // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва – Тверь – СПб., 2013. – С. 151–156.

Karchevskij A.A. Osobennosti techenija i terapija hronicheskih zabolevanij gastroduodenal'noj zony u detej s displaziej soedinitel'noj tkani // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva – Tver' – SPb., 2013. – S. 151–156.

24. *Наумова Л.А., Саблина О.Ф.* Клинико-морфологические особенности «атрофического поражения» слизистой оболочки желудка при дисплазии соединительной ткани // Сборник тезисов IV Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы внутренней патологии. Дисплазия соединительной ткани». – Омск, 2011. – С. 24–39.

Naumova L.A., Sablina O.F. Kliniko-morfologicheskie osobennosti «atroficheskogo porazhenija» slizistoj obolochki zheludka pri displazii soedinitel'noj tkani // Sbornik tezisov IV Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Aktual'nye voprosy vnutrennej patologii. Displazija soedinitel'noj tkani». – Omsk, 2011. – S. 24–39.

25. *Капустина Л.В., Апенченко Ю.С., Иванова И.И.* Физическое развитие детей с хронической патологией верхних отделов пищеварительного тракта на фоне дисплазии соединительной ткани // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва – Тверь – СПб., 2013. – С. 160–164.

Kapustina L.V., Apenchenko Ju.S., Ivanova I.I. Fizicheskoe razvitie detej s hronicheskoj patologiej verhnih otdelov pishchevaritel'nogo trakta na fone displazii soedinitel'noj tkani // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnu-

saeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva – Tver' – SPb., 2013. – S. 160–164.

26. *Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Пшеничная Е.В., Конопко Н.Н. и соавт.* Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы как один из висцеральных маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва – Тверь – СПб., 2013. – С. 168–174.

Bordjugova E.V., Dubovaja A.V., Pshenichnaja E.V., Konopko N.N. i soavt. Gryzha pishchevodnogo otverstija diafragmy kak odin iz visceral'nyh markerov nedifferencirovannoj displazii soedinitel'noj tkani u detej // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva – Tver' – SPb., 2013. – S. 168–174.

27. *Шихнабиева М.Д.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани у лиц подросткового возраста: распространенность и клинико-эндоскопические особенности // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы [Электронный ресурс]: Российский сборник научных трудов с международным участием, вып. 3 / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, Е.А. Николаевой. Москва – Тверь – СПб., 2013. – С. 159–164.

Shihnabieva M.D. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn' na fone sindroma displazii soedinitel'noj tkani u lic podrostkovogo vozrasta: rasprostranennost' i kliniko-jendoskopicheskie osobennosti // Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noj tkani. Dostizhenija i perspektivy [Jelektronnyj resurs]: Rossijskij sbornik nauchnyh trudov s mezhdunarodnym uchastiem, vyp. 3 / Pod red. S.F. Gnusaeva, T.I. Kadurinoj, E.A. Nikolaevoj. Moskva – Tver' – SPb., 2013. – S. 159–164.

28. *Кокотова Е.П., Перетолчина Т.Ф.* Структура дисритмий у пациентов с фенотипом дисплазии органов пищеварения // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2013. – № 4. – С. 42–46.

Kokotova E.P., Peretolchina T.F. Struktura disritmij u pacientov s fenotipom displazii organov pishchevarenija // Vestnik Ural'skoj medicinskoj akademicheskoj nauki. – 2013. – № 4. – S. 42–46.

29. *Ахмедов В.А.* Рефлюксная болезнь и органы мишени. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 128 с.

Ahmedov V.A. Refljuksnaja bolezn' i organy misheni. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2007. – 128 s.

30. *Джулай Г.С., Секарева Е.В., Курицын В.М., Джулай Т.Е.* Клинико-патогенетические варианты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: факторы риска и предикторы развития // Терапевт. архив. – 2013. – Т. 85, № 2. – С. 8–12.

Dzhulaj G.S., Sekareva E.V., Kuricyn V.M., Dzhulaj T.E. Kliniko-patogeneticheskie varianty gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni: faktory riska i prediktory razvitija // Terapevt. arhiv. – 2013. – T. 85, № 2. – S. 8–12.

Джулай Татьяна Евгеньевна (контактное лицо) – аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России. Тел.: 8-904-029-11-29; e-mail: tdzhulay@mail.ru.

УДК: 616.746-007

А.В. Черных, Е.И. Закурдаев

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЛЕВОЙ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА К РЕБРАМ ДЛИННЫМ СУХОЖИЛИЕМ

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Статья представляет анатомическое наблюдение варианта прикрепления прямой мышцы живота к ребрам. На трупе мужского пола обнаружено, что слева прямая мышца живота сверху прикрепляется длинным сухожилием (5,5 см), которое по направлению книзу заканчивается первой сухожильной перемычкой. Справа прямая мышца живота сверху типично прикрепляется коротким сухожилием (0,5 см). Прямые мышцы живота имеют по одной сухожильной перемычке, которые расположены асимметрично. Справа расстояние от ребер до первой перемычки составляет 7,0 см, слева – 5,5 см.

Ключевые слова: *прямая мышца живота, сухожильная перемычка, вариантная анатомия.*

A RARE CASE ATTACHING OF THE LEFT RECTUS ABDOMINIS TO THE RIBS LONG TENDON

A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev

N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

The article presents the observation of anatomical variants of the rectus abdominis muscle attachment to the ribs. Over sectional study of male cadaver was found on the left rectus abdominis to the ribs attached a long tendon (5.5 cm), which is in the direction from top to bottom ends of the first tendinous intersections. Right of the rectus abdominis is typically attached to the ribs a short tendon (0.5 cm). The first tendinous intersections are asymmetrically. The right distance from the ribs to the first tendinous intersections is 7.0 cm, the left – 5.5 cm.

Key words: *rectus abdominis, tendinous intersections, variant anatomy.*

Введение

Интерес к вариантной анатомии органов и сосудов человека определяется не только научной, но и клинической стороной этого вопроса [1–2]. Знание особенностей топографии передней брюшной стенки важно для оптимизации хирургических