

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.В. Доронин, С.В. Минаев, В.Ф. Доронин, Я.И. Суходолов
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Цель исследования – разработка программы скринингового обследования детей (10-18 лет) для выявления наиболее ранних признаков хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВННК).

Основой для создания программы послужили результаты обследования 140 детей в возрасте 10 – 14 лет с клиническими проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ), такими, как воронкообразная деформация грудной клетки, гипермобильность суставов, плоскостопие, врожденные паховые грыжи, варикоцеле. У большей части родителей обследуемых детей имелись различной степени проявления ХВННК. У 9% обследованных детей обнаружены ранние признаки локального расширения ретикулярных и подкожных вен бедра и голени, у них же нами отмечено сочетание 3-4 проявлений ДСТ. Сегментарные флебэктазии чаще наблюдались у детей с варикоцеле, плоскостопием, ангиомами и гипермобильностью суставов. Программа обследования включает два последовательных этапа.

На первом этапе, при проведении профилактических осмотров в поликлиниках и детских образовательных учреждениях, у ребенка и его родителей регистрируются внешние признаки ДСТ и стигмы дизэмбриогенеза, а также видимые сосудистые мальформации (ангиомы, телеангиоэктазии, расширенные ретикулярные вены, лимфедема).

Полученные данные анкетирования и осмотра заносим в карту скринингового обследования. В основу регистрационной карты положена видоизмененная таблица стигм дизэмбриогенеза и признаков ДСТ, наиболее часто выявляемых при внешнем осмотре пациентов с «малыми аномалиями сердца» [Ягода А.В., Гладких Н.Н., 2005]. На втором этапе, при наличии одной видимой сосудистой аномалии, или 6-ти и более стигм дизэмбриогенеза, ребенку в амбулаторных условиях проводится ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) и дуплексное сканирование нижних конечностей (ДС).

С помощью этих методов достоверно определяются скрытые анатомо-функциональные изменения венозного русла и клапанного аппарата, выявляются наиболее ранние признаки формирующейся ХВННК - вертикальный и горизонтальный венозные рефлюксы.

Использование предлагаемой программы позволяет улучшить диагностические и прогностические показатели благодаря обнаружению признаков ХВННК в детском возрасте.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

В.А. Дударев, Д.Г. Стрельников, А.Г. Стрельников, К.И. Киргизов
Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Целью исследования явилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) у детей с врожденной деформацией грудной клетки.

Материал и методы: проводилось на спирографе «Microspiro 501» с компьютерной обработкой полученных данных (определение VC; FVC; FEV₁₀; MMF; MVV₄₃; FEF_{25%}; FEF_{50%}; FEF_{75%}; PEF_R). Дети с грубыми деформациями позвоночника, сопутствующими сердечными и легочными заболеваниями исключались из анализируемых групп.

Всего спирометрия выполнена у 63 детей в возрасте 5-14 лет, которые распределились следующим образом: Контрольная группа составила 20 соматически здоровых детей. С воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК) - 43 больных, которые согласно классификации (Урмонас В.К., I.Gizycka) распределились следующим образом: При ВДГК I степени у 11 детей дефект массы тела составил 5,7%, ВДГК II степени у 14 детей - дефицит массы тела составил с 6% до 9%, ВДГК III степени у 18 детей - дефицит массы тела составил 10-15%.

Результаты и обсуждение: у больных с увеличением степени деформации прогрессируют рестриктивные нарушения дыхания, это объясняется снижением легочной вентиляции в альвеолярных отделах с ослаблением функции дыхательных мышц. У больных с III степенью ВДГК присоединился умеренный обструктивный синдром. Всем детям со II и III степенью ВДГК выполнено оперативное лечение - торакопластика с фиксацией грудины титановой пластиной.

В послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение по той же методике. Дети обследованы через 10-15 дней, 1-1,5 мес., 3 мес., 6 мес. после операции.

На 10-15 день у детей с II и III степенью отмечается снижение VC - при II степени на 18,1%, при III степени на 22,2%; FVC - при II степени на 10,9%, при III степени на 11,8%; FEF_{25%} - при II степени на 13,9%, при III степени на 15%; FEF_{10%}-при II степени на 15,8%, при III степени на 18,4%. Данные говорят о резком изменении показателей ФВД и развитии в послеоперационном периоде рестриктивно-обструктивного синдрома. Усиление изменений показателей обусловлено операционной травмой и остаточным снижением альвеолярной вентиляции легких. Через 6 месяцев после операции на фоне проводимой терапии отмечается положительная динамика с восстановлением ФВД на 18%.

Таким образом, у больных ВДГК изменение ФВД коррелирует со степенью деформации и функциональным состоянием дыхательной мускулатуры, приводящей к снижению жизненной емкости легких при увеличении частоты дыхания как следствие увеличение анатомически мертвого пространства и уменьшение альвеолярной вентиляции легких. Данный метод оперативного вмешательства позволят улучшить ФВД у детей с ВДГК.