

ской группе отсутствовало распространение процесса на сухожильные влагалища. В клинической группе в отдаленном послеоперационном периоде случаи тугоподвижности в пальцах кисти не было, встречаемость рубцовых контрактур в отдаленном послеоперационном периоде снизилась с 41,5% до 1,2%.

Проведение дополнительных разрезов с последующим дренированием и промыванием при хирургическом лечении флегмон кисти у детей является перспективным и оправданным.

**Выводы.** У детей при хирургическом лечении флегмон кисти рекомендовано использование следующей тактики: в возрасте до 1 года после некрэктомии необходимо осуществить вскрытие и дренирование межпальцевых промежутков, тыльной и ладонной поверхностей кисти, сухожильных влагалищ мышц. У детей от 1 до 3 лет целесообразно применять дренаж межпальцевых промежутков и тыла кисти. У детей от 3 до 7 лет и старше рекомендованы разрезы с последующим дренированием тыльной поверхности кисти. После выполнения разрезов в межпальцевых промежутках устанавливаются постоянные катетеры с последующим введением мирамистина либо раствора лавасепта. У детей при воспалительном процессе на тыльной поверхности кисти обязательное дренирование клетчаточных пространств ладонной поверхности кисти имеет цель профилактики тендовагинитов. У детей старших возрастных групп показано вскрытие гнойного процесса только в зоне воспаления.

**Литература**

1. Мелешевич А.В. Панариций и флегмона кисти. Гродно, 2002.  
 2. Buck-Gramcko D., Nigst H. Die handchirurgische Sprechstunde Hippokrates. Verlag Stuttgart, 2002.  
 3. Чадаев А.П., Любский А.С., Алексеев М.С., Бровкин А.Е. // Хирургия. 2001. № 7. С.70.

УДК 616.61.63-053.3-071

**ДИАГНОСТИКА УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ**

Б.М. ЛОЛАЕВА\*

**Ключевые слова:** новорожденные, урологическая патология

По данным ВОЗ, число детей, родившихся с пороками развития, не снижается. Очевидна их возрастающая роль в перинатальной заболеваемости и смертности. Снижение последней является одной из задач научных и организационных программ. Ранняя диагностика пороков развития мочевыделительной системы остается одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и детской хирургии и представляет определенные трудности, вызванные скудностью клинической картины и физиологическими особенностями мочевой системы у детей данной возрастной группы. В связи с этим часто заболевания выявляются в поздние сроки, когда они приводят к достаточно тяжелой степени поражения мочевыделительной системы [1–3].

**Цель** – разработка комплексного подхода к диагностике урологической патологии у новорожденных и грудных детей.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ДРКБ (г. Владикавказ) за период с 1996 г. по 2006 г. Нами обследовано 134 ребенка в возрасте от 2 дней до 1 года.

**Результаты.** Из 134 детей у 38 новорожденных урологическая патология выявлена внутриутробно с помощью ультразвукового исследования (у 23 – гидронефроз, у 12 – мегауретер, у 2 – экстрофия мочевого пузыря, у 1 – подковообразная почка).

Они госпитализированы в урологическое отделение и обследованы в ранние сроки. Поводом для урологического обследования у остальных 96 детей послужили такие симптомы, как нарушения диуреза, наличие пальпируемого объемного образования брюшной полости, изменения качества мочи, синдром сливового живота, неясные общеинфекционные симптомы, необоснованные подъемы температуры тела.

Нами разработан следующий алгоритм обследования. Обследование новорожденных начиналось с УЗИ мочевой системы. Выбор данного метода в качестве первоочередного основан на том, что УЗ-исследование является неинвазивным методом,

отличается простотой выполнения и информативностью, безопасен для пациента. С помощью УЗИ диагностировали гидронефроз, кистозные образования почек, аномалии развития почек, мегауретер, почечно-мочеточниковый рефлюкс.

При УЗИ-диагностике мегауретера мы выявили определенные характерные признаки; эхографическая картина резко дилатированного юкставезикального отдела мочеточника с суженным интрамуральным и подслизистыми сегментами у 16 обследованных детей признано нами абсолютным акустическим признаком обструктивного мегауретера. При этом активная перистальтика расширенного сегмента являлась весомым подтверждением диагноза. УЗ-картина при рефлюксирующем мегауретере у 20 детей характеризовалась выявлением просвета подслизистого отдела мочеточника вне перистальтической волны при небольших степенях рефлюкса и зиянием устья со свободным сообщением мочеточника и мочевого пузыря.

Для определения почечного кровотока использовали импульсную доплерографию с помощью специального карданшного датчика с частотой 5 МГц. Сканирование почек осуществляли в трех взаимноперпендикулярных плоскостях: продольной, поперечной и коронарной. Гемодинамические нарушения в почках выражались в меньшей степени или отсутствовали у новорожденных с обструктивными нефропатиями, более значительные нарушения кровотока в почках отмечались в старшем возрасте. У 40 детей анализ сонограмм позволил выявить утолщение стенок лоханки и мочеточника, что расценивалось нами как акустический критерий пиелонефрита, который даже при нормальных клинико-лабораторных данных позволяет достоверно констатировать осложненную обструкцию мочевой системы и предопределить тактику лечения.

Решающее значение в диагностике пороков развития и заболеваний мочевой системы мы отводим рентгенологическим методам исследования – экскреторной урографии при патологии верхних мочевых путей. У новорожденных проводили инфузионную урографию. В качестве контрастного вещества использовали омнипак в дозе 4 мл/кг массы тела с равным объемом 5% глюкозы. От урографии воздерживались у новорожденных до двух недель, в случаях повышенной чувствительности ребенка к контрастному препарату и наличии признаков почечной недостаточности. Для выявления патологии нижних мочевых путей выполняли микционную цистографию, уретроцистоскопию. Эндоскопические методы применялись нами у новорожденных ограниченно, только при абсолютных показаниях.

При недостаточной информации о функциональном состоянии почек и мочевых путей (10 детей) проводили динамическую скintiографию, как метод раздельной оценки паренхиматозной функции почек. В результате комплексного обследования у 134 детей выявлена патология мочевыделительной системы, которая представлена на табл. Завершающим методом диагностики явились патоморфологические исследования пораженных сегментов мочевых путей после удаления их во время операции или с помощью чрезкожной пункционной биопсии почки.

Таблица

**Результаты ранней диагностики урологической патологии у новорожденных и грудных детей**

ДИАГНОЗ	Число больных	Возраст	
		новорожденные	грудные
Гидронефроз	38	16	22
Мегауретер	36	6	30
ПМР	14	3	11
Удвоение почки	19	-	19
Инфравезикальная обструкция:			
А) клапан уретры	5	-	5
Б) стеноз уретры	3	-	3
Поликистоз почек	8	-	8
Мультикистоз почки	6	-	6
Экстрофия мочевого пузыря	4	4	-
Подковообразная почка	1	1	-
<b>ИТОГО</b>	<b>134</b>	<b>30</b>	<b>104</b>

**Выводы.** Широкое использование УЗИ мочевыделительной системы в пре- и перинатальном периодах способствует раннему выявлению врожденной урологической патологии. При выявлении у новорожденных и грудных детей даже одного признака патологии мочевой системы следует проводить полное урологическое обследование. Своевременное выявление и правильная тактика лечения врожденной патологии мочевой системы позволяет уменьшить число осложнений и неблагоприятных исходов.

\* Северо-Осетинская ГМА

Литература

1. Королькова И.А. и др. // Урол. и нефрол. 1990. №5. С. 3–7.
2. Рудакова Э.А. и др. Возможности диагностики пороков развития и заболеваний мочевой системы у новорожденных. Пермь, 1990, С. 59–62.
3. Veates W.K. // Aktuelle urologe. 1998. Vol 9. P. 275–281.

УДК 611.018.74

ДИНАМИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИЛАЗАПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

А.Г. АВТАНДИЛОВ, И.Ю. ИЛЬЕВСКИЙ\*

Применение цилазаприла обеспечивает высокий уровень защиты органов-мишеней АГ, что, в совокупности с высокой безопасностью препарата, позволяет рекомендовать цилазаприл в качестве препарата выбора при лечении больных с АГ и ожирением.

**Ключевые слова:** гипертензия, эндотелиальная функция

Сегодня сердечно-сосудистые заболевания лидируют в качестве причины смертности в развитых странах, в том числе в России. В настоящее время в кардиологических стационарах всё чаще встречаются пациенты молодого возраста, длительно страдающие АГ и перенесшие не один инфаркт миокарда. Проблема выбора антигипертензивного препарата у таких пациентов стоит особо остро. «Идеальный» антигипертензивный препарат должен эффективно снижать АД, достоверно улучшать прогноз, защищая органы-мишени, включая эндотелий, обладать минимумом побочных эффектов и приниматься один раз в день [1].

В 2007 году в Европейских рекомендациях по лечению АГ и АПФ выделены в качестве средств наиболее рационального выбора при: хронической сердечной недостаточности (ХСН), левожелудочковой дисфункции, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, при диабетической нефропатии, нефропатии, не ассоциированной с сахарным диабетом, гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), атеросклерозе сонных артерий, протеинурии и микроальбуминурии, фибрилляции предсердий (ФП), а также у больных с метаболическим синдромом [2]. На рис. 1 отображены современные представления о механизме действия иАПФ. Необходимо отметить, что ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) играет ключевую роль в кининовой системе: блокирование его активности под действием иАПФ нарушает разрушение брадикинина и увеличивает высвобождение оксида азота (NO), играющего определяющую роль в регуляции эндотелиальной функции, и вазодилатирующих простагландинов E и I (ПГЕ, ПГТ).

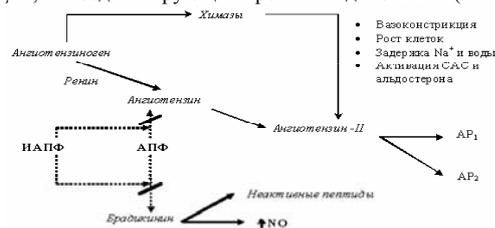


Рис. 1. Современные представления о механизме действия иАПФ.

Примечание: САС – симпато-адреналовая система; AR<sub>1</sub> и AR<sub>2</sub> – рецепторы ангиотензина 1 и 2 типов

В исследованиях было показано, что иАПФ, улучшая эндотелиальную функцию, устраняют опасный фактор риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Эндотелиальная дисфункция – важное звено в развитии атеросклероза и АГ, при этом продемонстрировано ее значение для прогноза у таких больных [3,4]. Эндотелиальная дисфункция является главным звеном патогенеза метаболического синдрома. Опасность эндотелиальной дисфункции в этом случае заключается в изменении реактивности сосудов, что ведет к повышению степени инсулинорезистентности и риска атеротромбоза [5]. Доказано, что иАПФ, улучшают эндотелиальную функцию и являются препаратами первой линии при сочетании АГ и ожирения. В настоящее время при лечении АГ наиболее часто используют

препараты, обладающие максимальной способностью связывать как циркулирующую, так и тканевую фракции АПФ.

Среди таковых выделяется препарат цилазаприл, который, обладает всеми положительными качествами класса, имеет собственные особенности: длительное время полужизни позволяет принимать цилазаприл однократно в течение суток; наличие выраженной активности в отношении тканевого АПФ; возможность снижать систолическое и диастолическое АД без ортостатических реакций; отсутствие при приеме рефлекторной тахикардии; отсутствие быстрого повышения АД после внезапной отмены цилазаприла; при наличии умеренной или тяжелой почечной недостаточности, скорость клубочковой фильтрации и почечный кровоток, при лечении цилазаприлом, как правило, не меняются, несмотря на клинически значимое снижение АД [6]. У больных с нормальной функцией почек во время лечения цилазаприлом обычно не отмечается повышение уровня калия в крови.

В 1996 году проведено исследование влияния цилазаприла на эндотелиальную функцию пациентов с АГ [7], в котором было показано, что 20-недельная монотерапия цилазаприлом у пациентов с АГ улучшает эндотелиальную функцию и достоверно снижает АД. Кроме того, в 1998 году изучалось влияние цилазаприла на больных с метаболическим синдромом [8]. Препарат показал достоверное улучшение эндотелиальной функции у больных с метаболическим синдромом, однако в это исследование было включено недостаточно больных с ожирением II степени. Также на базе НИИ кардиологии СО РАМН в Томске в 2006 году изучалось влияние препарата на функцию почек у больных с сахарным диабетом II типа, при этом цилазаприл показал себя препаратом, достоверно уменьшающим микроальбуминурию и АД [9]. Недостаточно количество данных об эффективности цилазаприла у пациентов с АГ, ассоциированной с ожирением I и II степеней, как в российской популяции, так и в мировой практике определила актуальность проведения данного исследования [10, 11].

**Цель исследования** – комплексная оценка клинической эффективности цилазаприла (Инхибейс®, Hoffman-La Roche, Швейцария) в лечении больных с АГ и ожирением, а также изучение влияния 12 недельного курса цилазаприла на взаимосвязь между динамикой АД и характером изменения показателя эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Таблица 1

Характеристика исследуемой группы, n = 64

		Пациенты	% от n
Пациенты	Мужчины	33	51,6
	Женщины	31	48,4
Ср. возраст, лет		40,5±7,2	
Анамнез АГ, годы		5,±2,5	
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>		33,9±2,4	
Окружность талии, см		118±14	
Ожирение 1 степень		44	68,75
Ожирение 2 степень		20	31,25
Сопутствующие заболевания	Атеросклероз	6	9,34
	Бронхиальная астма	2	3,125
	Обструкт. бронхит	3	4,68
	Хр. пиелонефрит (ремиссия)	5	7,81
	Псориаз	1	1,56

**Методы.** В соответствии с дизайном исследования была сформирована основная группа из 64 пациентов с АГ I и II стадии, с сопутствующим ожирением I и II степеней, без опыта предшествующей антигипертензивной терапии. Диагноз АГ был установлен в соответствии с критериями, опубликованными в соответствующих Рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) 2004 года. Длительность анамнеза АГ в группе составляла от 3 до 7 лет. Критериями включения в исследуемую группу были: верифицированный с использованием суточного мониторирования АД (СМАД) диагноз АГ, индекс массы тела (ИМТ) более 30 кг/м<sup>2</sup>, отсутствие предшествующего опыта антигипертензивной терапии. Критериями исключения из группы служили: инфаркт миокарда или инсульт в анамнезе, ФП, сахарный диабет I или II типа, атриовентрикулярная и/или синоатриальная блокада любой степени, а также блокада правой или левой ножек пучка Гиса, симптоматическая АГ, выраженные нарушения функции почек и/или печени. Всего в исследуемую группу было включено 64 пациента, из них 33 мужчины (51,6 %) и 31 женщина (48,4 %) (табл. 1). Всем пациентам в начале курсовой терапии назначался цилазаприл в дозировке 2,5–5,0 мг (в зависимости от исходного уровня АД) один раз в сутки утром. Спустя 3 недели, после очередного контроля АД и констатации

\* Ростовский ГМУ