

УДК 616.314.2-007.26:616-053.2/5

ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

М.П. ВОДОЛАЦКИЙ, П.И. ЧУМАКОВ, А.В. БАЛАНДИНА,
З.А. РЕКВАВА, И.В. ПАВЛЕНКО*

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба

Тяжесть анатомо-функциональных нарушений у больных с расщелиной верхней губы и неба усиливают сопутствующие врожденные пороки развития других органов [1]. Механизм формирования множественных врожденных пороков развития у больного с расщелиной верхней губы и неба обуславливает системный характер дисплазии соединительной ткани и нарушение процесса миграции мезенхимы на этапе эмбрионального развития плода [2–6]. Формирование внешних фенотипических признаков дизэмбриогенеза и главным образом пороков развития таких жизненно важных внутренних органов, как сердце и почки имеет большое значение для лиц с врожденной расщелиной верхней губы и неба, реабилитация которых основана на многократном хирургическом лечении. Результатом врожденной адаптивной недостаточности внутренних органов на этапе хирургического лечения под общим обезболиванием является развитие у ребенка с врожденной патологией челюстно-лицевой области тяжелых осложнений вплоть до смертельного исхода [1–6].

Цель работы – изучение сопутствующих пороков развития у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Результаты исследования основаны на данных обследования 132 больных с различными клиническими вариантами врожденной расщелины верхней губы и неба в возрасте от 1 до 17 лет, которые находились на лечении в Ставропольском межобластном центре по оказанию помощи детям с врожденной патологией лица. Контрольную группу составили 37 детей того же возраста, не имеющие врожденной расщелины лица. Для решения поставленных в работе задач применялись клинические, лабораторные и инструментальные обследования больных, патогистологическое изучение операционного и секционного материала.

Проведенное исследование показало, что внешние проявления дисплазии соединительной ткани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба регистрировались в области головы (39,3%), на конечностях (31,7%) и туловище (29,0%). Основными признаками дисплазии соединительной ткани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба являлись короткая уздечка губы или языка – 92,2%, удлиненное узкое лицо – 55,9%, низкий индекс массы тела – 53,0%, деформация позвоночника – 52,0%, девиация мизинца кисти – 47,1%, гипермобильность суставов – 45,1%, сандалевидная щель – 43,1%, гипертелоризм глаз – 42,2%. Количество внешних признаков дизэмбриогенеза у ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба включало в себя от 7 до 15 стигм (в среднем 8,7), что характеризовалось как выраженная или крайне выраженная степень проявлений дисплазии соединительной ткани. В группе детей, не имеющих врожденной расщелины, число стигм варьировалось от 1 до 5 и в среднем равнялось – 1,6.

Даже при отсутствии явных жалоб на деятельность сердечно-сосудистой системы, по данным разового электрокардиографического исследования и суточного (холтеровского) мониторинга ЭКГ у 79% детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба выявлялись нарушения функции автоматизма, проводимости и возбудимости миокарда. Разнообразные изменения ритма сердечной деятельности сопровождалась эхокардиографическими признаками дисплазии соединительной ткани сердца у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в 5-7 раз чаще, чем в группе обследованных, не имеющих врожденного порока развития челюстно-лицевой области. По результатам анализа спектральных показателей вариабельности сердечного ритма у них выявлялся дисбаланс ряда звеньев вегетативной нервной системы в сторону преобладания церебральных эрготропных влияний и дефицита вагальных влияний, которые оказывают защитное (трофическое) воздействие на регуляторный статус организма и обеспечивают адекватный уровень его адаптационных возможностей.

В процессе исследования функции почек установлена пиурия у 21 ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба

(в контрольной группе – 0). Специальное урологическое обследование выявило в 14 наблюдениях врожденную стриктуру прилоханочного (9) и тазового отдела мочеточника (5). По данным экскреторной урографии у 8 пациентов выявлена пиелоктазия, у 3 – гидронефротическая трансформация на стороне обструкции мочеточника. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2-3 степени как проявление врожденной дисплазии устья мочеточника установлен у 4 детей. В 6 наблюдениях определялся нейрогенный мочевой пузырь, причиной которого была дисплазия позвоночника L5 – S1 – S2 (Spina bifida). Сравнительное исследование гистологического строения слизистой оболочки полости рта и кожной части губы неба с морфологической структурой сердечной ткани и почек детей, умерших во время оперативного устранения врожденной расщелины верхней губы и неба, установило признаки огрубения соединительной ткани, вплоть до развития очагового склероза, подтверждая тем самым системный характер формирования врожденных пороков развития.

Заключение. Выявленные у детей с расщелиной верхней губы и неба внешние стигмы дизэмбриогенеза, врожденные пороки сердца и почек имеют системный характер, развитие которых обусловлено дисплазией соединительной ткани. Изучение сердечной деятельности и выделительной функции почек, а также сравнение их морфологической структуры со строением слизистой оболочки полости рта и кожи верхней губы у детей с врожденной расщелиной лица подтверждало наличие в изучаемых тканевых объектах признаков дезорганизации соединительной ткани. Высокая распространенность врожденных нарушений сердечной деятельности и выделительной функции почек определяет необходимость участия врача-кардиолога и уролога в обследовании и предоперационной подготовке детей с расщелиной верхней губы и неба. В программу обследования больного с врожденной расщелиной верхней губы и неба помимо разового электрокардиографического исследования целесообразно включать проведение холтеровского мониторирования ЭКГ, эхокардиографии исследования сердца с доплеровским анализом, изучение вариабельности сердечного ритма, а также экскреторной урографии и ультразвуковое исследование почек.

Литература

1. *Белякова, С.В.* Врожденные пороки развития лица и челюстей, заболеваемость, смертность, факторы риска / С.В. Белякова, Л.Е. Фролова // *Стоматология*. 1995. №5. С. 34–38.
2. *Водолацкий, М.П.* Клинико-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица / М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий. – Ставрополь, 2004. 80 с.
3. *Куликов, А.М.* Дисплазии соединительной ткани у подростков и их распознавание / А.М. Куликов, В.П. Медведев // *Семейный врач*. №4. 2000. С. 37–51.
4. *Оранский, И.Е.* Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей с челюстно-лицевой патологией / И.Е. Оранский, М.А. Алексина // *Семья-94. Семья в системе реабилитации* : сб. науч. тр. Екатеринбург, 1994. С. 106–108.
5. *Череп, О.Е.* Некоторые аспекты тканевой дифференцировки и ее регуляции в морфогенезе органов ротовой полости человека / О.Е. Череп, В.В. Гемонов // *Российские морфологические ведомости*. 1997. №2. С. 65–68.
5. *Lilius, G.* Clefts with associated anomalies and syndroms in Finland / G. Lilius // *Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery*. 1992. Vol. 26, №2. P. 185–196.

УДК 616. 12-008. 331.1-02:616.839

МЕТОДОЛОГИЯ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Н.М. АГАРКОВ, М.Ю. МАРКЕЛОВ*

Ключевые слова: гипотензивные препараты, методология

По различным данным эпидемиологических исследований, в Российской Федерации повышенное артериальное давление имеют от 36 до 42,5 млн. человек. В наиболее представительной выборке, стандартизированной по возрасту распространенность гипертонической болезни (ГБ) среди мужчин составила 39,2%, а среди женщин – 41,1% [1]. При этом до 40-летнего возраста ГБ встречается у представителей мужского пола, а после 50 лет – у

* Ставропольская ГМА

Курский государственный медуниверситет

женщин [4]. В настоящее время для лечения ГБ используются гипотензивные препараты различного механизма действия: диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы кальциевых каналов, прямые вазодилаторы, β-блокаторы, нейротропные средства и др. [3]. Выбор препарата зависит от целого ряда факторов, основными из которых являются патогенетические факторы развития ГБ, вид сопутствующей патологии, степень риска возникновения осложнений и возраст больного. В современных условиях наблюдается закономерность, связанная с тем, что при лечении неосложненной ГБ новые препараты, в частности ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов, вытесняют диуретики и бета-блокаторы из первой линии терапии [2,3,5,6]. Для оценки эффективности указанных гипотензивных препаратов требуются новые подходы, основанные на анализе лабораторных и инструментальных сдвигов.

Таблица 1

Показатели крови на фоне терапии больных ГБ нолипрелом

Название показателя	До лечения	После лечения	Сдвиг, %
Гемоглобин, г/л	116,3±5,4	114,2±4,7	-1,80
Эритроциты, x10 ¹² /л	4,2±0,8	4,3±0,9	+2,38
Гематокрит, %	38,2±4,2	39,3±2,9	+2,88
Лейкоциты, x10 ⁹ /л	7,6±0,5	7,5±0,6	-1,32
Эозинофилы	2,8±0,5	2,5±0,7	-10,71
СОЭ, мм/час	12,4±2,1	11,9±1,8	-4,03
Сумма сдвигов без учета знака			23,12

Цель работы – методология анализа эффективности гипотензивных препаратов, учитывающей количественные параметры системных сдвигов под влиянием гипотензивных препаратов.

Материал и методы. Исследования проведены в группе больных ГБ II-III степени, рандомизированной по возрасту, полу, стадиям болезни, получавших в качестве гипотензивного препарата нолипрел. Контроль эффективности гипотензивных препаратов вели на основе субъективных и объективных параметров. Последние предусматривали анализ биохимических, общих лабораторных и инструментальных показателей, суточного мониторирования артериального давления. Показатели гемодинамики определяли аппаратом «Aloka SSD-1400», биохимические показатели – прибором фирмы «Piiva-Lachema Diagnostika», суточный мониторинг артериального давления – аппаратом фирмы «Abr M Mobilograph». Оценка достоверности – по критерию t и X².

Таблица 2

Среднесуточные величины артериального давления и ЧСС по данным суточного мониторирования у больных ГБ при лечении нолипрелом

	До лечения	После лечения	Сдвиг, %
Среднее САД за сутки, мм рт ст	144,8±2,7	125,7±3,1	-13,19
Среднее ДАД за сутки, мм рт ст	94,2±2,9	82,7±2,5	-12,21
Средняя ЧСС за сутки, уд/мин	76,3±2,4	61,4±2,6	-19,53
Индекс времени САД за сутки, %	64,5±4,2	40,7±3,5	-36,90
Индекс времени ДАД за сутки, %	51,3±2,8	33,5±2,7	-34,70
Вариабельность САД за сутки, мм рт ст	21,4±3,1	19,2±2,2	-10,28
Вариабельность ДАД за сутки, мм рт ст	18,1±2,4	17,8±2,1	-1,66
Сумма сдвигов без учета знака			128,47

Результаты. Изучение общего анализа крови выявило сдвиги после окончания лечения (табл.1).

Таблица 3

Изменение биохимических показателей крови под влиянием нолипрела у пациентов с ГБ

	До лечения	После лечения	Сдвиг, %
Глюкоза, ммоль/л	5,23±2,71	5,01±2,84	-4,20
Общий холестерин, ммоль/л	6,91±0,75	6,14±0,71	-11,14
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,12±0,06	1,38±0,05	+23,21
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,28±0,13	3,95±0,12	-7,71
Триглицериды, ммоль/л	2,15±0,18	1,87±0,17	-13,02
Креатинин, ммоль/л	82,73±3,15	84,42±2,87	+2,04
Сумма сдвигов без учета знака			61,32

Более существенные изменения произошли в уровне систолического (САД), диастолического артериального давления (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Наиболее значимое снижение характерно для величины САД и ЧСС. В меньшей степени уменьшилась величина ДАД. По данным суточного мониторирования артериального давления, получены результаты (табл.2). Максимальный процент сдвига среди показателей суточного мониторирования артериального давления характерен для индекса времени САД и ДАД за день. Значительным являлось изменение средней ЧСС за сутки и среднего САД за сутки.

Аналогичным образом проведены оценка влияния нолипрела на изменение биохимических параметров крови у больных ГБ (табл.3). Среди биохимических показателей крови наибольший сдвиг установлен для ХС ЛПВП и триглицеридов. Количество достоверных корреляционных связей между рассматриваемыми параметрами суточного мониторирования артериального давления после проведенного лечения возрастает, что свидетельствует о повышении интеграции данных показателей и эффективности гипотензивного эффекта нолипрела. Изменение внутрисистемных связей параметров гемодинамики подтверждается построением корреляционных моделей (рис.).

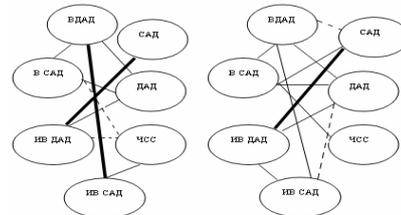


Рис. Модель внутрисистемных связей параметров суточного мониторирования артериального давления до лечения (1) и после лечения (2). — прямая связь, - - - обратная связь, криволинейная связь

Заключение. Предоставленная методология анализа эффективности гипотензивного препарата нолипрена, отличается оценкой системных сдвигов различных функций организма больных ГБ и внутрисистемных связей параметров суточного мониторирования артериального давления и обеспечивает объективизацию результатов лечения гипотензивными препаратами.

Литература

1. Маколчен В.И. //Фармацевт. вест. 2001. №5. С.24–26.
2. Мартанов А.И. и др. //Клинич. фармакол. и тер. 2001. №3. С.44–49.
3. Метелица В.И. и др. //Тер. арх. 1995. №9. С.45–50.
4. Кириченко А.А. Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин /А.А. Кириченко. М., 2003. 84 с.
5. Корсакова Н.К. и др. //Кардиол. 2001. №8. С.50–53.
6. Шальнова С.А. и др.//Тер. арх. 2000. №11. С.10–13.

УДК 616-006.04-02: 614.7-036.21:528.9

МАТЕМАТИКО-КАРТОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Н.М. АГАРКОВ, А.Н. ЗАБРОВСКИЙ, А.В. ШАМАНОВ*

Ключевые слова: злокачественные новообразования

Высокая частота распространенности злокачественных новообразований (ЗНО), значительные трудности ранней диагностики, высокая летальность, большая стоимость и низкая эффективность лечения определяют особую актуальность и социальную значимость данной патологии [3]. ЗНО в последние годы в экономически развитых странах встречаются с частотой от 200 до 400 случаев на 100000 населения [9]. В отдельных регионах уровень ЗНО превышает 400 случаев на 100000 населения, что характерно для Бразилии, Канады, США, Италии и Австралии. Смертность от ЗНО сокращает среднюю продолжительность населения Российской Федерации на 3-4 года [1, 2]. Неравномерность распространения ЗНО в различных регионах и изменение заболеваемости при миграции населения убедительно доказывают связь возникновения ЗНО с экологическими особенностями существования человека [6]. Основываясь на данных литературы по эпидемиологии ЗНО, установлено, что ЗНО являются индикаторной патологией, отражающей высокую степень зависимости от загрязнения окружающей среды [3, 4, 8].

Статистические показатели заболеваемости и смертности от ЗНО рассчитываются, как правило, для области и крупных городов. По отдельным территориям заболеваемость ЗНО может различаться. В этих условиях одним из методов научного анализа заболеваемости ЗНО является математико-картографический,

* Курский государственный медицинский университет