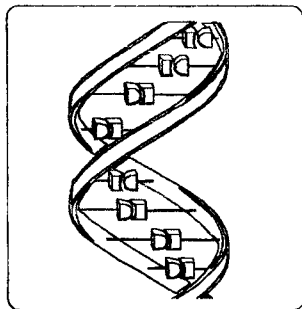


2. Илькович М.М. Заболевания органов дыхания. СПб., 1998.

3. Греймер М.С., Фейгин М.И. Раннее выявление туберкулеза. М.: Медицина, 1986.

4. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Винер М.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медицина, 1987.



УДК 618.978.9 - 053.3

М.Г. Глухов, Г.И. Андреева, О.В. Пухлова, О.В. Кульдпере, В.Л. Геллер

СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РУБИНШТЕЙНА-ТЕЙБИ (MIM №180849) И СИНДРОМОМ ДАУНА В ДИЗИГОТНОЙ ДВОЙНЕ

ОБГУЗ "Областная больница управления здравоохранения Правительства ЕАО", г. Биробиджан

Синдром, описанный Н.Ж. Rubinstein и Н. Taubí в 1963 г., характеризуется постоянным сочетанием аномалий пальцев, черепно-лицевых, дефицитом массы, отставанием роста и отклонениями в психике ребенка. Синдром известен и под названием "синдром широких пальцев, с лицевыми аномалиями".

Симптоматология

Аномалии пальцев. Концевые фаланги больших пальцев рук и ног короткие, широкие и сплюснутые, похожие на "шпатель" или "палитру" — это сплющивание относится как к кости, так и к мягким тканям пальцев. Пальцы короче и толще нормальных. Вторая фаланга большого пальца руки перемещается по направлению к лучевой кости, имитируя подвывих, большой палец не может быть приведен к ладони. Другие пальцы расширены на концах, со сплюснутыми ногтями в форме "чашечек".

Черепно-лицевая дисморфия. Проявляется рядом аномалий в самых различных комбинациях, обуславливает характерный вид лица: микроцефалия, "pateus laetus" области лба, дугообразные брови, птоз век, экзофтальмия, гипертелоризм, "антимонголоидные" щели век, уши внедрены низко со стертыми складками, "орлиный нос", перегородка носа превосходит в нижней части крылья носа, микрогнатия и ретрогнатия, стрельчатое небо.

Запоздалое развитие веса и роста — постоянное клиническое проявление разной интенсивности. Это в равной степени относится как к массе тела, так и к росту, реализуя, таким образом, гармоничный нанизм.

Психологическая задержка постоянно присутствует, но в разной интенсивности. Речь очень поздняя и трудная. Аффективность и общительность не изменены или мало изменены.

Лабораторные исследования не выявляют характерных биогуморальных изменений.

Этиопатогенез не установлен. В 1968 г. Padfield предложил гипотезу, согласно которой болезнь является вторичной по отношению к заболеванию зародыша (т.е. представляет собой эмбриональное заболевание), однако причина и момент поражения не выяснены. Во всех случаях кариотип нормален.

Лечение. Не существует эффективного специфического лечения. В настоящем сообщении представлено наблюдение новорожденного Х., родившегося в акушерском отделении.

Из анамнеза: возраст матери 31 год, беременность первая, протекала с субфебрильной температурой в 1 триместре, анемией, нефропатией, ХФПН.

Роды преждевременные, быстрые, на 36 нед. беременности, масса 2480 г, рост 48 см, окружность головы 33 см, окружность груди 30 см. Оценка по шкале Апгар 9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное.

При осмотре новорожденного выявлено: широкие терминальные фаланги 1-х пальцев кистей и стоп, гипертелоризм, эпикант, брахицефалия, антимонголоидный разрез глаз, крипторхизм.

УЗИ сердца: открытое овальное окно. УЗИ почек — без патологии. Рентгенография кистей: укорочение фаланг пальцев, подвывих ногтевых фаланг 1-го пальца обеих кистей. Подвывих 1-го пальца обеих стоп. Цитогенетическое исследование патологии не выявило.

Диагноз: Рубинштейна-Тейби синдром. Недоношенность.

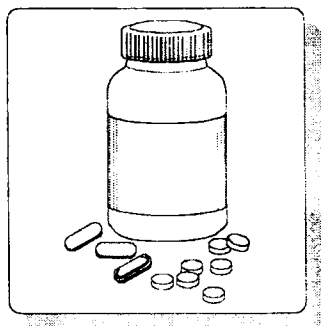
Описанный случай представляет определенный интерес для практикующих врачей как редко встречающийся синдром. Частота заболевания — 1:50 000 рождений.

Ниже приводим случай рождения ребенка с синдромом Дауна в дизиготной двойне.

Из анамнеза: возраст роженицы 35 лет (группа риска). Беременность четвертая, протекала с ХФПН, умеренным многоводием, миопия средней степени. Роды вторые, срочные, дизиготной двойней (оба мужского пола). Масса тела 3410 г, длина

тела 52 см, окружность головы 36 см, окружность груди 34 см. Оценка по Апгар 9-10 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. При осмотре второго новорожденного фенотипически выявлен синдром Дауна, эмбриональная грыжа. Взят образец пуповинной крови для цитогенетического подтверждения диагноза. При исследовании хромосом выявлена патогенетическая химера — 47, XY, G+. Клинический диагноз: Даун-синдром, трисомный вариант, эмбриональная грыжа. Первый ребенок из двойни здоров.

Случай представляет интерес как редко встречающийся в практике.



УДК 615.225.2 : 616.12 - 008.331.1 - 08

Л.Н. Малай, Б.П. Шевцов, А.А. Бир, Н.К. Локалова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «НИФЕКАРДА XL» (ГИТС - ФОРМЫ НИФЕДИПИНА) В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ГУЗ «Краевая клиническая больница №2», г. Хабаровск

Антагонисты кальция — большая группа препаратов, основным свойством которых является способность обратимо ингибировать ток ионов кальция через медленные кальциевые каналы. Это действие антагонисты кальция оказывают в основном на гладкомышечные клетки периферических сосудов (артерий), клетки миокарда и клетки проводящей системы сердца, причем выраженность действия на все эти структуры у разных представителей антагонистов кальция проявляется в различной степени. Вошедшие в клиническую практику в середине 80-х гг. антагонисты кальция быстро завоевали популярность среди врачей и пациентов и стали одними из самых часто назначаемых препаратов в кардиологической практике. Несмотря на острые дебаты о безопасности длительного применения антагонистов кальция, эти препараты стойко занимают одно из ведущих мест по частоте назначения среди всех кардиологических препаратов [1-4].

В последнее время создан ряд антагонистов кальция пролонгированного действия, которые назначают два или даже один раз в день, что делает терапию ими более удобной и значительно улучшает ее безопасность [5-7].

Именно таким препаратом является «Нифекард XL» фармацевтической фирмы «Lex». В этом препарате используется гастроинтестинальная терапевтическая система (ГИТС) нифедипина. Принцип действия ГИТС формы нифедипина основан на осмотическом расширении выталкивающего слоя таблетки. Такая лекарственная форма создает равномерную концентрацию нифедипина в течение достаточно длительного времени (до 24 ч) и позволяет избежать рефлекторного увеличения тонуса симпатической нервной системы, а также снизить количество побочных эффектов [5, 7].

Целью проведенного исследования явилось изучение возможности контроля АД у больных с рефрактерной артериальной гипертензией в стационарных условиях с помощью добавления к стандартной (исходной, базисной) антигипертензивной терапии «Нифекарда XL», а также установить характер и выраженность побочных явлений препарата.

Материалы и методы

В исследование было включено 20 больных артериальной гипертензией III стадии 4 группы риска (согласно последней классификации АГ) в