

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные нами результаты говорят о том, что в случаях, не требующих расширенной реконструкции общей сонной артерии, с успехом может применяться минидоступ к каротидному бассейну, не исключающий, однако, широкого доступа к сонной артерии в случае необходимости. Точно так же, как и холецистэктомия из минидоступа не исключает широкой лапаротомии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В., Степаненко А. Б., Генс А. П. и др. // Хирургия. — 2005. — № 8. — С. 36—40.
2. Виссарионов В. А., Мантурова Н. Е., Федорова В. Д. // Анналы хирургии. — 2005. — № 3. — С. 63—67.

3. Воскресенский В. П., Иванов В. А. // Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: Медгиз. — 1959. — С. 233.

4. Захаров В. В. Сосудистая мозговая недостаточность // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 33—35.

5. Казаков Ю. И., Хатыпов М. Г. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 83—87.

6. Киши Ф., Сентаготаи Я. // Под ред. Ф. Я. Сентаготаи. — 45-е изд. — Будапешт: Медицина, 1972. — Т. 3. — С. 106.

7. Оперативная хирургия. Под ред. проф. И. Литмана. — Будапешт, 1982. — С. 29.

## Контактная информация

Шестаков Александров Иванович — к. м. н., заместитель главного врача Клиники БГМУ, e-mail: kbgmu@rambler.ru.

УДК 616-053.3/.5:616.317-007.254:616-007.17(045)

## ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

*М. П. Водолацкий, М. Е. Евсевьева, З. А. Реквава*

*Ставропольская государственная медицинская академия*

Целью работы явилось выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у 102 детей в возрасте от 1 до 14 лет с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Анализ показывает наличие внешних признаков соединительной ткани у всех детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Наибольшее число стигм выявлено у детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба. Полученные данные позволяют рассматривать данную аномалию как макропризнак системной патологии соединительной ткани.

*Ключевые слова:* расщелина верхней губы, расщелина неба, дисплазия соединительной ткани.

## EXTERNAL ATTRIBUTES OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE IN CHILDREN WITH VARIOUS CONGENITAL CLEFT OF UPPER LIP AND PALATE

*M. P. Vodolatski, M. E. Evsevievva, Z. A. Rekvava*

The study was about the phenotypical attributes of dysplasia of connective tissue in 102 children (aged from 1 to 14 years) with various forms of congenital cleft of upper lip and palate. The reports showed the presence of external attributes of dysplasia in all children with congenital cleft of upper lip and palate. Maximum number of these features was found in children with bilateral cleft of upper lip and palate. Based upon this study we can conclude that the anomaly is more of a systemic pathology of the connective tissue.

*Key words:* cleft of upper lip, cleft of palate, dysplasia of connective tissue.

Распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба составляет, по литературным данным, от 1,6 до 26 % и находится на 4—7-м месте среди всех аномалий развития [1, 2, 4]. В последние десятилетия во всем мире отмечается прогрессирующее увеличение числа рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [11].

Теория миграции мезодермы объясняет механизм развития щелинных дефектов челюстно-лице-

вой области. Формирование расщелин лица связано с процессом вставания мезодермы в эмбриональные отростки вокруг ротовой ямки. Слияние отростков друг с другом происходит в результате увеличения их объема по мере наполнения мезодермой. Задержка вставания мезодермы приводит к замедленному увеличению объема эмбриональных отростков, что делает недостаточным их плотное сближение. В итоге разделяющие отростки бороздки не устраниваются или

сглаживаются только частично, так что у плода формируется расщелина, с которой ребенок и рождается. С такой точки зрения, полноценность мезодермы и скорость ее вставания в эмбриональные отростки является одной из важных составляющих развития лица [3].

Поскольку сомиты мезодермы формируют мезенхиму — так называемую «эмбриональную соединительную ткань», определяющую процесс закладки и дифференцировки всех соединительнотканых элементов на этапах эмбриогенеза, развитие врожденной расщелины верхней губы и неба вполне логично рассматривать как следствие дисплазии соединительной ткани [10].

Дисплазия соединительной ткани проявляется внешними фенотипическими признаками и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов [5, 6, 7].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Фенотипический анализ проведен у 102 пациентов в возрасте от 1 до 14 лет с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Дети с подобным дефектом были распределены на четыре группы в зависимости от вида расщелины. С врожденной изолированной расщелиной верхней губы — 15 детей, изолированной расщелиной неба — 15, односторонней расщелиной губы и неба — 45, двусторонней расщелиной губы и неба — 27. В контрольной группе обследованы 42 ребенка без врожденной патологии.

В соответствии со специальной диагностической картой для клинического применения Glesby M. [9] и позже модифицированной Корнетовым Н. А. [8] проводилось фенотипическое исследование следующих морфодисплазий: низкий индекс массы тела, деформация позвоночника, деформация грудной клетки, сосковидный гипертелоризм, крыловидные лопатки, гипербильность суставов, гиперрастяжимость кожи, множественные рубчики на коже, частые подкожные гематомы, тонкая кожа с выраженной венозной сетью, грыжи, обилие веснушек и родинок, удлиненное узкое лицо, тонкие ломкие волосы, приросшие мочки ушей, волосы бровей уложены в разных направлениях, антимонголоидный разрез глаз, гипертелоризм глаз, голубые склеры, эпикант, миопия, короткие уздечки губ и языка, положительный признак запястья, арахнодактилия, девиация мизинца кисти, положительный признак большого пальца кисти, IV палец кисти длиннее II пальца, сандалевидная щель, II палец стопы длиннее или равен I пальцу, плоскостопие, олигодактилия IV, V пальцев стопы, «двузубец», «трезубец»

пальцев стопы. Представленные в этом диагностическом перечне признаки являются маркерами дизэмбриогенеза, указывающими на неполноценность соединительнотканых структур организма. За допустимую норму принималось наличие не более трех стигм дизэмбриогенеза, за умеренную дисплазию соединительной ткани — 4—6 стигм, за выраженную — 7—9, за крайне выраженную — 10 и более [7].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного исследования среднее число морфодисплазий у детей со всеми изученными вариантами щелинного дефекта оказалось достовернее выше, чем в контрольной группе. Если среди лиц контрольной группы этот показатель составил  $1,8 \pm 0,2$ , то среди детей с врожденными расщелинами губы, неба, односторонними расщелинами верхней губы и неба, двусторонними расщелинами верхней губы и неба указанный параметр равнялся соответственно  $7,3 \pm 0,2$ ,  $7,2 \pm 0,2$ ,  $8,5 \pm 0,2$ ,  $10,2 \pm 0,3$ . То есть у детей с изолированной расщелиной губы или неба среднее число фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани оказалось достоверно ( $P < 0,05$ ) ниже, чем у детей с сочетанной аномалией губы и неба. При этом максимальная стигматизация характерна для больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба.

Все дети с врожденной патологией относились к носителям выраженной и крайне выраженной системной дисплазии соединительной ткани. 7—9 фенотипических признаков были выявлены у 76 (74,5), а 10 и больше стигм — у 26 (25,5). В контрольной группе выявлено всего 8 (19,1 %) детей с умеренной выраженностью соединительнотканной дисплазии. У 34 (80,9 %) детей контрольной группы число внешних признаков укладывалось в допустимую норму (табл.).

### Выраженность дисплазии соединительной ткани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, абс. (%)

Степень выраженности Дисплазии соединительной ткани (число стигм)	Дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба	Дети без врожденной расщелины верхней губы и неба, n = 42
В пределах нормы (0–3)	0	34 (80,9)
Умеренная (4–6)	0	8 (19,1)
Выраженная (7–9)	76 (74,5)	0
Крайне выраженная ( $\geq 10$ )	26 (25,5)	0

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный фенотипический анализ указывает на наличие у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба выраженной и крайне выраженной степени внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Наибольшее число стигм дизэмбриогенеза выявлено у детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба.

Полученные данные позволяют рассматривать расщелину верхней губы и неба как макропризнак системной, генетически детерминированной патологии соединительной ткани. Это диктует необходимость своевременного и детального комплексного обследования больных с расщелиной лица с целью ранней диагностики сопутствующей врожденной патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Белякова С. В., Фролова Л. Е.* // *Стоматология.* — 1995. — № 5. — С. 34—38.
2. *Блохина С. И., Долгополова Г. В.* // Тезисы 1-й республиканской конференции «Стоматология и здоровье ребенка». — М., 1996. — С. 20.
3. *Водолацкий М. П., Водолацкий В. М.* Клинико-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица. — Ставрополь, 2004. — 80 с.
4. *Земцовский Э. В.* Соединительнотканые дисплазии сердца. — СПб., 2000. — 115 с.
5. *Коноплястая С. Ю.* // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. — М., 2006. — С. 105—106.
6. *Корнетов Н. А.* Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для

клинического исследования в психиатрии и неврологии. — Томск, 1996. — 53 с.

7. *Остроумова О. Д.* Эхокардиографические и фенотипические особенности больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 24 с.

8. *Стелура О. Б.* Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 48 с.

9. *Череп О. Е., Гемонов В. В.* // Российские морфологические ведомости. — 1997. — №2. — С. 65—68.

10. *Юрьева Л. И.* Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей с врожденной челюстно-лицевой патологией в системе семейной диспансеризации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2002. — 19 с.

11. *Glesby M., Pyentz R.* // *JAMA.* — 1989. — Vol. 262, № 4. — P. 523-528.

## Контактная информация

*Водолацкий Михаил Петрович* — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии, e-mail: [eristov\\_bost@mail.ru](mailto:eristov_bost@mail.ru).

УДК 576.8:616.31

## КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

*Е. В. Матисова, В. С. Крамарь, Т. Н. Климова*

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ВолГМУ*

Неотъемлемой частью микроэкосистемы полости рта является нормальная микрофлора, обеспечивающая колонизационную резистентность, которая рассматривается как первичная мишень для любого фактора, прямо или опосредованно влияющего на адгезию и неспецифическую резистентность этой экосистемы. Изучение индивидуальных вариантов ценотипа и их экологическая характеристика в норме и при патологии позволили создать алгоритм оценки микробиоценоза полости рта.

*Ключевые слова:* микробиология, колонизационная резистентность, заболевания пародонта, полость рта, нормальная микрофлора, микробиоценоз.

## ORAL COLONISATION RESISTANCE IN HEALTH AND DISEASE

*E. V. Matisova, V. S. Kramar, T. N. Klimova*

Normal microflora is an important part of the oral cavity microecosystem; it provides colonization resistance. It has a direct or indirect influence on adhesion and nonspecific resistance of this system. Studying individual variants of the cenotypes and their ecological characteristics in health and disease yielded an estimation algorithm of the oral cavity microbiocenosis.

*Key words:* microbiology, colonization resistance, periodontal disease, oral cavity, normal microflora, microbiocenosis.

Полость рта представляет собой своеобразную экологическую систему, которая тесно связана с внутренней средой организма и его внешним окружением.

Организм человека колонизирован различными микробными сообществами, однако в каждом из

его топодемов количество микроорганизмов и их видовой состав характеризуется определенным постоянством.

Для раскрытия закономерностей существования микроорганизмов применим экологический подход,