

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Галактионова М.Ю., Рахимова А.Л.,
Колмогорова Е.Е.

*Красноярский государственный медицинский
университет, Красноярск, e-mail: myugal@mail.ru*

Патология центральной нервной системы среди хронических заболеваний занимает прочное второе место после болезней органов дыхания подростков. При этом, многие неврологические заболевания подростков впервые обнаруживаются врачами военкоматов.

Было обследовано 124 подростка в возрасте от 12 до 18 лет, находящихся на лечении в ГДБ №8 г. Красноярск. Все дети перенесли перинатальную энцефалопатию, обследованы по единой программе: эхоэнцефалография, РЭГ, электроэнцефалография, спондилография, осмотр глазного дна, консультация, психоневролога. Подростки были госпитализированы с диагнозами: вегетативная дисфункция (54,8%), из них в 43,5% в кризовом состоянии; гипертензионный синдром в субкомпенсированной форме (22,6%). Диагноз транзиторных ишемических атак (ТИА) выставлен в 19,5% случаев, синдром минимальных мозговых дисфункций – у 12 пациентов. В единичных случаях имели место мигрень, цефалгия, синдром дефицита внимания и гиперактивности. Основными жалобами (у 80 пациентов) были пароксизмальные головные боли (от нескольких часов до нескольких суток). У 84 подростков, кроме пароксизмов цефалгии, отмечались явления вестибулопатии, кратковременные кардиалгии, лабильность АД, дисфункции ЖКТ. У 29 человек на высоте цефалгии развивалась та или иная очаговая неврологическая симптоматика. У 34 больных были чувствительные нарушения (онемение и ползание мурашек в конечностях, половине лица, языке). Нарушения речи в виде моторной афазии и дизартрии отмечались у 18 подростков. Жалобы на периодические боли в шее отмечались у половины подростков. В неврологическом статусе отмечались: защитный дефанс задне-шейных мышц (41,9%), сколиоз (54,8%), диффузная мышечная гипотония (35,4%), синдром периферической цервикальной недостаточности (48,4%), болезненность паравerteбральных точек (41,9%). Миопия была у 38 пациентов, аномальное соотношение артерий и вен – у 104, ступешанность границ дисков зрительных нервов – у 14. Данные РЭГ выявили неполноценность функционирования паравerteбральных сосудов Виллизиева круга у 85,5% подростков. У 78 человек выявлены ранние дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, в 15 случаях – аномалия Кимерли.

Таким образом, своевременная диагностика и коррекция последствий перинатального поражения ЦНС, позволит получить большой шанс успешной терапии неврологических расстройств в подростковом периоде.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЖИДКОСТИ ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ЕЁ ВВЕДЕНИИ В НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

Ефимов Ю.В., Мухаев Х.Х., Ефимова Е.Ю.,
Ярыгина Е.Н., Иванов П.В., Максютин И.А.,
Стоматов А.В., Тельянова Ю.В., Долгова И.В.

*ГОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет»,
e-mail: efimovyu@mail.ru;*

*ГОУ ВПО «Пензенский государственный
университет», медицинский институт,
e-mail: sto-kafedra@yandex.ru*

Целесообразность внутрикостного пути введения лекарственных препаратов в нижнюю челюсть для достижения максимальной их локальной концентрации при различных патологических состояниях кости подтверждена рядом исследователей [1]. Однако в имеющихся работах по этому вопросу отсутствует научное обоснование метода и, частности, закономерности распространения лекарственных препаратов. Исследования в этом направлении имеют не только теоретическое, но и важное практическое значение. Ранее нами изучена вариантная анатомия зубочелюстных сегментов, определены оптимальные точки для внутрикостного введения [3].

Материал и методы

В эксперименте использованы 65 паспортизированных препаратов нижней челюсти людей зрелого возраста. В качестве красителя использовали тушь красного цвета, которую в объеме 3,0 мл вводили в губчатое вещество челюсти, используя при этом оригинальное устройство нашей конструкции [7].

Для получения более точных данных о характере распространения жидкости на каждой стороне челюсти краситель вводился только через одну точку. После высыхания красителя челюсти распиливали по межзубным перегородкам в вестибулярно-язычном направлении. Далее каждый зубочелюстной сегмент фотографировали в медиальной и дистальной норме на одинаковом расстоянии от объекта в цифровом формате. Необходимое для последующих математических расчетов увеличение определяли путем сравнения размеров маркированных участков на образце и на фотографии. Площадь сегмента и площадь окрашенного пятна на каждой его стороне измеряли с помощью компьютерного продукта «AutoCAD».

Результаты и их обсуждение

Достоверных различий между показателями медиальной и дистальной нормами, а также