

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 больший 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

между правой и левой сторонами челюсти не было выявлено, поэтому детальный анализ не приводим.

При введении красителя в ретромолярном треугольнике его распространение наблюдалось от нижней трети ветви нижней челюсти до ментального отверстия. При этом минимальная площадь окрашенного пятна была отмечена у зубочелюстных сегментов медиальных резцов.

При введении красителя в точках между 32 и 33, наоборот, максимальная площадь окрашенного пятна наблюдалась у зубочелюстных сегментов резцов и клыков, наименьшая у моляров.

Таким образом, результаты исследования показали, что при локализации патологического очага в области угла и ветви нижней челюсти оптимальным местом для внутрикостного введения лекарственных препаратов является ретромолярная ямка. При развитии патологического процесса во фронтальной зоне достаточно использования точек между 32–33 зубами.

Список литературы

1. Атясов Н.И. Внутрикостное введение лекарственных жидкостей в медицине катастроф // Травматология, ортопедия, протезирование. – 1992. – № 3. – С. 60-64.
2. Ефимов Ю.В., Дюдькин А.К., Мухаев Х.Х., Воробьев А.А. и др. Устройство для внутрикостного введения лекарственных препаратов в нижнюю челюсть: Патент на полезную модель № 54514.
3. Ефимов Ю.В., Мухаев Х.Х., Мишура С.Р., Максютин И.А. Теоретические аспекты внутрикостного введения лекарственных препаратов в нижнюю челюсть // Стоматология. – 2007. – № 6. – С. 18-19.
4. Ефимова Е.Ю. Об основании метода оценки пространственного расположения зубочелюстных сегментов по гнатостатическим моделям челюстей в клинике ортодонтии: дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2008. – 117 с.

КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЖИТЕЛЕЙ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА, ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Климова Т.Н., Крамарь В.О.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: klimova1977@mail.ru

Колонизационная резистентность макроорганизма формируется резидентной микрофлорой, препятствующей контаминации слизистых оболочек пищеварительного тракта условно-патогенной и патогенной флорой. Факторы, способствующие персистенции, рассматриваются в качестве маркера, обуславливающего длительное переживание патогена в организме хозяина.

Целью настоящего исследования явилась оценка колонизационной резистентности пищеварительного тракта жителей крупного промышленного города Волгограда.

В качестве материала для исследования отобраны условно-патогенные энтеробактерии, выделенные из кишечника больных дисбиозом и практически здоровых людей.

В результате проведенных исследований установлено, что дисбактериоз кишечника у жителей крупного промышленного города Волгограда в различных возрастных группах протекает с изменением видового состава микрофлоры кишечника преимущественно по трем (27-30%), четырем и более показателям (25-33%). Установлено, что такие изменения в большинстве случаев связаны со снижением количества лактобактерий (до 94,7%) и сопровождается преимущественно повышением содержания кокковых форм микроорганизмов и снижением общего количества кишечной палочки.

Кроме того, в рамках настоящей работы выявлено широкое распространение факторов, способствующих персистенции эшерихий, высеянных из организма больных дисбиозом. Установлено, что все изученные штаммы (100%) обладали одним или двумя персистентными признаками. У подавляющего большинства микроорганизмов определялась АЛА – $91,74 \pm 0,11\%$ (100) и АИА – $77,06 \pm 0,69\%$ (84). Средняя величина антилизоцимного признака у эшерихий, колонизирующих кишечник больных дисбактериозом, составила $3,34 \pm 0,11$ мкг/мл, что достоверно выше, чем таковая эшерихий в микрофлоре практически здоровых людей – $1,58 \pm 0,09$ мкг/мл ($p < 0,05$).

Увеличение АЛА у эшерихий, выделенных из кишечника при дисбактериозе, объясняется тем, что при таком биоценозе наблюдается воспалительное состояние слизистой оболочки кишечника, что сопровождается повышением концентрации эндогенного лизоцима, усиленно секретируемого экзокриноцитами толстой кишки в ответ на колонизацию пищеварительного тракта условно-патогенными микроорганизмами. Кроме того, осваивая экологическую нишу, условно-патогенные микроорганизмы вырабатывают сами лизоцим, необходимый для формирования биоценоза, что приводит к компенсаторному увеличению антилизоцимной активности у представителей индигенной флоры.

Наиболее оптимальным подходом при выборе и использовании в медицинской практике средств на основе пробиотических микроорганизмов является моделирование симбиотических ассоциаций с участием лактобактерий, адекватных микробиоценозу индивидуума с учетом его возрастного статуса. Для выбора перспективных пробиотиков необходимо проводить системный анализ селекции штаммов, способствующий максимальному приближению к естественному микробиоценозу. Учитывая полирезистентность штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам и пробиотикам при дисбактериозе кишечника важны варианты как регионального, так и индивидуального подбора лактобактерий, что будет способствовать повышению эффективности пробиотических препаратов.