

структур; у 32 (30%) признаки дисфункции стволовых структур; у 5 (4,7%) обнаружена локальная активность; у 2 (1,9%) детей – специфическая эпилептиформная активность. Из них у 28 (26%) детей снижен порог судорожной готовности. У 29 (27%) на электроэнцефалограмме – норма.

Выводы

1. Данные исследования свидетельствуют, что отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, урогенитальная инфекция у беременных женщин влияют на поражение ЦНС в период внутриутробного развития плода, с последующими изменениями со стороны нервной системы, проявляющиеся в различном возрасте у детей.

2. Нейросонография и электроэнцефалография являются доступными, достаточно информативными методами, позволяющими своевременно выявить различные изменения головного мозга у новорожденных, детей младенческого и старшего возраста, что позволяет осуществлять и диспансерное наблюдение за лечением у новорожденных, грудных детей, детей старшего возраста.

Список литературы

1. Зубарева Е.А., Улезко Е.А. Нейросонография у детей раннего возраста. – М.: НИИ неврологии РАМН, 2003. – 188 с.
2. Колкер И.А., Михайленко В.Е., Шмакова И.П. Детский церебральный паралич. Инструментальная диагностика. Лечение – О.: Пласке ЗАО, 2006. – 312 с.
3. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология. – М.: МИА, 2002. – 416 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ральченко Е.С., Чепис М.В.,
Умутбаева М.К., Ральченко И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, e-mail: i.ralchenko@mail.ru

Актуальность. Ранее установлено, что связь между состоянием щитовидной железы и гемостазом является двусторонней: первично возникающие изменения в гемостазе сказываются на функции щитовидной железы, а первично вызываемые изменения функциональной активности щитовидной железы влекут за собой гемостатические сдвиги [А.Ш. Бышевский, 2006]. Так показано, что экзогенная гипергепаринемия угнетает способность щитовидной железы накапливать йод [Ф.Н. Киричук, 1975], а тиреоидэктомия сопровождается фазными изменениями уровня гепарина [С.А. Георгиева, 1973]. Такое представление согласуется со сведениями о состоянии свертываемости при гипотиреозе. С.А. Георгиева (1969), А.И. Гурьянова (1973) находили при гипотиреозе и атиреозе гипокоагулемию, обусловленную снижением концентрации факторов I, V, и VII, а также повышением уровня гепарина. У большей части пациентов

с явлениями тиреотоксикоза находили пониженный уровень протромбина, у меньшей части – снижение уровня факторов I, V и VII, снижение количества тромбоцитов в периферической крови и изменение их функциональной активности, удлинение времени рекальцификации, активацию фибринолиза, снижение концентрации фибронектина. Вместе с тем, описанная выше совокупность гемостазиологических сдвигов не исключает и гипокоагулемии, обусловленной ускоренным потреблением циркулирующих прокоагулянтов. Со снижением числа тромбоцитов согласуются полученные значительно позже данные о повышении при гипертиреозе их способности к агрегации [Masunaga e.a., 1997], данные о снижении агрегационной активности тромбоцитов при гипотиреозе, а также тот факт, что по достижении эутиреоза способность тромбоцитов к агрегации восстанавливается [Silberbauer e.a., 1977]. Kuhn e.a. [1984] не находили изменения активности тромбоцитов при увеличенном содержании тиреоидных гормонов в крови. Неизменной сохранялась у больных и активность тромбоцитарной моноаминоксидазы, активация которой является признаком перехода тромбоцитов в активную форму. Позволим себе детальнее остановиться на результатах наблюдений агрегационной активности тромбоцитов при дисфункции щитовидной железы. Целью нашей работы явилось – изучение агрегационной активности тромбоцитов при гипотиреозе (субклиническом и манифестном) и диффузном токсическом зобе. Материалы и методы. В данной работе представлены результаты клинко-лабораторного исследования 40 пациентов с гипофункцией щитовидной железы и 20 пациентов с диффузным токсическим зобом. Для решения поставленных задач нами были использованы биохимические методы исследования. Для оценки агрегационной функции тромбоцитов у пациентов использовали агрегометр «Биола», устанавливая на агрегограммах значения максимальной агрегации (МА). Расшифровывая агрегограммы, устанавливали: значение максимальной агрегации (МА), максимальную скорость агрегации, максимальный размер тромбоцитарных агрегатов (МРА) оценивали по результатам их динамического измерения на агрегометре. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) по Г.Н. Детинкиной и др. (1984 а, б). Содержание тромбоцитов определяли унифицированным методом [В.В. Меньшиков и др., 1987]. В качестве группы сравнения использовалась группа здоровых доноров в количестве 40 человек. Результаты. По данным исследования установлено, что отмечается удлинение АЧТВ, отражающее наклонность к гипокоагуляции, снижение общего количества тромбоцитов и их агрегационной активности. Несколько заметнее снизилась спонтанная агрегация тромбоцитов,

АДФ – индуцированная агрегация, скорость образования агрегатов и максимальное значение величины тромбоцитов. Еще более выраженными были показатели у больных диффузно токсическим зобом: наблюдалось ослабление тромбоцитарного компонента гемостаза (снижение общего количества тромбоцитов максимального значения величины тромбоцитов, значительное снижение скорости достижения максимального значения величины тромбоцитов и их агрегационной активности. Выводы. Наши данные подтверждают, что при дисфункции щитовидной железы наблюдается постоянное напряжение гемокоагуляционных процессов, выражающееся развитием признаков ДВС-синдрома с хроническим течением, данные изменения проявляются более глубоко у больных с диффузным токсическим зобом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Сущенко А.В., Лепёхина О.А., Лепёхина Л.И.

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Воронеж, e-mail: olgastorm@inbox.ru*

Исследование проводилось с 2009 по 2011 годы в школах города Воронежа, расположенных в разных районах, и включало оценку состояния тканей десны у 1282 детей (из них 611 девочек и 671 мальчик) в возрасте от 6 до 17 лет, которые были разделены на следующие группы: I – младшая группа (6–9 лет); II – средняя группа (9–12 лет); III – старшая группа (12–17 лет). Для исследования были использованы общепринятые в пародонтологии методики.

По итогам проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

- Патология пародонта у школьников города Воронежа в различных возрастных группах встречается у 64,1–94,1 % из них, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии профилактической работы с этой категорией населения, наличии общих и местных факторов, влияющих на ее возникновение и развитие.

- Среди этиологических факторов риска ведущую роль играет плохая гигиена полости рта, аномалии зубочелюстной системы, высокая распространенность кариеса, соматические заболевания, несбалансированное питание, неблагоприятная экологическая обстановка.

- Уровень гигиенических знаний детей и их родителей требует коррекции, как и степень мотивации в сохранении стоматологического здоровья, как составной части здоровья всего организма.

- В структуре патологии тканей пародонта учащихся школ ведущее место занимает хронический катаральный гингивит (62,6%),

с возрастом увеличивается не только распространенность патологии пародонта, но и ее интенсивность. У детей старшей возрастной группы появляются признаки пародонтита (5,5 %).

- Для улучшения пародонтологического статуса школьников необходима интегрированная программа взаимодействия врачей (школьных стоматологов, ортодонт, стоматологов-хирургов, педиатров, эндокринологов и др. специалистов), медицинских работников среднего звена (гигиенистов стоматологических), а также родителей учащихся и учителей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРУКСИЗМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Фелькер Е.В., Винокур А.В., Мисник Ю.В.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru*

Бруксизм – пароксизмальный скрежет зубами, возникающий вследствие спазма жевательных мышц, стискивания челюстей и их интенсивного движения относительно друг друга. Данное заболевание может возникнуть у любого человека и в любом возрасте. В основе развития бруксизма может лежать комплекс различных причин и их сочетание, и именно поэтому данное патологическое состояние изучается не только в рамках стоматологии, но также психологии, неврологии, отоларингологии, гастроэнтерологии.

Цель исследования – выявить распространенность бруксизма среди населения Курской области, провести анализ заболеваемости и обрабатываемости в зависимости от возраста и пола.

Исследования проведены у 116 больных, которые получали лечение в ОСП г. Курска, в возрасте от 20 до 65 лет.

К началу обследования больные находились в следующих возрастных группах: 20–29 лет – 10 (8,6%), 30–39 лет – 20 (17,2%), 40–49 лет – 35 (30,2%), 50–59 лет – 36 (31%), 60 лет и старше – 15 (12,9%).

У 42 больных (36%) были отмечены те или иные признаки бруксизма. Из них 17 (40,5%) больных отмечали, что «ночным скрежетанием» страдают с раннего детства, 18 (42,9%) имели давность появления признаков заболевания до 10 лет и только 7 больных (16,6%) – 1–2 года. 23 пациента заметили первые признаки заболевания после перенесенного стресса: сотрясение головного мозга – 31,3%, профессиональный стресс – 56%, испуг – 43,7%, инфекционное заболевание с подъемом температуры до 40 °С – 31,4%, токсикоз – 23,1%, стрессы в семье – 18,6%, поступление и обучение в вузе – 4%.

В структуре основных жалоб больных бруксизмом наибольший удельный вес занимает хруст и щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – 76%, периодические болевые ощущения в области ВНЧС – 84%,