

Уровни агрегации тромбоцитов и фактора Виллебранда при разной степени ДСТ представлены в таблице.

При изучении агрегатограмм у женщин, планируемых на гистерэктомию по поводу ПГ, мы выявили снижение уровня агрегации тромбоцитов со всеми индукторами. Так, средний уровень агрегации, индуцированной коллагеном в дозе 20 мг/мл составил $50,5 \pm 2,5\%$ ($t=-0,121$, $p=0,904$), индуцированной АДФ 5мМ – $51,7 \pm 3,1\%$ ($t=0,401$, $p=0,690$), а индуцированной ристомиином в дозе 1,2 мг/мл – $61 \pm 2,3\%$ ($t=0,344$, $p=0,732$). При сравнении с группой здоровых женщин по агрегации тромбоцитов выявлены достоверные различия ($t=-6,139$, $t=-4,984$, $t=-5,255$ соответственно, $p<0,01$). Уровни агрегации тромбоцитов были наименьшими у пациенток с тяжелой ДСТ. Среднее значение уровня фактора Виллебранда составило $55 \pm 2,3\%$, в

группе здоровых женщин – $78,9 \pm 2,8\%$ ($t=-6,255$, $p<0,01$).

Отмечаемая в наших наблюдениях повышенная кровоточивость связана именно со снижением функциональной активности тромбоцитов – дизагрегационной тромбоцитопатией – согласно классификации нарушений гемостаза при ГМД по З.С. Баркагану и Г.А. Сухановой [7].

Заключение

Таким образом, изучение показателей СТГ у женщин с ПГ позволило выявить характерные особенности первичного гемостаза, сущность которых сводится к супрессии процесса активации и дальнейшего функционирования тромбоцитов в зависимости от степени фенотипической выраженности ДСТ и уровня деградации коллагена, что необходимо учитывать при построении тактики лечения у данного профиля больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С., Суханова Г.А. Геморрагические мезенхимальные дисплазии: новая классификация нарушений гемостаза // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2004. – №1. – С. 58-60.
2. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Гришин В.Л., Сенчакова Т.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий // Акуш. и гин. – 2001. – №3. – С 39-43.
3. Карслиева М.В. Эндотелиально-тромбоцитарная дисфункция у молодых пациентов с дисплазией соединительной ткани: Дис...канд. мед. наук. – Ставрополь, 2006.
4. Мамаева А.В., Яшук А.Г. Причины постгистерэктомического пролапса гениталий // Мать и дитя в Кузбассе. – 2005. – №4 (23). – С. 8-12.
5. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В. и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // Клиническая медицина. – 2003. – №8. – С. 42-47.
6. Суздальцев А.М., Коржук М.С., Чесноков А.С. Алгоритм диагностики и лечения пациентов с закрытой травмой груди на фоне дисплазии соединительной ткани // Казанский медицинский журнал. – 2007. – №5 (17). – Т.88. – С. 148-150.
7. Суханова Г.А. Клиника, диагностика и коррекция геморрагического и тромботического синдромов при мезенхимальных дисплазиях: Дис...д-ра мед. наук. – Барнаул, 2004.
8. Deval B., Raffi A., Poilpot S. et al. Pralapse in the young woman: Study of risk factors // Gynaec. Obstet. Fertil – 2002. – vol. 30. – №9. – P.673-676.

УДК 616.831-005-08(07)

© А.С. Рахимкулов, Н. А. Борисова, В. П. Качемаев, Г. Н. Аверцев, 2009

А.С. Рахимкулов, Н. А. Борисова, В. П. Качемаев, Г. Н. Аверцев ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНОМ

Башкирский Государственный Медицинский университет, г. Уфа, Башкортостан, Россия

Эндоназальный электрофорез с церулоплазмином больным с цереброваскулярной патологией оказывает положительное влияние на гемодинамику, биоэлектрическую активность мозга, благоприятно воздействует на липидный обмен и функциональное состояние центральной нервной системы, уменьшает выраженность неврологического дефицита.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, церулоплазмин, эндоназальный электрофорез.

A.S. Rahimkulov, N.A. Borisova, V.P. Kachemaev, G.N. Avertsev THE ORGANISATION ASPECTS AND RESULTS OF TREATMENT OF INITIAL FORMS CEREBROVASCULAR DISEASES WITH CERULOPLASMIN

Endonazal electrophoresis with ceruloplasmin makes a positive effect on haemodynamics, bioelectric activity of the brain and has a productive action on the lipid metabolism of the central nervous system and decreases expressiveness of neurological deficiency in patients with cerebrovascular pathology.

Key words: cerebrovascular diseases, ceruloplasmin, endonazal electrophoresis

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) занимают одно из ведущих мест в структуре заболе-

ваемости, нарушения трудоспособности и смертности (Верещагин Н. В., Варакин Ю. Я., 2001, Гу-

сев Е. И., 2001). Ранние клинические формы нарушения кровообращения головного мозга (РКФНКМ) являются часто встречающимся неврологическим состоянием, влияющим на творческую активность, работоспособность и качество жизни. На сегодня масса хороших, эффективных медикаментов способных корригировать возникшие изменения в организме, но не всегда доступны или метод их применения не комфортный. Используя физиотерапевтические приемы введения лекарственных препаратов, можно в какой-то степени устранить данные затруднения. Так, под действием электрического тока лекарственные препараты при эндоназальном введении проникают через слизистую оболочку носа, передвигаясь переневрально и по лимфатическим путям, поступают в ликвор субарахноидального пространства и оказывают действие, прежде всего на гипоталамус (Найдин В.Л., Кротков О.А., 1993).

Основной целью проведенного нами исследования явилось организация проведения и изучение эффективности лечения РКФНКМ методом эндоназального электрофореза с церулоплазмином - препарата медьсодержащего фермента альфа-глобулиновой фракции сыворотки крови. Нами было проведено динамическое изучение действия церулоплазмينا у 80 больных с начальными проявлениями нарушения мозгового кровообращения (36) и дисциркуляторной энцефалопатией I-II степени (44), средний возраст которых - 46 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц и 10 человек группа сравнения с начальным проявлением нарушения мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией, которые принимали эндоназально электрофорез 0,9% хлористого натрия. Каждый больной до и после лечения тщательно обследовался клинически с оценкой общего состояния, неврологического статуса. Проведено: нейропсихологическое обследование со стандартизированной оценкой когнитивных нарушений; гемодинамических показателей (артериального давления, показателей реовазографии и реоэнцефалографии на компьютерном реографе "Рео-Спектр" фирмы "НейроСофт": ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и транскраниальная доплерография (ТКДГ) магистральных артерий головы (МАГ) выполнялись на ультразвуковых доплеровских системах «Sonicaid Vasonflo 4» (фирма «Oxford Sonicaid», Англия) и «Companion» (фирма «EME-Nicolet», Германия-США); ультразвуковое доплеровское сканирование (УДС) - на ультразвуковом сканере «Sonoline SI 450» (фирма «Siemens», Германия). Для регистрации биоэлектрических потенциалов мозга использовали 16-ти канальный энцефограф (производство Венгрии). С оценкой полученных результатов пользовались классификацией (Жирмунская Е.А., Колтовер А.Н., 1967) с характеристикой альфа -, бета -, медленно - и быстроволновой активности. Оценивались следующие доплерографические параметры : линейная скорость кровотока (ЛСК), пульсационный индекс (ПИ) (R.G.Gosling, 1974), характеризующий уровень циркуляторного

сопротивления дистального русла; коэффициент реактивности на гиперкапнию (Кр +)(Б.В. Гайдар, 1989г.), характеризующий вазодилататорный резерв; коэффициент реактивности на гипоканию (Кр -) (Б.В. Гайдар, 1989г.), характеризующий вазоконстрикторный резерв; индекс вазомоторной реактивности (ИВМР) (E.B.Ringelstein et al., 1989г.), характеризующий диапазон метаболической реактивности сосудов головного мозга. УЗ маркером атеросклеротического поражения МАГ служили уплотнения и утолщения более 1 мм комплекса интима-медиа.

Церулоплазмин вводили методом эндоназального электрофореза, ежедневно с продолжительностью курса 10-15 дней, в течении которых другие методы были исключены. Эндоназальный электрофорез 2% раствором церулоплазмينا проводили с обоих полюсов поочередно, силу тока увеличивали с 0,5 мА на первой процедуре до 2 мА на пятой и далее с этой силой; продолжительность процедуры увеличивают с 10 до 20 минут.

Лечение больные переносили хорошо, побочных действий не выявлено. Большинство пациентов (80%) имели положительный эффект в виде: уменьшения выраженности общей слабости, головной боли, головокружения, шума в голове, вегетативной дисфункции, улучшилась память, работоспособность. наметилась тенденция к нормализации артериального давления, реоэнцефалографических показателей. Так, в 65 % отмечена нормализация ответных реакций на функциональные пробы. Электроэнцефалографически отчетливо отмечено усиление выраженности альфа-ритма и уменьшение выраженности медленных волн. Динамика показателей крови - содержание эритроцитов, лейкоцитов, гемоглобина, СОЭ не выявлено, но отчетлива тенденция снижения холестерина. У больных дисциркуляторной дистонией снижена выраженность неврологического дефицита. Существенная положительная динамика отмечена по показателям ультразвукового исследования кровоснабжения мозга.

Анализ доплерографических параметров мозгового кровообращения в основной группе и контроле показал, что достоверных различий скоростных характеристик и уровня сопротивления резистивного русла мозгового кровообращения у больных с РКФНКМ в сравнении с контролем не определялось; наиболее существенные сдвиги у больных с РКФНКМ в сравнении с контролем отмечаются в системе ауторегуляции; диапазон метаболической реактивности при РКФНКМ сужается преимущественно за счет вазодилататорного резерва; сдвиги в метаболическом контуре регуляции более выражено определялись после 40 лет. После лечения отмечалось расширение диапазона вазомоторной реактивности мозговых сосудов преимущественно за счет увеличения вазодилататорного резерва; наиболее выраженный эффект лечения наблюдался у больных с РКФНКМ в возрасте до 40 лет. Сдвиги в системе ауторегуляции наиболее выражено отмечались у больных с РКФНКМ до 40 лет.

Следует отметить, что лучшие результаты получены с начальной недостаточностью мозгового кровообращения и при дисциркуляторной энцефалопатией I степени и в более молодом возрасте.

Катамнестическое изучение показало стойкость терапевтического эффекта, многие больные в течение 4-6 месяцев обращались с просьбой повторить курс лечения.

Данный метод лечения (эндонозальный электрофорез с церулоплазмином) больных с це-

реброваскулярной патологией оказывает положительное влияние на гемодинамику, в том числе влияя на ауторегуляторную систему МК, биоэлектрическую активность мозга, благоприятно воздействует на липидный обмен и функциональное состояние центральной нервной системы, уменьшает выраженность неврологического дефицита, что позволяет рекомендовать его в неврологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вережагин Н. В., Варакин Ю. Я. Регистр инсульта в России; результаты и методологические аспекты проблемы. // «Инсульт»- приложение к журналу «Неврология и психиатрия им. С. С. Корсакова» // 2001г., вып. 1, с. 34-40.
2. Гайдар, Б.В. Принципы оптимизации церебральной гемодинамики при нейрохирургической патологии головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1989. – 46 с.
3. Гусев Е. И. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования. М. 2001г.
4. Жирмунская Е.А., Колтовер А.Н. Атлас по электроэнцефалографии и морфологии мозгового инсульта. М. Медицина, 1967., с. 5-10
5. Найдин В.Л., Кротков О.А. «Электрофорез церебролизина в коррекции психических дефектов нейрохирургических больных» // Вопросы нейрохирургии-1993.-№4.с.28-30.
6. Gosling, R.G. Arterial assessment by Doppler shift ultrasound / R.G. Gosling, D.H. King // Proc. Roy. Soc. Med. - 1974. – Vol. 67. – P. 447-449.
7. Ringelstein, E.B. A Practical Guide to Transcranial Doppler Sonography / E.B. Ringelstein // Noninvasive Imaging of Cerebrovascular Disease. – Aachen: Alan R. Liss, Inc., 1989. – P. 75-121.

УДК 616.314 – 007.1 – 036 – 053.2 (-201) (470.57)

© С.В. Чуйкин, С.В. Аверьянов, 2009

С.В. Чуйкин, С.В. Аверьянов

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ СТЕРЛИТАМАКЕ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Проведено эпидемиологическое стоматологическое обследование 1170 детей в возрасте от 6 – ти до 16 – ти лет, проживающих в городе Стерлитамак. Выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий (57,86%). Определены факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий в разные периоды формирования зубочелюстной системы.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, факторы риска, эпидемиология.

S.V. Chuikin, S.V. Averyinov

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF DENTITION ABNORMALITIES IN CHILDREN LIVING IN STERLITAMAK

Epidemiological dental examination of 1170 children aged from 6 to 16 who live in the town of Sterlitamak has been performed. High incidence of dental anomalies (57, 86 %) has been revealed. Risk factors for the occurrence of dental anomalies at various periods of the dentition formation have been determined.

Key words: dental anomalies, risk factors, epidemiology.

Причиной увеличения распространенности зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и деформаций у детей является существование устойчивых факторов, способствующих формированию этой патологии и поддерживающих стабильный уровень ее у населения (Образцов Ю.Л., 1994, Ромашина Л.Г., 1997, Чабан А.В., 1999, Смердина Л.Н., 2001, Сунцов В.Г., 2005). Только устранив наиболее значимые факторы, влияющие на возникновение зубочелюстных аномалий и деформаций, можно снизить их распространенность. На формирование

данной патологии может оказывать влияние большое количество антенатальных и постнатальных факторов риска (Сунцов В.Г., 2005).

Целью исследования явилось изучение распространенности ЗЧА и факторов риска их возникновения с учетом периодов формирования зубочелюстной системы.

Материал и методы

Нами было проведено эпидемиологическое стоматологическое обследование 1170 детей в возрасте от 6-ти до 16-ти лет, проживающих в городе