

юнктивит, который выражается в покраснении, слезотечении, иногда припухлости и нагноении.

На органы пищеварения могут оказывать действие лишь некоторые токсические пыли, которые, попав туда даже в относительно небольшом количестве, всасываются и вызывают интоксикацию (отравление). Нетоксические пыли какого-либо заметного неблагоприятного действия на органы пищеварения не оказывают.

Действие пыли на верхние дыхательные пути сводится к их раздражению, а при длительном воздействии – к воспалению. В начальных стадиях оно проявляется в виде першения в горле, кашля, отхаркивания грязной мокротой. Затем появляется сухость слизистых, сокращение отделения мокроты, сухой кашель, хрипота; в некоторых случаях при воздействии пыли химических веществ могут появиться изъязвления слизистой оболочки носа.

Длительное воздействие цементной пыли чаще всего приводит к развитию бронхита, пневмокониозы развиваются редко и только при особых условиях (большая запыленность, высокое содержание в пыли свободной двуокиси кремния). Пневмокониозы от вдыхания пыли цемента

чаще относятся к интерстициальному типу, не склонному к прогрессированию (относительно доброкачественные силикатозы). Только в редких случаях – при изготовлении некоторых сортов цемента, содержащих большие количества свободной двуокиси кремния (пуццолановый, кислотоупорный, кладочный), речь может идти о пневмокониозе, близком к силикозу.

Большое число научных работ посвящено изучению влияния цементной пыли на состояние здоровья рабочих цементной промышленности. При этом одни исследователи обращают внимание на преобладание у рабочих цементных заводов атрофических и реже гипертрофических ринитов, ларингитов, трахеитов над другими заболеваниями верхних дыхательных путей; другие указывают на большую заболеваемость рабочих бронхитом и эмфиземой. Это разнообразие в данных ученых, по-видимому, объясняется воздействием на дыхательные пути обследуемых различных марок цемента. Несмотря на различие мнений о воздействии цементной пыли на организм человека необходимо повышать эффективность систем обеспыливания (аспирации) цементной промышленности.

*«Гомеостаз и инфекционный процесс»,  
Египет (Хургада), 20-27 февраля 2012 г.*

*Медицинские науки*

**РОЛЬ ДИСБАЛАНСА  
ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ  
СИСТЕМЫ ТРОМБОЦИТОВ  
КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ  
ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
У БОЛЬНЫХ КРЫМСКОЙ  
ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ**

Лазарева Е.Н., Мирекина Е.В., Хок М.М.

*Астраханская государственная медицинская  
академия, Астрахань,  
e-mail: elniklazareva@yandex.ru;  
Областная инфекционная клиническая  
больница, Астрахань*

По многочисленным литературным источникам существуют факты влияния ПОЛ на состояние гемостаза через тромбоциты, активность которых поддерживается системой синтеза простагландинов, моделирующих состояние этих клеток. Однако, течение и исход любого инфекционного процесса во многом зависит от компенсаторных возможностей организмы, в том числе и от состояния антиоксидантной защиты в условиях окислительного стресса (АОС).

**Цель исследования.** Определить зависимость функциональной активности тромбоцитов от баланса между перекисным окислением липидов и антиоксидантным потенциалом тромбоцитов при КГЛ.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной задачи проводилось клиничко-лабораторное наблюдение 48 больными КГЛ, средний возраст которых составил  $44,5 \pm 1,8$  год на базах Астраханской государственной медицинской академии и областной инфекционной клинической больницы г. Астрахани. По наличию клинической симптоматики геморрагических проявлений все больные были разделены на 2 группы: с геморрагическим (68%) и без геморрагического синдрома (32%). Количество тромбоцитов венозной крови и их агрегационную способность определяли на анализаторе НФП БИОЛА (модель 230LA). Функциональная активность кровяных пластинок под влиянием АДФ (2,5 мкМоль) оценивалась по степени (V%) и скорости (S%) агрегации. Состояние оксидантно – антиоксидантных процессов оценивалось по уровню малонового диальдегида (МДА) и активности каталазы плазмы и тромбоцитов на спектрофотометре ПЭ5300.

**Результаты исследования.** Среди наблюдаемых больных геморрагический синдром проявлялся в виде: геморрагической сыпи (54%), носовых (16%), десневых (32%), маточных (5%), желудочно-кишечных (11%), постинъекционных кровотечений (41%), кровоточивости из слизистых ротовой полости (7%), спонтанных гематом (6%).

В момент поступления у всех больных первой группы (на 7-й день болезни) регистрировали тромбоцитопению до  $37,85 \cdot 10^9$ /л. При этом функциональная активность кровяных пластинок отсутствовала в 52% случаев или была снижена, так как степень агрегации и скорость составляли  $3,66 \pm 0,624$  и  $4,8 \pm 0,45$  соответственно в сравнении с контрольными значениями ( $24,3 \pm 1,4$  и  $14,3\% \pm 1,2$ ). Уровень МДА в тромбоцитах повышался в 6 раз, но при этом активность каталазы снижалась в 1,6 раза. В плазме соотношение между изменениями этих показателей существенно не изменялось.

У больных без клинических проявлений геморрагического синдрома наблюдалась умеренная тромбоцитопения – в среднем до  $99,17 \pm 0,9$ . Однако, в большинстве случаев кровяные пластинки под влиянием АДФ активизировались на непродолжительное время, так как степень ( $8,18 \pm 2,15$ ) и скорость агрегации ( $14,3\% \pm 1,2$ ) не достигала контрольных значений. Показатель МДА в тромбоцитах повышался в 3 раза, но активность каталазы была такой же, как и в первой

группе. В плазме процессы липопероксидации возрастали в 2 раза, при этом уровень каталазы снижался в 1,4.

Анализ полученных данных позволил отметить разницу в соотношениях увеличения МДА и снижения активности каталазы в тромбоцитах и плазме в зависимости от клинических проявлений геморрагического синдрома у наблюдаемых больных. В результате в тромбоцитах показатель соотношения увеличения МДА к снижению активности каталазы в первой группе был равен 3,9, а во второй – 1,04, при этом в плазме он существенно не изменялся и составлял 1,9 и 1,4 соответственно.

Таким образом, дисбаланс оксидантно-антиоксидантной системы у больных КГЛ может быть важным фактором, влияющим на снижение агрегационной активности тромбоцитов, что является пусковым механизмом в развитие геморрагического синдрома. Расчет показателя соотношения увеличения МДА к снижению активности каталазы можно использовать как прогностический критерий возникновения геморрагического синдрома.

*«Современные наукоемкие технологии»,  
Египет (Хургада), 20-27 февраля 2012 г.*

*Медицинские науки*

**ПРИМЕРНАЯ ПРОПИСЬ БРЕКЕТОВ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ  
ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ОБЛАСТИ В ПЕРИОДЕ ПРИКУСА  
МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ**

Дмитриенко С.В., Шаваша Ибрагим Н.А.,  
Иванова О.П., Вологина М.В.,  
Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный  
медицинский университет, Волгоград,  
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

Существует достаточное количество исследований с указанием величины торка и ангуляции для каждого постоянного зуба в системах эджуайз-техники: Александера, Эндрюса, Бурстоне, Хасунда, Хильгерса, Рикеттса, Дэймона.

Несмотря на то, что применение техники-эджуайз в период прикуса молочных зубов является спорным вопросом биомеханики, появляются работы, указывающие на возможность ее применения при лечении детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба. При этом указано, что несъемная аппаратура оказывает минимальное воздействие на зубы и стабилизирует положение фрагментов челюстных костей. В тоже время, мы не встретили информации о прописи брекетов для лечения детей с врожденной патологией, и, в частности, при односторонней расщелине губы и неба.

В связи с этим, задачей нашего исследования было определение торка и ангуляции мо-

лочных зубов, как при физиологической окклюзии, так и при односторонней расщелине губы, альвеолярного отростка и неба, что может быть использовано при создании брекетов для лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

Нами было изучено 86 пар гипсовых моделей челюстей, полученных у детей 3–5 летнего возраста. Из них 62 пары моделей челюстей принадлежали детям с физиологической окклюзией молочных зубов и 24 пары моделей с односторонней расщелиной верхней губы и неба. Измерения проводились с учетом анатомических особенностей строения молочных зубов

Результаты исследования показали, что для каждого зуба верхней и нижней челюсти, при физиологической окклюзии молочных зубов, углы ангуляции и инклинации были различными и определяли индивидуальность их расположения в челюстных костях.

Выявлено, что при односторонней расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба углы инклинации и ангуляции для каждого зуба верхней челюсти имели достоверные отличия по сравнению с физиологической нормой.

На основании полученных данных, нами предложена пропись брекетов для молочных медиальных и латеральных резцов верхней челюсти с величиной торка  $2,5^\circ$  и ангуляцией  $1^\circ$ . Для верхних клыков брекеты с величиной торка «–»  $7,5^\circ$  и ангуляцией  $2,5^\circ$ . Для первого и второ-