

провоспалительных цитокинов может стать причиной бактериально-токсического шока и летального исхода. Для избежания избыточных проявлений системного воспаления в организме включаются механизмы негативного контроля, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и растворимых ингибиторов провоспалительных цитокинов, что подавляет системную воспалительную реакцию и приводит к восстановлению гомеостаза. При чрезмерной и длительной выработке противовоспалительных цитокинов происходит угнетение иммунитета, иммунодепрессия способствует персистенции бактериального патогена, присоединению нозокомиальной инфекции, ослаблению дезинтоксикационного потенциала организма и формированию полиорганной недостаточности.

Целью нашего исследования явилось: определить системный уровень участвующих в регуляции фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов цитокинов: ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12p70, ИЛ-12p40 в динамике послеоперационного периода.

Материалы и методы: исследовали сыворотку крови больных после проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ) на 1,5, 10 сутки (45 человек) и на 1, 5 сутки после оперативного лечения перитонита (20чел.). Котролем служили 15 здоровых доноров.

Уровень исследуемых цитокинов определяли иммуноферментным методом с использованием специальных реактивов R & D diagnostics Inc. (США).

Результаты: У кардиохирургических больных и у больных, прооперированных по поводу перитонитов уровень ИЛ-8 и ИЛ-10 был повышен. При этом, максимальные их цифры наблюдались у кардиохирургических больных в 1 сутки, с постепенным уменьшением к 10 суткам, в отличие от группы больных, с послеоперационным лечением перитонитов, где максимальные цифры перечисленных цитокинов наблюдались в 5 сутки. Уровень ИЛ-12p70 в обеих группах был достоверно ниже нормы, с минимумом его показателей к 5 суткам в обеих группах, с тенденцией к повышению к 10 суткам у кардиохирургических больных. Показатели ИЛ-12p40 у больных после аортокоронарного шунтирования были близки к нормальным, с тенденцией к повышению к 10 суткам, в отличие от больных, прооперированных по поводу перитонитов, где уровень данного цитокина достоверно превышал норму с повышением показателей к 5 суткам.

Таким образом: у хирургических больных, регистрируется повышение уровня нейтрофильного хемотаксанта ИЛ-8, с одновременным увеличением противовоспалительного ИЛ-10, угнетением ИЛ-12p70 – регулятора клеточного иммунного ответа, повышением уровня ИЛ-12p40 (аутокринного ингибитора ИЛ-12p70), что позволяет углубить представление о механизмах патогенеза иммунных нарушений под воздействием хирургической операции.

### САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ЛИЦ ИНЕРТНОГО СМЕШАННОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА ПРИ ВОСПРИЯТИИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ЭТАЛОНА

Умеренкова Н.С., Гулина Ю.В., Ващенко Л.М.  
Центрально-Черноземный НЦ РАМН, Курский государственный медицинский университет, Курск

В Центрально-Черноземном НЦ РАМН ведутся исследования психофизиологических факторов риска психосоматических расстройств (А.В. Завьялов, В.В. Плотников, Л.А. Северьянова). В основу исследования положена гипотеза о существовании акцентуированных психобиологических типов людей, склонных к различным психосоматическим заболеваниям. Эти люди сочетают значительно усиленные (акцентуированные) свойства темперамента и связанные с ними акцентуированные биологические характеристики организма. Д.В. Плотниковым был разработан тест акцентуации свойств темперамента, с помощью которого были выделены 7 типов акцентуаций свойств темперамента – гипертимно-активный нестабильный, дистимно-пассивный нестабильный, инертный нестабильный, гипертимный, дистимный, инертный и эмоционально-нестабильный.

Цель нашего исследования – изучить с позиций теории функциональных систем П.К. Анохина особенности саморегуляции восприятия линейных размеров лицами с инертным смешанным акцентуированным типом в спокойном состоянии и состоянии предэкзаменационного психоэмоционального напряжения.

Исследование выполнено на студентах КГМУ в возрасте 18-26 лет (12 мужчин и 12 женщин). Методика проводилась следующим образом. На экране монитора компьютера появлялась горизонтальная линия, размером 10 см, на 5 секунд. Затем она уменьшалась до 1 см. Испытуемый нажатием на клавишу должен был восстанавливать эталонный размер линии. Тестирование проводилось при следующих условиях – без применения обратной связи (саморегуляция по внутренним связям), с обратной связью (саморегуляция по внешней обратной связи) и ложной обратной связью, когда критерий оценки эталона, без ведома испытуемого, увеличивали на индивидуальную величину средней ошибки при выполнении заданий с обратной связью. Перед контрольными заданиями выполнялись 4 тренировочных. В методике с ложной обратной связью пробных заданий не было. Всего заданий в тесте было 50. Показатели саморегуляции оценивались по 14 параметрам, разделенным на 5 групп: точность, стиль, обучаемость, пластичность саморегуляции и чувствительность к обратной связи

Без обратной связи в общей группе повышалась точность саморегуляции ( $p < 0,05$ ), совершенствовался стиль ( $p < 0,05$ ). У мужчин увеличивалась точность саморегуляции ( $p < 0,05$ ). У женщин также точность саморегуляции была достоверно выше ( $p < 0,05$ ). При введении обратной связи в методике оценки линейных размеров эталона в общей группе, а также у мужчин повышалась точность ( $p < 0,05$ ), изменялся стиль ( $p < 0,05$ ), повышалась пластичность ( $p < 0,05$ ). У жен-

цин инертного смешанного типа в состоянии психоэмоционального напряжения изменялся лишь стиль ( $p < 0,05$ ) выполнения заданий. При введении ложной обратной связи в общей группе достоверно выше показатели точности ( $p < 0,05$ ), изменяется стиль ( $p < 0,05$ ), достоверно выше обучаемость ( $p < 0,01$ ). У мужчин достоверно выше точность ( $p < 0,05$ ), обучаемость ( $p < 0,01$ ), пластичность ( $p < 0,05$ ). У женщин снижается чувствительность к обратной связи ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, лица инертного смешанного акцентуированного типа при психоэмоциональном напряжении улучшают показатели саморегуляции функциональных систем психологического уровня для достижения нового полезного результата. Это является значимым для оценки степени эффективности взаимодействия субъекта с окружающей средой для целенаправленной психосоматической коррекции с целью профилактики психосоматических расстройств.

### ОБЪЕМ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Успенская О.А., Шевченко Е.А.

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Имеющиеся методы диагностики верхушечного периодонтита (ВП) часто не могут в полной мере отразить начальные изменения в периодонте, состояние его после лечения. Наиболее распространенный метод

– рентгенографический, но он не достаточно информативен, требует специального оборудования и имеет много противопоказаний для использования. Поэтому представляет интерес изучение содержимого десневого желобка, а именно, десневой жидкости (ДЖ).

Проводили определение количества ДЖ у 150 интактных зубов (РМА=0) и 120 зубов с верхушечным периодонтитом (РМА=0) в разные сроки: до лечения, через 7, 90, 180, 360 дней после лечения. Объем ДЖ высчитывался математически, учитывалась площадь пропитывания и толщина бумажной полоски.

Объем ДЖ в боковой группе интактных зубов составил  $0,0497 \pm 0,0059$ , в передней группе интактных зубов -  $0,0322 \pm 0,0071$ . Таким образом, объем ДЖ в боковой группе зубов на  $0,017 \text{ мм}^3$  превышал объем ДЖ в передней группе зубов ( $p \leq 0,05$ ).

Количество десневой жидкости в разные сроки при лечении верхушечного периодонтита представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что объем ДЖ в боковой и передней группе зубов до лечения ВП был выше объема в контрольной группе зубов. К 7, 90, 180, 360 дням наблюдалось его снижение ( $p \leq 0,05$ ). Имело место прогрессирующее уменьшение объема к 12 месяцу ( $p \leq 0,05$ ), при этом объем ДЖ, снизившись к 6 месяцу, оставался стабильным вплоть до 12 месяца.

Таким образом, лечение верхушечного периодонтита приводило к уменьшению объема десневой жидкости независимо от групповой принадлежности зуба, что может быть использовано для определения эффективности лечения верхушечного периодонтита.

Таблица 1.

Группа зубов	Число проб	Сроки до и после лечения, дни				
		До лечения	7	90	180	360
Боковая	93	$0,086 \pm 0,008$	$0,052 \pm 0,006$	$0,030 \pm 0,0038$	$0,0317 \pm 0,006$	$0,029 \pm 0,004$
Передняя	27	$0,034 \pm 0,005$	$0,021 \pm 0,004$	$0,0159 \pm 0,002$	$0,0183 \pm 0,005$	$0,012 \pm 0,002$

### ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Успенская О.А., Шевченко Е.А.

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Распространенность верхушечного периодонтита в стоматологической практике в настоящее время достаточно высока, поэтому проблема лечения данной патологии остается актуальной. Вызывает интерес анализ частоты обострений верхушечного периодонтита в процессе лечения.

Было обследовано 120 пациентов с ВП. Из них 32 мужчин и 88 женщин в возрасте от 16 до 63 лет. Осмотры проводились до лечения, через 7, 90, 180 и 360 дней после лечения.

Клинику ВП оценивали по наличию жалоб, данным внешнего осмотра, состоянию свищевого хода, появлению патологической подвижности зуба, перкуторной реакции, состоянию слизистой оболочки в

области обследуемого зуба. Учитывали также гигиеническое состояние полости рта, значение индекса РМА, рентгенологическую картину исследуемого зуба.

Наличие хотя бы одного из признаков воспалительного процесса в периодонте позволяло говорить об обострении ВП.

Наиболее часто (41,7%) обострение наблюдалось при лечении хронического гранулематозного периодонтита, на втором месте по частоте обострений – хронический гранулирующий периодонтит (24,2%), на последнем месте – хронический фиброзный периодонтит (18,2%).

Обострение ВП к 7 дню наиболее часто встречалось при использовании 3% раствора гипохлорида натрия (40 %), чуть реже – в 30 % - при обработке Creso-Spad. При применении озонированного физиологического раствора обострения имели место в 26,7 % случаев, а дистиллированной воды – в 16,7 %.

Максимальное число обострений на 7 день наблюдалось при пломбировании корневого канала