

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

цинкэвгеноловой пастой (40%), реже обострения имели место при использовании АН PLUS (32,5%) и резорцин-формалиновой пасты (12,5%).

Таким образом, наиболее часто обострение ВП к 7 дню имело место при лечении хронического гранулематозного периодонтита, а минимальное число обострений – при лечении хронического фиброзного периодонтита. Применение 3% гипохлорида натрия и цинкэвгеноловой пасты приводило к наибольшему количеству обострений ВП на 7 день, тогда как при использовании дистиллированной воды и резорцин-формалиновой пасты, наоборот, наблюдалось минимальное число обострений.

ЭНДОГЕННОЕ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Фомина Ю.В.

*Тверская государственная медицинская академия,
Тверь*

Основной задачей являлось выявление изменения характера, интенсивности эндогенного ауторозеткообразования и его участия при анафилактическом шоке.

Эксперименты проводились на 20 половозрелых кроликах, массой 2.0 – 2.5 кг, содержащихся в условиях вивария на стандартном рационе питания. Животных сенсibilизировали путем трехкратного подкожного еженедельного введения сыворотки крови свиней из расчета 1 мл/кг массы тела. Разрешающие инъекции сыворотки в дозе 1 мл/кг массы тела производились внутривенно через 7 суток после третьей сенсibilизирующей инъекции. Кровь для исследования забиралась из краевой вены уха кроликов до начала сенсibilизации и во время анафилактического шока. Мазки окрашивались по Романовскому-Гимзе. При подсчете лейкоцитарной формулы учитывались количество и характер эндогенных ауторозеток (аутоРО) в периферической крови.

До иммунизации общее количество аутоРО в периферической крови интактных кроликов составляло $1,22 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$, из них $0,63 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$ было с экзоцитарным лизисом эритроцитов. АутоРО были образованы сегментоядерными нейтрофилами, лимфоцитами, а так же тромбоцитарными агрегатами. Количество аутоРО, образованных ими колебалось в пределах $0,34 \pm 0,02$ – $0,38 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($P < 0,01$). Преобладали аутоРО с экзоцитарным лизисом. При анафилактическом шоке число аутоРО в периферической крови увеличивалось до $3,4 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$ ($P < 0,01$), при этом возрастало их содержание с экзоцитарным лизисом до $2,08 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$ ($P < 0,01$). При этом аутоРО в основном были образованы лимфоцитами, эозинофилами, базофилами и тромбоцитарными агрегатами. Количество аутоРО, образованных нейтрофилами уменьшилось до $1,6 \pm 0,21$ ($P < 0,01$). Из этих аутоРО преобладали аутоРО с экзоцитарным лизисом.

В процессе сенсibilизации в периферической крови кроликов наблюдалась активация процесса эндогенного ауторозеткообразования и усиление, происходящего в аутоРО экзоцитарного лизиса эритроцитов. При анафилактическом шоке аутоРО были об-

разованы в основном лимфоцитами, эозинофилами, базофилами и тромбоцитарными агрегатами.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Хаджимурадова А.С., Борщигов М.М., Широков Н.А.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В нейрохирургическом отделении ГКБ № 3 им. С.М. Кирова г.Астрахани проведено обследование 30 больных поступивших в 1993-1994 гг, с осложнениями черепно-мозговой травмы в возрасте от 2,4 до 67 лет: до 10 лет - 4, от 11 до 20 - 13, от 21-30 лет 5, от 31-40 лет - 4, 41-50 лет - 2, и свыше 50 лет было 2 больных. Среди них 24 мужчин и 6 женщин. Больные с сотрясением и ушибом мозга составляли около 50 %. Срок пребывания больного на койке составил в среднем 20,3 к/д. Причинами черепно-мозговой травмы явились: удар по голове, ДТП, падение с высоты роста и большей высоты. Большинство больных, 25 человек, поступили в экстренном порядке, 5 человек по направлению поликлиники. Частыми жалобами при поступлении были жалобы на головную боль, головокружение, быструю утомляемость, слабость, раздражительность, потерю сознания, тошноту, снижение памяти. В 5 случаях больные поступили в тяжелом, бессознательном состоянии после переломов костей свода черепа с переходом на основание. При обследовании больного использовались: неврологический осмотр, рентгенография костей черепа, КТ головного мозга, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, пневмоэнцефалография, люмбальная пункция, ОАК, ОАМ. При необходимости такие больные консультировались ЛОР врачом и окулистом. В первые сутки после получения черепно-мозговой травмы поступило 18 человек. У них отмечены такие осложнения как: субарахноидальное кровоотечение, отоликворея, разрыв барабанной перепонки, посттравматический отит, пневмония, инфицирование и нагноение раны. В сроки от 2 до 5 месяцев после получения ЧМТ поступило 6 человек с осложнениями: пульсирующий дефект свода черепа, ликворный свищ послеоперационного рубца, гипертензионный синдром, кистозно-слипчивый арахноидит, водянка головного мозга. У больных поступивших в более поздние сроки - через 1-2 года чаще отмечались такие осложнения как: ликворная гипертензия, нарушение циркуляции ликвора, эпилепсия, кистозно-слипчивый арахноидит, посттравматический средний отит, нейросенсорная тугоухость. Таких больных было 5. У одного больного, поступившего через 8 лет после получения ЧМТ выявлена эпилепсия. Анализ показал, что у пострадавших преобладали внутричерепные осложнения, среди которых первое место занимали кистозно-слипчивый арахноидит -14. Затем следуют субарахноидальные кровоизлияния - 9, водянка головного мозга - 6, менингиты -1. Среди внечерепных осложнений ЧМТ встречались: посттравматический средний отит -6, нейросенсорная тугоухость -1, отоликворея -2, разрыв барабанной перепонки -1, эпилепсия -2, гипертензионный синдром -4, пневмо-