

ность метода заключалась в скольжении своеобразного зонда по поверхности образца, регистрирующего неровности, который был соединен с графопостроителем. Результаты оценивались по параметру $R(z)$ - высота неровности профиля по 10 точкам и среднему арифметическому отклонению профиля $R(a)$.

Для оценки адгезии бактерий использовали бактериологический метод [2,3]. Сущность метода заключалась в нанесении бактериальной взвеси тест культур содержащую $1 \cdot 10^5$ КОЕ в 1 мл. на поверхность образца полимера и инкубации его при $t=37^\circ\text{C}$ до испарения влаги. После промывания образцы прикладывали к поверхности питательной среды той стороной, на которую наносили взвесь микробов и прижимали для получения «отпечатка» в течение 5 минут. Чашки Петри инкубировали при $t=37^\circ\text{C}$ в течение 48 часов. Учет и подсчет выросших колоний проводили с помощью бинокулярной лупы. Полученный результат выражали как десятичный логарифм (\lg) числа колониеобразующих единиц. $I(a)=\lg A/\lg N$, где $I(a)$ – индекс адгезии, A – число прилипших бактерий, N – количество бактерий взвеси.

Результаты. Анализ профилограмм показал, что наиболее шероховатая поверхность оказалась у пластмассовых образцов, полученных по моделям из гипса β -модификации, наименее шероховатая из гипса α - модификации IV типа. Различия между группами α - и β -модификации полуводного гипса по параметру $R(z)$ и $R(a)$ статистически достоверны ($P<0,05$). Согласно данным электронной микроскопии пластмассовые образцы, изготовленные по моделям с использованием гипса β -модификации, не отвечали предъявляемым требованиям, т.к. содержали на своей поверхности большое количество раковин и микропор, модели с использованием гипса α - модификации IV типа имели относительно гладкую поверхность с минимальной шероховатостью. Индекс адгезии микроорганизмов на поверхности пластмассы меньше у тех образцов, которые изготавливались по моделям из гипса α -модификации 4 типа.

Литература

1. Корчигин Д.Л., Белогуров А.Э. Сравнительная характеристика точности отображения протезного ложа различными типами модельных материалов //Труды молодых ученых: Сб.науч.раб. / Под ред. С.Л.Кабака, – Минск 2001.–С.79-80.

2. Thomas C.J., Webb B.C. Microwaving of acrylic resin dentures.// Eur J Prosthodont Restor Dent. – 1995. – 3:4. – P. 179-182.

3. Waters M.G., Williams D.W., Jagger R.G., Lewis M.A. Adherence of Candida albicans to experimental denture soft lining materials.// J Prosthet Dent. – 1997. – 77(3). – P. 306- 312.

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Е.В. Богомазова

Научные руководители – д.м.н., профессор *Т.А. Бирич*, к.м.н., доцент *Т.В. Мохорт*
Белорусский государственный медицинский университет

Одним из заболеваний глаз, создающим реальную угрозу потери зрительных функций, является аутоиммунная офтальмопатия (АИО). АИО рассматривается в настоящее время как генетически детерминированное самостоятельное аутоиммунное заболевание. Наилучшим образом вывести из организма аутоантитела можно с помощью плазмафереза. При проведении экстракорпоральной аутогемамагнитотерапии (ЭАГМТ)-воздействие переменного импульсного магнитного поля (10 Гц, 100 мТл, 10 мин) на кровь, оказывается определенное нормализующее влияние на некоторые популяции лимфоцитов. В качестве патогенетического лечения аутоиммунной офтальмопатии используются глюкокортикоидные гормоны или цитостатики, однако, при использовании последних, риск развития побочных эффектов выше, чем ожидаемая эффективность лечения.

Целью настоящего исследования явилась оценка динамики течения аутоиммунной офтальмопатии в зависимости от различных схем проводимого лечения.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов с клиническими признаками аутоиммунной офтальмопатии различной степени выраженности. Средний возраст на момент обследования $39,55 \pm 2,65$ лет. Аутоиммунная офтальмопатия в группе обследуемых была

ассоциирована с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) у 19 пациентов (76%), аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) у 6 пациентов (24%).

Оценка жалоб и объективных признаков была проведена до лечения и через 6 месяцев после полученной терапии. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - 12 пациентов получали лечение глюкокортикоидами (метилпреднизолон 1 мг/кг per os) в комбинации с плазмаферезом; 2-я группа-9 человек: получали лечение глюкокортикоидами (метилпреднизолон 1 мг/кг per os) в комбинации с плазмаферезом и экстракорпоральной аутогемотерапией; 3-я группа- 4 пациента: получали пульс терапию глюкокортикоидами в комбинации с плазмаферезом. Для оценки эффективности лечения нами были выбраны клинические проявления офтальмопатии, такие как степень выраженности периорбитальной отечности и ощущения напряжения в глазницах.

Результаты: отражены в таблице 1

Степень выраженности процесса	Периорбитальная отечность 1-я группа, % n=12		Периорбитальная отечность 2-я группа, % n=9		Периорбитальная отечность 3-я группа, % n=4		Ощущение напряжения в глазницах 1-я группа, % n=12		Ощущение напряжения в глазницах 2-я группа, % n=9		Ощущение напряжения в глазницах 3-я группа, % n=4	
	До	6 мес	До	6 мес	До	6 мес	До	6 мес	До	6 мес	До	6 мес
Отсутствует	16,66	58,33*	0	33,33	0	25	58,33	75	22,22	66,66	0	25
Незначительно выражена	33,33	33,33	44,44	55,55	0	50	16,66	8,33	11,11	22,22	25	25
Умеренно выражена	25	8,33	55,55	11,11*	100	25*	16,66	8,33	66,66	11,11*	50	50
Выражена	25	0	0	0	0	0	8,33	8,33	0	0	25	0

*- $p < 0,05$ при сравнении групп до лечения и через 6 месяцев.

Выводы. По субъективным ощущениям пациентов и оценке объективных признаков уменьшение периорбитальной отечности и ощущения напряжения в глазницах наблюдалось во всех группах, однако лучшие результаты получены во 2-й группе, где в комплексном лечении офтальмопатии была использована комбинация глюкокортикоидов 1 мг/кг с плазмаферезом и ЭАГМТ.

Исследование находится в стадии разработки.

ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИЮ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Е.М. Белясова

Научный руководитель – к.м.н. *О.С. Троцкая*

Белорусский государственный медицинский университет

Известно, что ротовой жидкости или слюне свойственен ряд биофизических параметров поддерживающих гомеостаз в полости рта [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния жевательной резинки на микрокристаллизацию ротовой жидкости.

Материалом для исследования служила розовая жидкость 30 студентов-добровольцев в возрасте 20 лет (КПУ=6,7 ± 4,44; ОНІ-S=1,12 ± 0,74; CI=0,56 ± 0,34). Микрокристаллизацию изучали по методике, предложенной Леусом П.А. [3]. У каждого участника эксперимента исследовали микрокристаллизацию слюны покоя (контрольная группа); после 10-ти минутного жевания резинки без сахара; через 20 минут после прекращения жевания резинки; после 10-ти минутного жевания химически нейтрального парафина и после перекуса 10 граммов сыра.

Результаты исследования показали, что жевание резинки без сахара в течении 10 минут изменяло соотношение типов микрокристаллизации, так до жевания I типа кристаллов было 47%; II – 33% и III – 20%; а после I – 0%; II – 37%; III – 63%. Через 20 минут после прекраще-