

семей. Специфическая профилактика: данные о проведении первичной профилактики (вакцинация в роддоме) имеется у 28 пациентов (80%), из них только лишь у 7 человек была проведена ревакцинация. Особенностью течения туберкулеза у подростков является малая клиническая симптоматика в начале заболевания при наличии выраженных рентгенологических изменений, что подтверждается и результатами наших исследований. Никаких клинических проявлений при поступлении не было выявлено у 35% пациентов (12 человек). Незначительный интоксикационный синдром (эпизоды субфебрильной температуры, слабость, головная боль, плохой аппетит) наблюдался у 20 % пациентов (7 человек). Умеренно выраженный бронхолегочный синдром (нечастый влажный кашель) - у 45 % (16 человек). При рентгенологическом исследовании было обнаружено: односторонний процесс у 19 человек; двусторонний процесс у 8 человек; деструктивные изменения у 12 человек; Вследствие малых клинических проявлений заболевание в основном выявлялось при профосмотрах: при плановой флюорографии в 35% случаев (13 человек); по выражению туберкулиновой реакции в 15 % (5 человек); У всех пациентов в год поступления наблюдалась положительная (9-17 мм у 21 пациента) или резко положительная (17-25 мм у 14 пациентов) реакция Манту, в 20% случаев болезнь была выявлена у подростков состоящих на диспансерном учете по контакту с больными туберкулезом родственниками. И лишь 30% пациентов диагноз был выставлен при обращении в лечебные организации. Значительно увеличивается риск развития туберкулеза у подростков, которые имели продолжительный контакт с больным родственником. Так, в наших исследованиях у половины пациентов (17 человек) в анамнезе присутствует длительный контакт с больным. В настоящее время среди больных заметно увеличился процент бактериовыделителей. По нашим данным у 35% подростков (12 человек) при бактериоскопии и культуральном исследовании мокроты выявлялись микобактерии туберкулеза. При этом в половине случаев (5) наблюдалась полирезистентность. Туберкулез у подростков лечили стандартным схемам, а при наличии устойчивости – препаратами, к которым резистентность не наблюдалась. Что касается исходов заболевания, то в абсолютном большинстве случаев (33) больные выписывались домой с заметными улучшениями в стадии рассасывания и уплотнения. Но в 2 случаях после лечения в стационаре в течение 8 месяцев улучшения не наблюдалось.

Проанализировав данные случаи можно сделать следующие выводы: имеется явная социальная направленность процесса; в современных условиях туберкулез у подростков протекает бессимптомно и в большинстве случаев выявляется при профосмотрах или на диспансерном учете по контакту с больным туберкулезом родственником; увеличивается количество бактериовыделителей и полирезистентность к противотуберкулезным препаратам; отмечается тенденция к хронизации процесса;

ЗАВИСИМОСТЬ АДГЕЗИИ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТ ШЕРОХОВАТОСТИ ПОВЕРХНОСТИ ПЛАСТМАССОВЫХ ОБРАЗЦОВ

А.Э. Белогуров

Научный руководитель – *Т.Н. Манак*

Белорусский государственный медицинский университет

Цель исследования. Определение шероховатости поверхности базисной пластмассы, прилегающей к слизистой протезного ложа и изучение адгезии микроорганизмов к внутренней поверхности базиса протеза в зависимости от типа модельного материала.

Материал и методы. В качестве модельных материалов использовались α - и β -модификации полуводного гипса. Из каждой группы модельных материалов отливалось по 20 моделей, имеющих форму цилиндра диаметром 30 мм и высотой 5 мм. Отливка моделей проводилась по общепринятой методике с использованием вакуумного замеса. По изготовленным моделям были получены образцы из пластмассы «Этакрил» методом горячей полимеризации под давлением. Поверхность пластмассы, прилежащая к гипсу не обрабатывалась [1]. Образцы исследовались на растровом электронном микроскопе (РЭМ) Hitachi S-806 (Япония) при 5000-кратном увеличении. Шероховатость поверхности полимерных образцов определялась по стандарту ISO P 468 на профилометре Taly-step (Англия) на базе НПП Бел микросистемы. Сущ-

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 аутогемоманнитотерапии (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