

Целью нашей работы было изучение симметричности расположения пальцевых узоров на пальцах обеих рук у здоровых и больных детским церебральным параличом.

При сопоставлении симметричности расположения папиллярных узоров оказалось, что у больных ДЦП полное соответствие дактилотипов правой и левой руки наблюдается в 45,9% случаев (у здоровых – в 23,3%,  $p < 0.01$ ). В таблице представлен процент совпадения узоров по каждому пальцу правой и левой рук у больных ДЦП и здоровых.

Таблица

Процент совпадения узоров по каждому пальцу у больных ДЦП и здоровых

| Пальцы                                 | Больные<br>n=37 | Здоровые<br>n=1472 |
|--|-----------------|--------------------|
| 1 на прав. руке соответствует 1 на лев | 83,78           | 71,67              |
| 2 на прав. руке соответствует 2 на лев | 56,76           | 59,04              |
| 3 на прав. руке соответствует 3 на лев | 83,78           | 70,24              |
| 4 на прав. руке соответствует 4 на лев | 91,89*          | 74,46              |
| 5 на прав. руке соответствует 5 на лев | 97,3*           | 86,35              |

\* - отличие от здоровых,  $p < 0.05$

Процент совпадения узоров по четырем пальцам обеих рук (1,3,4,5) у больных ДЦП 64,9% (у здоровых 37,4%,  $p < 0,001$ ), а по (2,3,4,5) у больных ДЦП 51,4% (у здоровых 29,3%,  $p < 0,01$ ). Соответствие узоров правой и левой рук по трем пальцам (3,4,5) у больных ДЦП 78,4% (у здоровых 49,6%,  $p < 0,001$ ), по двум (4,5) у больных ДЦП 89,2% (у здоровых 64,5%,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, наличие достоверных отличий в симметричности расположения узоров на правой и левой руках у больных ДЦП, по сравнению со здоровыми, по-видимому, указывает на врожденный характер данной патологии и может использоваться как маркер для формирования групп риска по данной патологии.

## ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ В ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОПОЛИМЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАМПЫ

*О.Г. Мальковец, Е.Я. Тимчук*

Научный руководитель – *Е.Н. Терещенко*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Во время препарирования на все ткани зуба оказывается воздействие ряда факторов. Среди которых следует отметить следующие:

- глубина препарированной полости,
- форма и скорость вращения инструмента,
- материал, из которого изготовлен инструмент,
- величина и направление давления, оказываемого на режущий инструмент,
- количество влаги в операционном поле,
- вид иссекаемой ткани (т.е. эмаль или дентин),
- продолжительность контакта инструмента с тканью.

Особенно чувствительной к внешним воздействиям является пульпа зуба.

Целью нашего исследования было определить возможность повышения температуры в пульпарной камере в процессе проведения фотополимеризации.

Материалы и методы.

Для исследования отпрепарировали кариозную полость первого класса по Блэку в удаленном первом моляре нижней челюсти. Корневую часть зуба срезали на уровне верхней трети корня, был создан доступ в камеру пульпы для введения датчика термодатчика (вольтметр В 7-27А). Аппарат был подготовлен Лакиным Николаем Алексеевичем, сотрудником кафедры медицинской и биологической физики.

Первоначально измеряли температуру в камере пульпы зуба с толщиной надпульпарного слоя 2,7 мм. Измерения проводили при комнатной температуре. Датчик термодатчика вводили в

камеру пульпы. В отпрепарированную полость направляли световод фотополимеризационной лампы в контакте с твердыми тканями зуба. Во втором случае измерили температуру в камере пульпы при толщине надпульпарного слоя дентина 1 мм. В третьем случае измерили температуру в камере пульпы с нанесением одного слоя адгезива. Изменения температуры фиксировали каждые 5 секунд в течение 60 секунд.

Получили следующие результаты:

1. В процессе проведения фотополимеризации температура в пульпарной камере повышается. В первом опыте без нанесения адгезива она повысилась на 2,9° С, во втором с нанесением одного слоя адгезива на 1,4°С.

2. При истончении надпульпарного слоя отмечается тенденция к критическому повышению температуры для пульпы до 33,4°С.

3. В процессе проведения исследования выявлена прямая зависимость времени воздействия полимеризационного устройства и повышения температуры в пульповой камере за 5 секунд на 0,2°С, за 60 секунд - на 1,4°С.

## ЭТАПНОСТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

*А.А. Малюх*

Научный руководитель – *С.М. Метельский*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Сахарный диабет (СД) относится к тяжелым болезням человека, ведущим к ранней инвалидизации, ухудшению качества жизни и сокращению ее продолжительности. По данным эпидемиологических исследований примерно 5% населения страдает СД. При этом ежегодно число больных СД увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет – удваивается [3]. Одним из осложнений СД, определяющим прогноз заболевания, является диабетическая нефропатия (ДН). В последние годы ДН занимает одно из ведущих мест среди причин развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН) [1, 2]. Вплоть до настоящего времени особенности развития, профилактики и лечения ДН до конца не изучены [4]. Основой лечения и профилактики ДН является коррекция факторов риска, компенсация СД. Таким больным показано раннее назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), обладающих способностью замедлять падение СКФ и уменьшать протеинурию [2].

Целями нашей работы было изучение распространенности ДН у больных СД на разных этапах прогрессирования заболевания, анализ уровня диагностики и лечебной тактики при ДН.

Под наблюдением находились 56 больных СД, лечившихся стационарно в терапевтических отделениях 432 ГВКГ МО РБ. Возраст больных – от 18 до 83 лет, у 7 из них был СД I типа, у 49 – СД II типа. ХПН была выявлена у 10 больных, при этом у 3-х была тХПН.

Результаты. У 22 из 56 больных СД (34 %) были обнаружены признаки ДН на стадии протеинурии. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена в 30 случаях (54 %). Среди 30 больных СД с АГ в 22 случаях выявлена протеинурия, что составило 73%.

Для определения стадийности прогрессирования ДН 49 больных СД II типа были разделены на три подгруппы в зависимости от продолжительности анамнеза заболевания. В первую подгруппу, с анамнезом заболевания до 5 лет, вошли 18 человек. У 4-х из них (22 %) была отмечена стойкая протеинурия. Вторую группу составили 11 человек с длительностью СД от 6 до 10 лет было, при этом только у 2 из них (18 %) были обнаружены изменения в моче. И, наконец, группу с длительностью заболевания свыше 10 лет составили 20 пациентов, из которых у 13 (65 %) имела место стойкая протеинурия.

При анализе лечебной тактики по материалам историй болезней выявлено, что ИАПФ назначались лишь 13 больным из 56 (23 %).

Выводы: 1) распространенность диабетической нефропатии у больных СД находится на высоком уровне — от 39% до 43% (на стадии протеинурии); 2) частота распространенности диабетической нефропатии зависит от длительности заболевания СД, степени коррекции факторов риска (в частности, артериальной гипертензии); 3) уровень диагностики диабетической нефропатии остается низким; 4) диагностическая и лечебная тактика ведения