

кальция запускает механизмы интеграции цементобластов, стимулируя образование цемента в виде "апикальной пробки".(3,5).

Цель исследования: изучение эффективности эндодонтического лечения хронического периодонтита с применением препарата "Арехит".

Материалы и методы: проведено лечение 15 зубов у 14 пациентов в возрасте от 16 до 40 лет (6 мужчин и 8 женщин).

Лечение хронического периодонтита с применением силера "Арехит" проводилось по следующей методике: инструментальная обработка канала по методике Step Back под рентгенологическим контролем, для ирригации использовались 2,5% раствор гипохлорида натрия и 3% раствор перекиси водорода, канал пломбировался гуттаперчей по методике латеральной конденсации с использованием силера "Арехит" до анатомического отверстия.

Оценка ближайших результатов лечения проводилась в сроки от 1 до 14 дней после пломбирования, а отдаленные – в сроки от 6 до 12 месяцев.

Непосредственно после лечения мы наблюдали осложнения в одном случае (пациентка отмечала боль при накусывании на зуб, что клинически диагностировалось перкуссией, боль прошла через 3 дня без дополнительных стоматологических вмешательств). В отдаленные сроки наблюдения (6-12 месяцев) пациенты жалоб не предъявляли. При клиническом осмотре видимых изменений со стороны тканей, окружающих зуб, не отмечалось.

Рентгенологическое исследование показало хорошую рентгеноконтрастность материала, его сохранность на протяжении всего корневого канала, частичное или полное восстановление костной ткани и тканей зуба. В случаях незначительного выведения силера за верхушечное отверстие (2 корневых канала) наблюдалось частичное рассасывание материала.

Таким образом, пломбировочный материал для пломбирования корневых каналов на основе гидроокиси кальция "Арехит" обладает антисептическим и противовоспалительным действием, усиливает остеогенез, легко вводится в канал, рентгеноконтрастен, не растворяется в тканевой жидкости.

#### **Литература**

1. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение – М.: АО "Стоматология", 1997, - с.62
2. Николишин А.К. Современная энтолонтия. – Полтава., 1997, - с.112.
3. Cavalleri G. Et al. Comparison of calcium hydroxidi and calcium oxide for intracanal medication. J. Ital. Endod., 1990, 4(3); 8-13.
4. Ingle J.I. Endodontics taverly company, Philadelphia, 1994. – 944 p.
5. Sleder F. S. et al. Long – term. Sealing ability of calcium hydroxide sealer. J.O.E. 11:541. Nov. 1991.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ**

*И.А. Пашкова*

Научные руководители – к.м.н. *А.Л. Церковский*, к.м.н., доцент *А.А. Пашков*  
*Витебский государственный медицинский университет*

В рекомендациях Международной Ассоциации Исследования Боли (IASP) боль определяется как "неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение, связанное с действительным или потенциальным повреждением ткани, или описываемое в терминах такого повреждения". П.К. Анохин оценивает боль как реакцию, мобилизующую организм на защиту от вредных факторов и невозможную без включения в нее психологических составляющих, таких как сознание, память, мотивация, эмоции (1, 2).

С учетом временного фактора боль подразделяется на острую, продолжительность которой не превышает 4 недели, подострую – от 4 до 12 недель, хроническую – более 12 недель (ВОЗ, 1999). Острая боль в большинстве случаев сигнализирует о возникшем неблагополучии в организме. Хроническая боль нередко приобретает качества самостоятельного заболевания с первичным процессом в соматической сфере и вторичной дисфункцией в периферической и центральной нервной системе с участием личностно-психологических механизмов (3, 4).

В настоящем исследовании мы ставили цель изучить степень адекватности оценки интенсивности боли по мере нарастания ее продолжительности, ее зависимость от уровня настроения, степени и причины ограничений в повседневной жизни.

Обследованы 40 человек, страдающих «болями в пояснице» на фоне остеохондроза позвоночника, средний возраст которых составил  $39 \pm 3,5$  года (18 мужчин, 22 женщины). Из них 10 человек были отнесены в группу больных с острой болью, 15 – с подострой и 15 – с хронической. В группу не включались больные, имевшие объективные показания для нейрохирургического лечения. Помимо обязательных клинико-лабораторных и инструментальных исследований были использованы методики, рекомендуемые Департаментом по ведению незаразных болезней ВОЗ для объективизации боли: «Визуальная аналоговая шкала» (ВАШ), тест Шобера, вопросник Освестри, шкала Цунга (2).

Обследование показало, что у пациентов с острой болью самооценка ее интенсивности по тесту ВАШ приближалась к максимальной (10 баллов), увеличение показателя теста Шобера было в пределах  $1,5 \pm 1$  см. Результат теста Освестри указывал на ограничение повседневной активности, линейно зависимое от степени субъективной и объективной выраженности боли. Тест Цунга не выявлял значимых депрессивных нарушений.

У больных с подострой болью балл по тесту ВАШ уменьшался до 5-6, показатель Шобера составлял  $3 \pm 1,5$  см. Однако, несмотря на объективно констатируемое уменьшение выраженности болевых проявлений у больных сохранялись высокие показатели ограничения повседневной активности в разделах «Подъем тяжестей», «Повседневная жизнь», «Сексуальная жизнь», «Перемещения». У 15 больных (37,5%) выявлена субдепрессия.

У 75% пациентов с хронической болью, при приближении показателя Шобера к норме (5-6 см), имела место субъективная переоценка интенсивности боли (6-7 баллов по ВАШ), что коррелировало с сохраняющимся ограничением повседневной активности, возросшей (67,5% больных) частотой выявления субдепрессивного фона настроения.

Таким образом, результаты исследования показали, что по мере увеличения продолжительности болевого расстройства у больных имеет место нарастание частоты депрессивных расстройств, формирование пассивной субъективной терапевтической установки, что приобретает ведущее значение в поддержании болевого синдрома, и указывают на необходимость дополнительной психотерапевтической и медикаментозной коррекции.

#### **Литература**

1. Анохин П.К. Боль. – В кн.: Большая медицинская энциклопедия, 2-е изд. – М., 1958, т. 4. – С. 74-83.
2. «Инициатива по болям в пояснице» – ВОЗ. Департамент по ведению незаразных болезней. 1999 г. // Неврологический журнал №3, т. 6, 2001 г.
3. Павленко С.С. Эпидемиология боли.// Неврологический журнал. – 1999, №1. — С. 41 - 46.
4. Крыжановский Г.Н. Центральные механизмы патологической боли.//Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С. – 1999, №12 – С. 4 - 8.

## **ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Т.П. Пронько*

Научный руководитель – д.м.н., профессор *М.А. Лис*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

Дисфункция эндотелия, связанная с дефицитом эндогенного оксида азота, играет существенную роль в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) [Р.М. Vanhoutte, 1997]. Поэтому терапия АГ должна быть направлена на восстановление функции эндотелия. Однако, даже успешная гипотензивная терапия не приводит к восстановлению функции эндотелия [J.A. Panza, 1993].

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния физических тренировок (велотренировки) на функциональное состояние эндотелия у больных АГ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов с АГ III степени