

1996. С. 86.
 17. Никитина Т.В. Пародонтоз. М., 1982. С. 256.
 18. Еловикова Т.М., Башкирова И.Б., Агапова И.Н., Аликина А.В. Структурно-оптический анализ десневой и ротовой жидкости в диагностике заболеваний пародонта // Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения. Екатеринбург, 1998. С. 85-86.
 19. Ронь Г.И., Еловикова Т.М., Башкирова И.Б., Скопинов С.А. Способ диагностики

заболеваний пародонта: Патент №2109287 РФ.
 20. Еловикова Т.М., Батюков Н.М., Кощеев А.С. Использование низкочастотного импульсного сложномодулированного электромагнитного поля в лечении заболеваний пародонта // Материалы конф. стоматологов "Пути развития стоматологии: итоги и перспективы". Екатеринбург, 1995. С. 79-82.

ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В НИЗКОЧАСТОТНОМ ИМПУЛЬСНОМ СЛОЖНОМОДУЛИРОВАННОМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОМ ПОЛЕ ПРИ КСЕРОСТОМИИ

Т.М. Еловикова, В.И. Баньков, Н.М. Батюков, А. С. Кошеев, М.В. Дроздецкая
 УГМА

Слюна, ротовая жидкость (РЖ), может стимулировать или подавлять рост микробов и процесс отложения зубного налета. Это, в свою очередь, изменяет бляшкообразование и процесс кальцификации [1-2]. Органические и неорганические компоненты РЖ влияют на аккумуляцию бляшки и ее микробный состав.

Биологические жидкости организма, в том числе РЖ, имеют способность кристаллизоваться при высушивании и образовывать узоры древовидные или в виде листа папоротника [3]. Структура этих узоров значительно меняется в зависимости от различных условий: углеводной нагрузки, хронических бронхолегочных заболеваний, эстрогенной (андрогенной) насыщенности организма, воздействий постоянного магнитного поля, декомпенсированного кариеса и т.д. [4-8].

В большом числе публикаций установлено влияние искусственного магнитного поля на состояние биологических жидкостей организма, выражающееся в изменении их физико-химических свойств ионного состава и кристаллической структуры [1, 4-9, 11-12].

Целью нашего исследования стало изучение течения процессов кристаллизации РЖ в зоне влияния различных параметров низкочастотного импульсного сложномодулированного электромагнитного поля (НИС-МЭМП).

Материалы и методы. Обследовано 24

человека в возрасте от 20 до 60 лет, составивших две группы наблюдения. В основную группу вошло 12 больных с ксеростомией: 5 человек с синдромом Шегрена (СШ); 7 – с сахарным диабетом (СД), из них 4 – с инсулинозависимым СД (ИЗСД), 3 – с неинсулинозависимым СД (НИЗСД).

Контрольную группу (12 человек) составили пациенты без ксеростомии: подгруппа А – 6 пациентов с санированной полостью рта (у 2 – пародонтит в стадии ремиссии); подгруппа Б – 6 больных с хроническим пародонтизом средней тяжести.

У каждого обследованного пациента забор РЖ в количестве 0,2-0,3мл производился со дна полости рта стерильной пипеткой. Затем на чистые и тщательно протертые предметные стекла наносили по 2 капли РЖ.

Было проведено три серии исследований: капли на первом стекле высушивали традиционным способом (при комнатной температуре) и они служили контролем; второе и третье стекла помещали на индукторы излучатели и так выдерживали 5 мин. При этом, параметры воздействия ИСМЭМП на капли РЖ при напряженности магнитной индукции 12 мТл были следующими:

Предметные стекла	Основная частота, Гц	Частота модуляций, Гц
Вторая серия	10	1
Третья серия	100	10

Высохшие капли РЖ изучали под микроскопом в отраженном свете при увеличении 7x8. Оценку кристаллического рисунка проводили с учетом просмотра всей площади высохшей капли РЖ, и в зависимости от обнаруженных кристаллических структур различали 5 типов кристаллизации [1]:

- 1 - кристаллы имеют древовидную форму, хорошо выражены с характерным четким рисунком крупных удлиненных кристаллопризматических структур;
- 2 - кристаллопризматические структуры меньших размеров, чем в первом типе, по периферии определяются кристаллические структуры неправильной формы;
- 3 - кристаллы имеют нитевидную форму, располагаются в виде сеточки по всей площади капли;
- 4 - изометрически расположенные кристаллооптические структуры имеют неправильную форму;
- 5 - практически полное отсутствие кристаллов.

Результаты исследования. В образцах подгруппы А контрольной группы отмечены 1 и 2-й типы кристаллизации во всех трех сериях, причем в третьей серии наблюдалась тенденция к переходу 2-го типа кристаллизации в 1-й тип (различия статистически недостоверны, $p > 0,05$); в подгруппе Б обнаружены 3 и 4-й типы кристаллизации с достоверным переходом соответственно во 2 и 3-й типы во второй серии ($p < 0,05$) и в 1 - 3-й типы кристаллизации в третьей серии исследования ($p < 0,05$).

У больных с СШ в первой серии выявлен 5-й тип кристаллизации ($p < 0,001$); во второй – 4, 5-й типы ($p < 0,05$); в третьей – 3-5-й типы ($p < 0,05$), причем у одного больного с СШ с тяжелым общим состоянием и малым количеством РЖ во всех трех сериях отмечен 5-й тип кристаллизации.

У больных СД в первой серии обнаружен 5-й тип кристаллизации ($p < 0,001$); во второй – 4-й тип ($p < 0,05$), причем наблюдался только около центров кристаллизации, а по периферии высохшей капли – 5-й тип; в третьей – 2-5-й типы ($p < 0,05$).

Данные исследований позволяют сделать следующие выводы:

- 1) под воздействием ИСМЭМП рисунок кристаллического дерева становится более четким и массивным;
- 2) параметры воздействия ИСМЭМП существенно влияют на кристаллические струк-

туры: в третьей серии исследований наблюдаются наиболее правильные кристаллические структуры по уравниванию с первой и второй сериями;

- 3) пятый тип кристаллизации (практически полное отсутствие кристаллических структурных образований) не имеет тенденции перехода в другие типы кристаллизации при тяжелом общем состоянии пациента, снижении регенераторных способностей и практически полном отсутствии защитных резервов организма, что является дополнительным диагностическим и прогностическим критерием.

Таким образом, воздействие ИСМЭМП на биологическую жидкость (РЖ) неоспоримо, что подтверждается различными типами микрокристаллизации в трех сериях исследований у больных с ксеростомией и пациентов контрольной группы: происходит ориентация молекул в пространстве действия поля. При воздействии этого поля на системы низкомолекулярных органических соединений их свойства изменяются – образуются кооперативные области с преимущественной ориентацией молекул. Полученные результаты могут стать предпосылкой изучения защитных свойств РЖ при участии ИСМЭМП *in vivo*, а также они указывают на возможность использования ИСМЭМП в профилактике заболеваний органов полости рта, в частности, тканей пародонта при ксеростомии.

Литература

1. Баньков В.И., Макарова Н.П., Николаев Э.К. Низкочастотные импульсные сложномодулированные электромагнитные поля в медицине и биологии (Экспериментальные исследования). Екатеринбург. 1992. С. 100.
2. Вишняк Г.Н., Харламова К.Е., Гурошева Г.Т. и др. Диагностика эстрогенной (андрогенной) насыщенности организма по степени кристаллизации слюны при заболеваниях пародонта. Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику // Науч. труды ЦНИИС. М., 1991. С. 63-64.
3. Гунчев В. В., Дерюшева Н.Р. Особенности микрокристаллизации слюны у детей в постоянном магнитном поле. Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний: Тез. докл. Ижевск. 1992. часть П. С. 9.
4. Гунчев В.В., Латыпов А.Р. Влияние посто-

- янного магнитного поля на скорость накопления зубного налета. Там же. 1992. Часть 1. С. 19.
5. Еловикова Т.М., Батюков Н.М., Кошечев А.С. Использование низкочастотного импульсного сложномодулированного магнитного поля в лечении заболеваний пародонта. Пути развития стоматологии: итоги и перспективы: Материалы конф. Стоматологов. Екатеринбург. 1995. С. 79-82.
 6. Левицкий А.П., Мизина И.К. Зубной налет. Киев. 1987. С. 80.
 7. Леус П.А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: Автореф. дис. . . д-ра мед. наук. М., 1977. С. 35.
 8. Островский А.Б., Николаева О.В., Исакова В.И., Федорова М.А. Эффект использования электромагнитного поля информационного уровня в коррекции нарушений биосистем. Магнитобиология и магнито-медицина: Тез. докл. Всесоюзного симпозиума с международным участием. Сочи. Куйбышев. 1991. С. 51-52.
 9. Рединова Т.Л. Микрокристаллизация слюны у детей после приема углеводов и проведения профилактических противокариозных мероприятий. Стоматология. 1989. № 4. С. 62-63.
 10. Ронь Г.И., Батюков Н.М., Еловикова Т.М. Импульсное низкочастотное сложномодулированное электромагнитное поле в оценке состояния тканей пародонта. Вопросы организации и экономики в стоматологии: Материалы конф. Екатеринбург. 1994. С. 85-88.
 11. Терешин С.Ю., Тагильцева О.В. Влияние переменного магнитного поля на активный транспорт ионов натрия в клеточных мембранах. Магнитобиология и магнито-медицина: Тез. докл. Всесоюзного симпозиума с международным участием. Сочи, Куйбышев. 1991. С. 70 - 71.
 12. Шпилевская Е.В. Микрокристаллизация слюны у детей с бронхо-легочной патологией при кариесе зубов. Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику: Труды ЦНИИ-С. М., 1991. С. 35 -36.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Г.И. Ронь
УГМА

И.С. Герасимович, Ю.А. Болдырев
Клиника "Салюс Л"

Необычайно высокая распространённость воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди взрослого населения и различный психологический статус больных позволяют говорить о многообразии вариантов сознания болезни. Сознание болезни начинается тогда, когда впервые проявляются симптомы заболевания. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний, или затяжного течения болезни у больного накапливается субъективный опыт. В его сознании формируется личное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, её возможному индивидуальному и общественным последствиям. Это отношение может сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать разные формы выражения вовне (слова, обращения, жалобы, советы, поступки, действия, просьбы, поведение).

В начале сознание болезни может существенно не преобразовать психику больного.

Однако, как правило, более или менее длительное течение болезненных изменений (особенно затяжных), меняет отношение человека к болезни, внося преходящие или стойкие изменения в его психику.

Эти изменения у больных с одной и той же болезнью при объективных одинаковых сдвигах оказываются различными в связи с преморбидными особенностями их психики и особенностями их личности.

Диапазон сознания болезни включает бесконечное разнообразие индивидуальностей людей. Анозогностики (люди с субъективной недооценкой, отрицанием объективно существующей болезни), к сожалению преобладают. Они чаще всего встречаются среди пациентов с легкой и средней степенью ВЗП, когда симптомы заболевания выражены не ярко. Это осложняет проведение мотивирования и требует больших усилий от врача.

Гипернозогнозия, или субъективная переоценка объективных изменений, встреча-