

Нами использован прибор для аудиоанальгезии, изготовленный по схеме, разработанной в КАИ инженером С. В. Мяковым, и проведены клинические испытания. Прибор нами условно назван «Аудиак КГМИ-2». Препаровка зубов для несъемных протезов проведена у 157 чел. на 425 зубах. Препаровке подверглись различные группы зубов с преобладанием зубов нижней челюсти.

Оценку обезболивающего действия мы производили по четырехбалльной системе: полное обезболивание (+++), небольшая боль (++) , боль, позволяющая завершить обработку зуба (+), и отсутствие обезболивающего эффекта (—).

На интактных зубах достигнуто обезболивание с оценкой ++ и +++ в 76,84%. На зубах, пораженных пародонтозом, или при наличии патологической стираемости обезболивающий эффект получен в 63,0%, отрицательный эффект был у первых в 9,02%, а на зубах с патологической стираемостью — в 14,3%. Средний обезболивающий эффект во всех группах достигал 69,8%. Эффективность обезболивания на зубах нижней челюсти была на 9% выше. Эффективность у больных старше 30 лет на 4% была выше, чем у больных до 30 лет.

Мы проверяли эффективность метода при помощи электрокардиографии и получили следующие данные: 1) включение использованного нами шума не ускоряет частоту сердечных сокращений; 2) препаровка зуба без болевых ощущений вызывает небольшое ускорение пульса; 3) при болевых ощущениях резко ускоряется частота сердечных сокращений; 4) при болезненной препаровке зуба с учащением сердечных сокращений включение прибора давало урежение сердечных сокращений, приближая их к норме, препаровка зуба после выключения прибора дала вновь резкое учащение сердечных сокращений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мироненко Г. С., Вайнбойм П. И. Стоматология, 1965, 4.—
2. Gardner W. I. Int. dent. J., 1961, 11, 4, 467—474. — 3. Wandelt S., Partsch C. I. Dtsch. Zahnärzte Ztschr., 1961, 12, 820—827.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 612. 313. 3—616. 33

РЕФЛЕКТОРНАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА

В. И. Колобаев

Теньгушевская районная больница № 2 Темниковского района Мордовской АССР
(научн. руководители — проф. В. Ф. Широкий и доктор мед. наук доц. Н. А. Захаров)

И. П. Павлов и его школа рассматривали слюноотделительную функцию как показатель тончайших изменений, протекающих в центральной нервной системе.

При изучении рефлексорной возбудимости слюнных желез у больных с различными видами патологии желудка мы хотели получить ответ на вопрос, не являются ли изменения секреции слюнной железы показателем тяжести течения и прогноза некоторых заболеваний желудка.

Мы исследовали секрецию околоушной слюнной железы у 42 больных: у 20 с язвенной болезнью желудка и у 22 с гастритами.

Слюну мы собирали из левой околоушной слюнной железы с помощью капсулы Красногорского — Лешли. В качестве раздражителя рецепторной поверхности слизистой полости рта применяли растворы лимонной кислоты возрастающей концентрации (2, 20, 40, 60%). Раздражитель в объеме по 3 мл проглатывается больным через 20 сек. после начала поступления в полость рта. Интервалы между введением отдельных раздражителей составляли 5 мин. Слюну мы собирали в течение 5 мин. на каждый раздражитель. Определяли латентный период и количество секрета.

В группе больных с язвенной болезнью у 13 было удлинение латентного периода секреции в ответ на введение 2% раствора лимонной кислоты, а у 16 больных отмечена парадоксальность: при введении 60% раствора кислоты латентный период был более длительным, чем при раздражении 20 и 40% раствором, или равнозначным в ответ на все три указанные концентрации. Парадоксальная секреция слюнной

железы выявлена у 9 больных, ультрапарадоксальная — у одного. Таким образом, у половины больных язвенной болезнью отмечена утрата дифференцированных ответных реакций слюнной железы.

В процессе лечения слюнные железы вновь обретают способность дифференцированно отвечать на раздражители разной силы, что может служить, при учете других показателей, комплексного обследования больного, критерием стихания или ликвидации патологического процесса.

В группе больных гастритами у 11 отмечена утрата количественных дифференцированных ответных реакций слюнной железы в зависимости от силы раздражителя. Латентный период был удлинён у 13 больных. Утрата дифференцировки в латентности отмечена у 20 больных. У 8 больных определена парадоксальная секреция слюнной железы, у одного — ультрапарадоксальная. Таким образом, у больных гастритами слюнная железа также утрачивает тонкую приспособляемость к пищевым раздражителям.

Тяжелое течение патологического процесса в желудке сопровождается ярко выраженными изменениями секреции околоушной слюнной железы.

Итак, изучение секреторной деятельности слюнных желез методом дозированных раздражений рецепторов полости рта может дать представление о тяжести заболевания и его прогнозе.

УДК 616. 33—002—615. 834

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КРАСНОУСОЛЬСКОМ КУРОРТЕ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

М. Н. Фридман

Госпитальная терапевтическая клиника (зав.— проф. З. Ш. Загидуллин)
Башкирского медицинского института

Изучение моторной функции желудка способствует более глубокому пониманию некоторых особенностей клинической картины хронического гастрита и позволяет судить об успешности лечения этого заболевания.

С целью установления эффективности комплексного лечения больных хроническим гастритом на Красноустьском курорте мы провели клинико-лабораторные исследования 100 больных, из них у 72 проводилась электрогастрография (ЭГГ), отражающая перистальтическую деятельность желудка.

ЭГГ записывалась по методу М. А. Собакина аппаратом ЭГС-3 до и после лечения, с калибровкой 0,2, 0,5, 1 мВ, через 20 мин. после хлебного завтрака, в течение 30—40 мин. Всего нами сделано 186 ЭГГ.

Мужчин было 59, женщин — 41. В возрасте до 30 лет было 6 больных, от 31 до 50 лет — 85 и старше — 9.

Давность заболевания до года была у 5 больных, до 3 лет — у 11, до 5 лет — у 23, до 10 лет — у 31 и более — у 30.

Помимо гастрита, у 8 больных был хронический холецистит, у 8 — хронический колит, у 10 — гастроптоз, у 4 — рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, у 2 — оперированный желудок, у 14 — полиартрит, у 12 — радикулит, у 9 — невралгия, у 7 — аднексит.

В результате комплексного лечения у большинства больных исчезли боли, диспепсические явления, плохой аппетит, раздражительность.

Кривая ЭГГ с высотой зубцов и амплитудой ниже 0,2—0,25 мВ нами трактовалась как гипокINETическая, 0,3—0,4 мВ — нормокINETическая и выше 0,4 мВ — гиперкINETическая.

При гиперкINETической кривой ЭГГ нарушался правильный ритм сокращений, количество их было более 3 в мин., высота зубцов доходила у некоторых до 0,8—1 мВ.

До начала лечения нормокINETический тип ЭГГ был у 22 больных, гипокINETический — у 36, гиперкINETический — у 42.

Курортное лечение способствовало нормализации моторики желудка у 70% больных, у 7% она осталась пониженной, у 23% — повышенной. Повышение или понижение моторной функции желудка не всегда сочетается с повышением или понижением секреции и кислотности. Следует отметить, что повышение моторной функции желудка оставалось в основном у тех больных, у которых, помимо гастрита, были хронический холецистит, хронический колит, компенсированный гастроптоз,