

$\text{CaCl}_2$  и от 8 до 10 мл 40% раствора глюкозы. Все дети вышли из состояния асфиксии, однако или вскоре после рождения, или в первые сутки при первом осмотре ребенка педиатром были выявлены изменения со стороны кожи ягодиц. Вначале возникало пятно на ягодице синюшной или сине-багровой окраски. Пятна расценивались различно: у 3 детей как абсцесс ягодиц, у 2 — как флегмона ягодиц, у 3 — как сухой некроз ягодицы, причем у 2 этот некроз считали врожденным.

У 6 детей изменения со стороны кожи сразу сопровождался парезом стопы или голени на стороне поражения, у 2 некроз протекал без поражения нервных стволов. У 5 детей изменения были на правой ягодице, у 3 — на левой.

Отмечена характерная динамика некротического процесса: вначале происходила отслойка эпидермиса, на 6—10-й день — отторжение некротических масс кожи и подкожной жировой клетчатки. Обнажалась глубокая рана с грануляционной тканью на дне. У 2 детей площадь участка некроза составляла  $5 \times 4$  см, у 6 некроз был более распространенным, в процесс был вовлечен седалищный нерв. У 1 ребенка некроз распространялся не только на ягодицу, но и на поясничную область, рана инфицировалась, в последующем развились множественные подкожные абсцессы. Этот ребенок умер на 29-й день от сепсиса. У 1 ребенка некротический процесс распространился на область крестца и заднего прохода.

После отторжения некротических масс раны зарубцовывались.

У всех детей с вялым параличом седалищного нерва в последующем отмечалась выраженная динамика в сторону восстановления функций нижней конечности.

Приведенный литературный материал и данные родильного дома № 1 г. Саранска дают основание предполагать, что для развития некроза ягодиц решающую роль играет введение тех или иных веществ в пупочные артерии.

УДК 616.314—002—616.314—008.3

## ФУНКЦИЯ ЖЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С КАРИОЗНЫМИ ЗУБАМИ

*Л. М. Демнер и Г. Х. Ахметова*

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Окман) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В литературе мы не нашли данных о проявлении эмалево-мышечного рефлекса в начальных стадиях развития кариозного процесса. Не освещен также вопрос об определении жевательной функции при помощи мастикациографии после пломбирования зубов в детской практике в условиях плановой профилактической санации с наложением нескольких пломб одному ребенку в один сеанс.

Для изучения этих вопросов нами проведена мастикациография по методу И. С. Рубинова при помощи электрокимографа с чернильной записью на миллиметровой бумаге у 72 девочек и 46 мальчиков в возрасте от 5 до 15 лет без аномалий зубочелюстной системы. С молочным прикусом было 7 детей, со смешанным — 51 и с постоянным — 60. У 84 детей были кариозные зубы, у 34 зубы были здоровы (контрольная группа).

В качестве пищевого раздражителя мы применяли ядро кавказского лесного ореха (фундук) весом 800 мг. Запись проводили отдельно при жевании на правой и левой сторонах от 2 до 4 раз для исключения случайностей.

Время жевания ядра ореха (жевательный период) неодинаково и зависит от многих факторов, в том числе от темперамента, жевания привычной стороной и др. Так, у детей с интактными зубами колебания между правой и левой стороной были незначительны. Жевательный период в молочном прикусе составляет в среднем 16 сек. при 32 жевательных движениях нижней челюсти. В смешанном прикусе жевательный период удлиняется и составляет  $18,26 \pm 1,8''$  на правой и  $16,8 \pm 1,4''$  на левой стороне с количеством жевательных движений соответственно  $31 \pm 3,4$  и  $30 \pm 3,3$ . В постоянном прикусе время, затраченное на пережевывание одного ядра лесного ореха, значительно сокращается и составляет в среднем  $12,6 \pm 1,6''$  при  $20 \pm 1,8$  жевательных движений на правой и  $12,2 \pm 0,9''$  при  $20,3 \pm 1,6$  жевательных движений на левой стороне. Жевательные волны ритмичны, равномерны, петли смыкания — на уровне линии покоя или несколько ниже, имеют остроконечную и плоскую форму. У детей с кариесом зубов значительно удлиняется период жевания, он достигает в молочном прикусе в среднем  $23,8 \pm 1,2''$  при  $37 \pm 1,7$  жевательных движений на правой стороне и  $22 \pm 1,2''$  при  $32 \pm 1,3$  жевательных движений нижней челюсти на левой.

В смешанном прикусе у детей с кариозными зубами длительность жевательного периода почти такая же, как у детей без кариеса:  $18,1 \pm 1,2''$  при  $24,7 \pm 1,8$  жевательных движений на правой и  $17,4 \pm 1,1''$  при  $28 \pm 1,3$  жевательных движений на левой стороне, что, вероятно, объясняется болью при попадании на кариозный зуб пищевого

комка и его проглатыванием без достаточного пережевывания. Свидетельством тому являются неравномерные и аритмичные жевательные волны; нисходящие и восходящие колена жевательных волн часто прерываются, а петли смыкания находятся на разном уровне. Особенно ярко выражены изменения мастикациограммы при осложненном кариесе: продолжительность жевательного периода равна 26—28", наблюдаются значительная неравномерность и аритмичность жевательных волн и длинная фаза адаптации.

После пломбирования зубов по данным мастикациографии равномерность и ритмичность жевательных волн, как и их количество и время жевательной пробы восстанавливаются не сразу. Однако при хорошем лечении, при полноценном пломбировании эти показатели заметно улучшаются: период жевания сокращается до 12—18" при 22—24 жевательных движениях нижней челюсти; жевательные волны становятся ритмичными, петли смыкания — на одинаковом уровне, не наблюдается ступенчатости и волнообразности восходящих и нисходящих колен жевательных волн.

В молочном, сменном и постоянном прикусе у детей с кариозными зубами изменяется в худшую сторону характеристика отдельных фаз и особенно жевательной.

При наличии пломб во всех кариозных зубах наступает нормализация времени жевания, количества и характеристик жевательных волн.

## ВЫВОДЫ

1. У детей с кариесом зубов период жевания удлиняется и количество жевательных движений увеличивается. Боковые движения значительно уступают вертикальным движениям нижней челюсти, происходит больше раздавливание пищи, чем размалывание, особенно при осложненном кариесе и при наличии корней, разрушенных кариесом.

2. После пломбирования зубов жевательная функция восстанавливается не сразу, а через промежуток времени, зависящий от количества пломбированных зубов и качества наложенных пломб. При наложении полноценных пломб происходит полная нормализация жевательной функции.

3. Функциональные нарушения при наличии кариозных зубов подтверждают патогенетическую связь кариеса с аномалиями зубочелюстной системы.

## ЛИТЕРАТУРА

Рубинов И. С. Физиологические основы стоматологии. Медицина, Л., 1965.

УДК 616—056.3

## ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ СОЕДИНЕНИЯМ

В. А. Адо

*Кафедра патофизиологии (зав.—проф. Т. И. Беслеков) медицинского факультета университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы*

Различные естественные и экспериментальные феномены, получившие довольно шаткий термин «иммунологическая толерантность» или «иммунологическая нечувствительность», особенно часто обсуждаются в последнее время в трудах, монографиях, статьях и др. [2—8].

В настоящей работе мы поставили цель получить состояние иммунологической толерантности к экспериментальному аллергическому контактному 2,4-динитрохлорбензолу дерматиту внутрибрюшинными введениями 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) за две недели до начала процесса аппликационной сенсibilизации животных. Предстояло выяснить следующие вопросы:

1. Влияет ли вводимая толерогенная доза в 500 и 1000 мкг ДНХБ на степень развития иммунной толерантности?

2. Как долго длится состояние иммунологической толерантности?

3. Влияют ли повторные тестирования на состояние и развитие иммунологической толерантности (или уровня сенсibilизации)?

Работу проводили на 72 белых морских свинках-самцах весом в 350—400 г (60 экспериментальных и 12 контрольных животных).

За 14 дней до начала активной сенсibilизации всем экспериментальным животным ввели ДНХБ на растворе ТВИН-80 внутрибрюшинно (30 животным по 500 мкг