

свидетеля этого делать нельзя, так же как и на других бланках протоколов допроса [6].

Затрудняет предварительное расследование по уголовным делам и отсутствие типового бланка протокола допроса представителя гражданского истца [1].

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что, безусловно, существуют определённые проблемы при слиянии двух институтов права, и включение института гражданского иска в уголовный процесс. Однако как показывает практика, одно вытекает из другого при наличии определённых факторов и обстоятельств, а именно наличия материального ущерба и причинении морального вреда. И со временем, с развитием законодательства, все проблемы, присущие гражданскому истцу и в целом институту иска в уголовном процессе, будут постепенно разрешаться.

Список литературы

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.

2. Процессуальная функция поддержания гражданского иска и защиты от него и ее развитие в ходе досудебного производства по уголовным делам / И. Антонов, Д. Борова, В. Горленко // Арбитражный и гражданский процесс. 2009. № 3. С. 26-28.

3. Понятие и процессуальное положение гражданского истца в уголовном процессе. С.Б. Нхай // Юридический мир. 2008. С. 12-23.

4. Белозеров Ю.Н., Марфицин П.Г. Обеспечение прав и законных интересов личности в стадии возбуждения уголовного дела – М.: БЕК, 1994. С. 87.

5. Дубровин В.В. Из истории развития правового регулирования института гражданского иска в уголовном процессе России // История государства и права. 2009. № 4. С. 3-5.

6. Гладких В.И., Сташевский С.С., Горжей В.Я. Новый УПК: больше вопросов, чем ответов // Российский следователь, № 1, 2003.

7. Гриненко. А. Потерпевший должен иметь не меньше процессуальных прав, чем обвиняемый // Российская юстиция. 2002. № 9.

8. Зайков В. Правовое положение потерпевшего в уголовном процессе. – М., 2009. – С. 35-38.

9. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10 (ред. от 06.02.2007) «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» // Российская газета. № 29. 08.02.1995.

«Инновационные медицинские технологии», Россия (Москва), 20-23 мая 2014 г.

Медицинские науки

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА IN VIVO РЕАКЦИИ ФИБРОЗНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ ИЗ ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИХ ЛИТЬЕВЫХ БЕЗМОНОМЕРНЫХ ПОЛИМЕРОВ И АКРИЛОВЫХ ПЛАСТМАСС ГОРЯЧЕЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ

Винокур А.В., Иванов А.В., Затолокина М.А.,
Дударь Е.В., Милова Е.В.

Курский государственный медицинский
университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru

Несмотря на столь стремительное развитие ортопедической стоматологии и достижения в области имплантологии, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, число пациентов, нуждающихся в протезировании съёмными ортопедическими конструкциями зубных протезов, остается высоким, и с возрастом достигает 33,1 – 58% [1, 3, 6, 7, 10, 12].

Эффективность ортопедического лечения во многом определяется свойствами базисных материалов. Основными материалами для изготовления таких конструкций, уже в течение 60 лет, являются пластмассы на основе акрилатов [2, 4, 14]. Однако многолетний опыт использования акриловых композиций выявил ряд недостатков этих материалов: присутствие в отвержденном базисе остаточного мономера – метилметакрилата; недостаточно высокие прочностные свой-

ства и, как следствие этого, – невысокая долговечность акриловых протезов [11, 13, 15].

В связи с этим в конце прошлого столетия были предприняты активные поиск и разработка новых базисных материалов, в том числе из эластических термопластических полимерных материалов, которые нашли свое быстрое и широкое применение в практической стоматологии. Термопластические полимерные материалы обладают высокой эластичностью и прочностью, отвечают требованиям по эстетическим характеристикам, так как их цвет приближается к естественным оттенкам зубов и слизистой оболочки полости рта [5, 8, 9].

Однако в настоящее время данная группа материалов мало изучена и встречаются единичные статьи о реакции организма пациентов на лечение, с использованием этих полимеров.

Учитывая вышесказанное, нами было предпринято морфологическое исследование, целью которого явилась сравнительная оценка in vivo реакции фиброзной соединительной ткани на инородные тела, изготовленные из термопластических литевых безмономерных полимеров и акриловых пластмасс горячей полимеризации.

Материалы и методы исследования. Исследование IN VIVO выполнено на 80 половозрелых крысах-самцах линии Wistar весом 220-260 г. Животные были разделены на 4 группы, в зависимости от имплантируемых образцов (таблица).

Распределение животных в группах исследования

Группы	Кол-во животных	Имплантируемый материал	Тип матернала
I	20	«Фторакс»	АПП
II	20	«Vertex»	
III	20	«Dental-D»	ТЛБП
IV	20	«Valplast»	
Итого:	80		

Животных отбирали в экспериментальные группы после карантинной отсидки в условиях вивария. Оперативные вмешательства и все манипуляции проводились в соответствии с «Правилами гуманного обращения с лабораторными животными» под наркозом, для чего использовали 20% раствор хлоралгидрата, который вводили внутривентриально в дозе 200 мкл/100 грамм веса тела животного. В интраоперационном и послеоперационном периоде всем животным применялась антибактериальная терапия с помощью антибиотика широкого спектра действия «АмикацинВиал» из расчета 10 мг действующего вещества на 1 кг массы тела.

Импланты, изготовленные из сравниваемых материалов в виде пластинок размером 3x4 мм и толщиной 2 мм, размещались подкожно в ране, формируемой хирургическим способом в асептических условиях в области спины.

Операционное поле подготавливали путем удаления шерсти и обработки кожи 96% спиртом и раствором йода. Производили разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки длиной 10 мм., формирование полости под имплантат производили стоматологическим стерильным шпателем и погружали образец подкожно. Кожу зашивали шелком. Во всех случаях рана заживала первичным натяжением.

Животным контрольной группы имитировали имплантацию образца путем разрезания кожи в области спины, формирования ложа под ней в пределах размеров образца и зашивания шелком. Животных выводили из опыта в сроки: на 5, 10, 15 и 30-е сутки после операции путем декапитации под эфирным наркозом. Для патогистологического исследования производили забор соединительнотканной капсулы, сформированной вокруг имплантата вместе с прилежащими участками кожи, которые фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина в течение 2-х недель.

Изготовленные по стандартной методике срезы окрашивались по Ван-Гизон, Маллори и гематоксилин-эозином.

На основе кариологических признаков исследовали клеточный состав инфильтрата в соединительной ткани вокруг импланта. Учитывая низкую чувствительность к виду распределения данных в вариационных рядах нами использо-

ван метод определения достоверности отличий в сравниваемых группах по расхождению доверительного интервала при заданном значении $p \leq 0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ гистологических препаратов от 1 группы эксперимента показал, что на 5-е сутки после имплантации материала Фторакс вокруг импланта имеется плотная капсула, небольшой толщины, состоящая из фибробластов различной степени дифференцировки с преобладанием незрелых форм. Клетки имеют крупные размеры, крупное округлое ядро. Активные макрофаги в относительно небольшом количестве обнаруживаются во всех слоях капсулы. Незрелые коллагеновые волокна начинают организовываться в пучки вокруг импланта.

На 10-е сутки после имплантации капсула становится существенно толще, чем на сроке 5 суток. В наружных слоях капсулы степень организации волокон и зрелости фибробластов – выше. Отчетливо можно выделить слой горизонтальных фибробластов (снаружи капсулы) и слой сосудистых петель. Наружный слой капсулы нерезко переходит в сетчатый слой кожи. Количество активных макрофагов – ниже чем на 5 суток, но они преимущественно локализованы в средних и наружных слоях капсулы.

Уже на 15 сутки после имплантации в умеренной толщины капсуле из ПВСТ преобладают клетки фибробластического ряда различной степени зрелости, преимущественно зрелые фибробласты, располагающиеся в организованных пучках зрелых коллагеновых волокон.

Анализ гистологических препаратов от 2 группы показал, что на 5-е сутки после имплантации материала Вертекс вокруг имплантов формируется самая мощная соединительнотканная капсула. В наружных слоях капсулы организация ткани ближе к рыхлой волокнистой. Непосредственно у импланта отношение клеток и волокон в пользу волокон. Здесь организация ткани ближе к плотной волокнистой неоформленной и фибробласты зрелые.

На протяжении последующих 10 суток (10-15 сутки после имплантации) происходит ремоделирование соединительной ткани. Во всех препаратах обнаружена организованная капсула из ПВСТ умеренной толщины с четко

ориентированными пучками волокон. Макрофаги во всех слоях. Следует отметить хорошую васкуляризацию капсулы, особенно ее наружных слоев.

К 30-м суткам после имплантации ремоделирование волокнистой компоненты ПВСТ представляется завершенным. Капсула имеет минимальную толщину по сравнению со всеми исследуемыми сроками и состоит из параллельно ориентированных пучков коллагеновых волокон с минимальным содержанием фиброцитов и фибробластов.

Изучение морфологической реакции волокнистой соединительной ткани на подкожную имплантацию материала Дентал-Д (3 группа эксперимента *in vivo*) показало, что на 5-е сутки после по сравнению с материалом Фторакс соединительнотканная капсула существенно толще. Клеточный состав грануляционной ткани вокруг имплантатов-же. Но по сравнению с Фтораксом больше активных макрофагов, существенно больше лимфоцитов. Обнаруживаются мелкие очаги воспалительной инфильтрации в виде скоплений полиморфно-ядерных лейкоцитов. Эти очаги не имеют резких границ и, как правило, локализованы в наружных слоях капсулы в непосредственной близости от кровеносных сосудов. Такая выраженность инфильтратов и локализация создают впечатление о начале экссудации ПЯЛ в капсулу.

На 10-е сутки после имплантации отмечается полуторакратное увеличение толщины капсулы по сравнению с предыдущим сроком наблюдения. Вокруг импланта и остатков шовного материала – воспалительный инфильтрат, состоящий из гистиоцитов, лимфоцитов и полиморфноядерных лейкоцитов. В инфильтрате преобладают гистиоциты. Во внутренних слоях капсулы, непосредственно прилегающих к импланту отмечены единичные многоядерные гигантские клетки инородных тел. Количество ядер в них достигает 7-12 шт. Вне очагов воспалительной инфильтрации – скопления активных макрофагов. Толщина капсулы неодинакова – там, где отсутствует воспалительная инфильтрация – толщина минимальна, и пучки коллагеновых волокон соединительной ткани лучше организованы.

На 15-е сутки после имплантации материала Дентал Д воспалительные явления в формирующейся капсуле вокруг имплантов не обнаруживаются. Коллагеновые волокна организованы в пучки. Оксифилия пучков коллагеновых волокон, свидетельствующая о степени их зрелости нарастает в направлении изнутри капсулы – наружу. Но в наружных отделах капсулы обнаруживаются макрофаги, перегруженные фагосомами и мигрирующие в направлении лимфатических капилляров.

К 30-м суткам процессы ремоделирования соединительной ткани представляются завершенными. Перепада оксифилии коллагеновых

волокон по толщине капсулы нет. Волокна организованы в пучки, между которыми обнаруживаются темные, веретеновидные ядра механицитозов. Толщина капсулы минимальна по сравнению со всеми остальными исследуемыми материалами.

Исследование препаратов от животных 4 группы первой серии эксперимента *in vivo* (Валлпласт) показало, что на 5-е сутки после его имплантации в целом картина реакции клеточной компоненты соединительной ткани напоминает предыдущую группу животных (Дентал Д) на таком же сроке выведения из опыта. Отличием является отсутствие воспалительной инфильтрации и более высокая синтетическая активность клеток фибробластического ряда. Об этом свидетельствуют следующие признаки: наличие крупных, богатых эухроматином ядер у фибробластов и «разреженность» пучков молодых коллагеновых волокон, проявляющих слабую базофилию. Тем не менее, на 10-е сутки после имплантации в этой группе животных отмечается лучшая организация капсулы. Толщина капсулы – как в группе №3 в наиболее тонких отделах, степень организации выше во всех слоях (более всего напоминает плотную волокнистую оформленную соединительную ткань), степень зрелости механицитозов также выше (количество фиброцитов максимально). Активных макрофагов – мало.

На протяжении следующих сроков наблюдения (15 и 30 суток после имплантации) наиболее значимым отличием от других сравниваемых материалов является то, что происходит существенное утолщение капсулы вокруг имплантата без изменения соотношения и способа пространственной организации клеточной и волокнистой компонент плотной волокнистой оформленной соединительной ткани, формирующей капсулу.

Таким образом пребывание имплантов, изготовленных из АППП и ТЛБП в волокнистой соединительной ткани дермы лабораторных животных инициирует развитие асептического воспаления в зоне имплантации, сопровождающееся на раннем сроке (5 суток) выходом сюда из кровотока моноцитов и гранулоцитов, пролиферацией и дифференцировкой (на сроке 10-15 суток после имплантации) клеток фибробластического ряда, их активным функционированием с образованием новых коллагеновых волокон и дополнительных объемов межклеточного вещества с последующей перестройкой волокнистого каркаса капсулы вокруг импланта (на сроке 15-30 суток). Тем не менее, динамика воспалительного процесса и его количественные характеристики различны для сравниваемых материалов. Так, АППП в меньшей степени привлекают фагоциты в зону воспаления, в то время как материалы из группы ТЛБП не только в большей степени способствуют рекрутированию моноцитов в очаг воспаления, но и вокруг них образуются гигантские клетки инородных

тел. Также сравниваемые материалы отличаются по толщине и динамике формирования соединительнотканной капсулы вокруг имплантов: вокруг имплантов из ТЛБП капсула оказывается сформированной несколько позднее, но она лучше организована и более мощная.

Список литературы

1. Воронов, А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов : учеб. пособие / А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 320 с.
2. Жолудев, С.Е. Адгезивные средства в ортопедической стоматологии / С.Е. Жолудев. – М.: Стоматология, 2007. – 112 с.
3. Жолудев, С.Е. Применение антисептических растворимых таблеток для ухода за съемными пластиночными протезами / С.Е. Жолудев, М.Л. Маренкова // Пародонтология. 2004. – № 2 (31). – С. 31-35.
4. К вопросу состояния слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем/Силин Д.С., Конопля А.И., Письменная Е.В. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2010. – №3. – С. 128-133.
5. Литьевым термопластам медицинской чистоты – дорогу в стоматологическую ортопедию // Стоматология. 2004. – №6. – С. 72-78.
6. Никольский, В.Ю. Лечение концевых дефектов зубного ряда в условиях выраженной атрофии челюстной кости / В.Ю. Никольский, В.А. Монаков // Клиническая стоматология. 2006. – № 3 (39). – С. 36-40.
7. Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю.Л. Образцов // Стоматология. – 2006. №4. – С. 41-43.
8. Применение базисного материала валлпласта при съемном зубном протезировании в качестве альтернативы полиметилметакрилату // Клиническая стоматология. – 2006. – № 3. – С.70-72 (в соавт. с А.С. Григорьяном, М.З. Капланом, З.П. Антиповой).
9. Профилактика патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов со съемными зубными протезами / Л.Р. Сарап, Л.Ю. Бутакова, Ю.А. Зенкова и др. // Клиническая стоматология. – 2007. – № 1 (41). С. 40-43.
10. Ракова Т.В., Лазарев А.И. Влияние иммунокорригирующей терапии на показатели местного иммунного статуса в комплексном лечении пациентов с хроническим катаральным гингивитом // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2009. – №2. – С. 99-103.
11. Рузуддинов, Н.С. Применение двухслойного базиса в клинике ортопедической стоматологии / Н.С. Рузуддинов // Среднеазиатский науч.-практ. журн. «Stomatologiya». 2004. – № 3-4. – С. 88-90.
12. Харитонов, М.П. Значимость эстетического фактора при протезировании пациентов пожилого и преклонного возраста с полной потерей зубов / М.П. Харитонов, О.А. Зуева // Уральский стоматологии, журн. 2005. – № 1. – С. 25-28.
13. Царев, В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии / В.Н. Царев, Р.В. Ушаков. – М.: МИА, 2004. – 143 с.
14. Douglas L.J. Antifungal resistance of candidal biofilms formed on denture acrylic in vitro // J.Dent.Res. 2000. – Vol. 80, № 3. – P. 903-908.
15. M.Qlikawa. Microbicidal efficacy of ozonated water against Candida albicans adhering to acrylic denture plates // Oral Microbiol Immunol. 2005. – Vol. 20, № 4. – P. 206-210.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛИГАМЕНТИТА У ДЕТЕЙ

Гарбуз И.Ф., Кравцова А.Г., Гарбуз А.И., Морозенко С.Ф.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Стенозирующий лигаментит пальцев кисти у детей относится к малоизученным диспласти-

ческим заболеваниям. До сих пор не уточнены механизмы развития стенозирования кольцевидной связки. Кроме того, нет оптимальных показаний для способа лечения стенозирующего лигаментита в зависимости от возраста пациента.

Лечение больных с данной патологией до последнего времени остается дискуссионным. Остается нерешенным вопрос о целесообразности консервативного лечения стенозирующего лигаментита, хотя различные методы консервативного лечения дают полное выздоровление в 72,1 – 75,6% у детей, чей возраст не старше 3 лет.

Оперативный способ лечения приводит к полному выздоровлению у 89,3 – 92,7% детей.

Сроки оперативного лечения зависят не только от стадии заболевания, но и от возраста больного ребенка. Учитывая достаточно высокую степень спонтанного восстановления активных движений большого пальца, Е. Гер (1991) считает, что оперативное лечение следует проводить только у детей старше 30 месяцев. Наиболее оптимальным сроком оперативного вмешательства является возраст 2 года.

По мнению многих авторов, открытый метод операции является более предпочтительным перед закрытой лигаментотомией из-за уменьшения риска рецидивов и повреждений пальцевых нервов.

Цель исследования: Доказать эффективность хирургического лечения стенозирующего лигаментита у детей и в частности преимущество предлагаемого микрохирургического способа оперативного лечения.

Для реализации поставленной цели изучены истории болезни у 32 больных детей леченных в хирургическом отделении и в условиях поликлиники за последние 5 лет, из которых до года – 6 детей; до 2х лет – 17; до 3х лет – 5; до 5 лет 2; 5 лет и старше – 2. Мальчиков было 21, девочек 11.

Из всех больных консервативное лечение в условиях поликлиники получили 12 детей в основном в возрасте до 1,5 лет. У всех больных эффект временный. В связи, с чем в последующем больные поступали в хирургическое отделение, где были оперированы. Операция заключалась в рассечение и иссечение анулярной связки.

За последние 2 года мы применяем микрохирургический способ лечение стенозирующего лигаментита у детей, который заключается в продольном подкожном рассечением анулярной связки по середине сухожилия сгибателя.

Техника операции – Под общим обезболиванием определяется зона расположения анулярной связки и зона утолщения перетянутого сухожилия сгибателя. Далее производится микропрорез кожи в проекции середины сухожилия сгибателя, рассекается анулярная связка до утолщения, на уровне утолщения и после утолщения сухожилия сгибателя. Палец сразу