

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. Лебедев, 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 валпласта 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. Бутова, 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 стоматологический 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 больного 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 лечения 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

выправляется. Ранка обрабатывается, асептическая повязка и кореглирующая шинка.

Таких операции сделано у 17 больных, у всех с положительным эффектом. Дети находились в условиях стационара сутки, далее наблюдались у ортопеда поликлиники.

Положительные элементы предложенного способа: Минимальная травматизация тканей; Продольный неглубокий разрез самого сухожилия имеет декомпрессивный характер; Продольное рассечение анулярной связки не нарушает анатомические взаимоотношения между сухожилием и сухожильным влагалищем; При продольном подкожном рассечении анулярной связки по середине разгибателя нет угрозы повреждения сосудисто-нервного пучка пальчика.

Прослежены результаты лечения глубиной до года у 12 детей. У всех функция и форма пальчика оперированного соответствует возрасту и физического развития ребенка. Дети активно пользуются пальчиком и самой кистью, выполняют точные команды.

МЕДИКО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Данилова Н.В.

*ФГБУ «Центральный НИИ организации
и информатизации здравоохранения» Минздрава
России, Москва, e-mail: danilova@mednet.ru*

В проведенном нами многолетнем исследовании (база – педиатрическое отделение Российского центра восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, г. Москва) представлен опыт применения методов и методик восстановительного, физиотерапевтического лечения сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте. Истоки различных болезней сердца нередко обнаруживаются у молодых лиц, трансформируясь с годами в устойчивый патологический процесс. Вместе с тем, лечебные меры, предпринятые в детском и подростковом возрасте, могут иметь гораздо больший медицинский, социальный и экономический эффект, чем лечение болезней в будущем у взрослого населения.

Известно, что нарушения ритма сердца (НРС), выявленные у детей излечиваются с трудом [4]. Многие аритмии устраняются медикаментозным путем [3, 5], но поиск и выбор эффективного препарата требует времени, последующего длительного, перманентного применения, при котором усиливаются побочные, вплоть до аритмогенных, реакции.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования при лечении умеренной и частой экстрасистолии (более 10 эктопических сокращений в мин.) низкочастотного переменного магнитного поля, импульсных токов (синусоидальные модулированные, электро-

сон), бальнеотерапии (йодобромные ванны) в последовательном сочетании с электросном. При профилактическом лечении пароксизмальной тахикардии (более 2-х приступов в год) применяли магнитотерапию или электросон.

Как правило, основные аритмии, возникающие в пубертатном периоде детства (экстрасистолическая аритмия, пароксизмальная тахикардия), провоцируются и сопровождаются нарушениями функции нервной системы, гуморальными сдвигами, что свидетельствует о потребности растущего организма в соответствующих корректирующих мероприятиях [1, 3]. Методы физиотерапии с их умеренным седативным эффектом, адаптивным влиянием на сердечно-сосудистую систему, процессы самовосстановления уже получили признание при использовании в лечебных и превентивных целях [2].

Доказательность полученных данных подтверждалась клиническими и функциональными (контролируемыми плацебо) методами исследования. До и после курса лечения, в отдаленные сроки (через 3-6-12 мес.) изучены данные электрокардиографии, холтеровского (суточного) мониторинга кардиограммы, кардиоинтервалографии в покое, ортостазе, после дозированной физической нагрузки, электроэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии, динамики циклических нуклеотидов в плазме крови. Проведены наблюдения 387 подростков с экстрасистолией (82,7%) и наджелудочковой пароксизмальной тахикардией (17,3% больных) в возрасте от 10 до 16 лет. Группа плацебо-наблюдений включала 30 больных такого же возраста. Ни в одном наблюдаемом случае не было выявлено (лабораторными и инструментальными методами) инфекционно-воспалительных симптомов поражения миокарда.

Медико-генетическая экспертиза, проведенная специалистом, установила наличие у 50,8% детей обеих групп отдельные недифференцированные признаки дисплазии соединительной ткани (у 12,5% – синдромальные). У 89,9% подростков профильными врачами была обнаружена локальная очаговая инфекция (хронический ринит, тонзиллит, вульвит, кариес, холецистит, а также – дискинезия желчевыводящих путей). В этих случаях процесс лечения основного заболевания сочетался с санацией сопутствующей патологии.

К концу лечебного курса (по общепринятым критериям результативности лечения аритмий сердца) при экстрасистолии эффект был достигнут почти у 2/3 детей при лечении низкочастотным магнитным полем и более чем у половины пациентов как под влиянием электросна, так и синусоидальных модулированных токов. Вдвое уменьшилась частота эктопий в активном ортостазе и после нагрузки. Приступы тахикардии прекратились, либо стали реже, короче, ку-