

30,0 см со сроками формирования от 2 месяцев до 1 года от начала клинических проявлений.

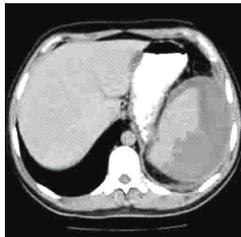


Рис. 1. КТ-картина подкапсулярной гематомы селезенки

У 6-х больных имелись признаки острого или хронического воспаления в области хвоста поджелудочной железы, кроме того, у 2-х больных выявлены признаки портальной гипертензии, у 1 больного отмечен тромбоз селезеночной вены на уровне ворот селезенки. Оперировано 6 больных, из них 3 экстренно в связи с нагноением гематом. На операции выявлены подкапсулярные гематомы от 5×4 см до 20×30 см. Оперированы экстренно 3 больных в связи с нагноением гематом. На операции во всех случаях подтверждено наличие организующихся гематом с толстой стенкой от 0,3–0,5 до 1,0–1,5 см, содержащие сгустки старой крови, лизированную кровь, гной.

Лапароскопически оперированы 3 пациента. В 1 случае выполнена лапароскопическая резекция селезенки с кистой и в другом – лапароскопическая фенестрация стенки кисты, ее дренирование. В третьем случае попытка лапароскопического удаления кисты не удалась в связи с выраженным воспалительным процессом и наличием инфильтрата включающего большой сальник, желудок, селезеночный угол ободочной кишки – произведена конверсия, спленэктомия. В 3-х случаях выполнена лапаротомия косым подреберным разрезом и спленэктомия. Операции завершены дренированием левого поддиафрагмального пространства.

Удаленные препараты (рис. 2) при лапаротомии представляли полостные объемные образования, включающие в себя селезенку, которая со стороны ворот была не изменена, а гематомы во всех наблюдениях находились по диафрагмальной поверхности. Стенки их были плотными с неровной поверхностью, толщиной от 0,3 до 1,5 см, размеры гематом достигали от 12×15 см до 20×30 см. Содержимым гематом были сгустки старой крови, лизированную кровь, гной объемом от 200,0 до 2000,0 мл.



Рис. 2. Удаленный препарат

При гистологическом исследовании во всех препаратах картина организующихся подкапсулярных гематом селезенки на фоне неизменной паренхимы. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Средний послеоперационный койко-день составил 17,2 койко-дня. От операции отказался один больной с подкапсулярной гематомой, при наблюдении за ним в течении 2-х лет чувствует себя удовлетворительно, жалоб не предъявляет, при МРТ – признаки подкапсулярной кисты селезенки – содержимое – с МР-сигналом, характерном для жидкости (рис. 3).



Рис. 3. МР-картина обширной субкапсулярной гематомы селезенки

Благодаря современным методам исследований (КТ, МРТ) сложностей в установлении диагноза не возникает. Однако причины возникновения гематом не всегда становятся ясны. Показанием к хирургическому лечению при гематомах селезенки в первую очередь является опасностью двухэтапного разрыва. Причем риск разрыва гематом пропорционально возрастает с ее размерами. Больные с диагностированными гематомами селезенки нуждаются в стационарном лечении, а тактика лечения зависит от сроков образования гематом и развития осложнений. При ранних сроках (до 2-х недель) и больших размерах гематом (более 5-6 см) считаем показанным выполнение лапаротомии со спленэктомией. Выполнение лапароскопических операций в эти сроки ограничены в связи с выраженным воспалительным процессом в зоне операции. При диагностике подкапсулярных гематом в более поздние сроки тактика лечения может быть выбрана как выжидательная, так и хирургическая. В таких случаях операции могут быть ограничены чрезкожным дренированием с УЗ-навигацией, лапароскопической резекцией стенки гематомы или ее энуклеации, преимуществами которых являются в первую очередь сохранение селезенки. При панкреатогенном генезе возникновения гематом селезенки должно учитываться состояние поджелудочной железы и при необходимости выполнения операций на железе.

#### Литература

1. Багненко С.Ф. и др. Хронический панкреатит: руководство для врачей.– СПб., 2000.– 416 с.
2. Бисенков Л.Н. Повреждения живота / В кн.: Неотложная хирургия груди и живота.– СПб., 2002.– С. 480–501.
3. Ермолов А.С., Абакумов М.М. Абдоминальная травма Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева.– М., 2004.– С. 415–461.
4. Кадошук Т.А. // Хирургия.– 1991.– № 2.– С. 98–104.
5. Криворотов И.А. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.– Т.12 – С. 507–510.
6. Кубышкин В.А. // Эндоскоп. Хир. – 1996 – №3 – С. 23–26.
7. Темирбулатов М.И. др. // Эндоск. хир. – 2005. – №1 – С. 141.
8. Blery M. et al. // Nouv Presse Med.– 1973.– №14.– P. 915.
9. Chambon J.P. et al. // J. Chir (Paris).– 1987.– №4.– P. 253.
10. Kuramitsu T. et al. // Intern. Med.– 1995.– №6.– P. 564.
11. Vyborny C.J. et al. // Radiology.– 1988.– №1.– P. 161–162.
12. Siu T.L. // Surgeon.– 2004.– Feb; Vol.2 (1).– P. 52–55.

УДК 616.314-089-053

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

С.Н. ГОНТАРЕВ\*

**Введение.** Заболеваемость молочных зубов у детей, среди которой наибольшую распространенность имеет кариес, является высокой. Частота кариеса молочных зубов в 3, 6 и 9 лет среди детей г. Воронежа составляет соответственно 67%, 87% и 89% [1]. У 3-летних детей Майкопа распространенность кариеса временных зубов составила 80,8% при средней интенсивности 3,82±0,10. Актуальным является внедрение новых методов лечения и реабилитации детей с патологией молочных зубов [2, 3].

**Цель** – инструментальная оценка эффективности лечения и реабилитации детей с заболеваниями молочных зубов.

\* Курск, КГТУ

**Материал и методы.** Исследования проведены в 1-й (119 человек), 2-й (121 человек) экспериментальных и контрольной (КГ – 120 детей) группах. В 1-й группе применялся композит «CHARISMA» и ультрафонофорез в течение 4 дней после лечения. Во второй группе до и после пломбирования композитом «CHARISMA» в течение 4 дней использовались иглорефлексотерапия и ультрафонофорез. В контроле применялся только композит «CHARISMA». Инструментальная оценка эффективности лечения включала электроодонтодиагностическое, рентгенологическое и интраскопическое обследование через 2–3 дня, 6 месяцев и 1 год. Результаты обработаны на базе критерия Стьюдента.

**Результаты.** Электроодонтодиагностическое исследование пломбированных зубов показало что через 2–3 дня лучшие результаты были в 1-й группе (рис. 1), средние – во 2-й группе. В КГ сила тока была максимальной ( $P < 0,05$ ). Через полгода результаты лечения незначительно улучшились во 2-й группе, а в 1-й и КГ – без изменений. К концу периода наблюдения сила тока оказалась минимальной во 2-й группе и отличалась от КГ ( $P < 0,01$ ). Рентгенологическое исследование показало, что пломбировочный материал во всех группах является рентгеноконтрастным в 100% случаев. Рентгенологический контроль постановки пломбы на предмет нависающих краев в поддесневой области выявил различия в группах (рис. 2).

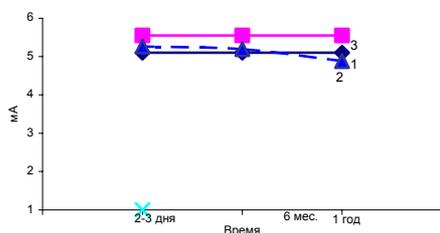


Рис. 1. Динамика силы тока в реставрированных зубах через 2–3 дня, 6 месяцев и 1 год в 1-й (1), 2-й (2) и контрольной (3) группах

На 2–3 суток нависающие края пломбы практически отсутствовали во 2-й группе ( $P < 0,001$ ). В 1-й группе в сравнении с КГ также вес удельный вес детей с отсутствием при рентгеноконтроле нависающих краев пломбы в поддесневой области ( $P < 0,01$ ). Наличие нависающих краев пломбы достоверно выше в КГ и составляет около 37%. Исследование этого показателя через 0,5 и 1 год не выявило изменений и указывает на лучшие и хорошие результаты соответственно во 2-й и 1-й группах.

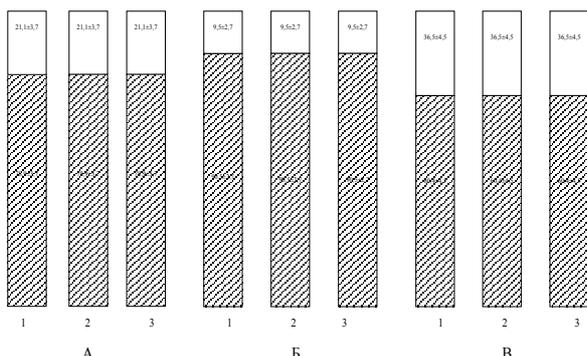


Рис. 2. Рентгеноконтроль постановки пломбы на наличие или отсутствие нависающих краев в поддесневой области через 2–3 дня (1), 6 месяцев (2) и 1 год (3) в 1-й (А), 2-й (Б) и контрольной (В) группах ( $P \pm mp, \%$ ); штриховка – отсутствие нависающих краев пломбы, иначе – их наличие

Определение точечного контакта на аппроксимальной поверхности показало высокие результаты в 1-й и 2-й группах, где у всех детей выявлено наличие точечного контакта через 2–3 дня после лечения. В КГ этот показатель составил 55,5%, что существенно ниже ( $P < 0,001$ ). Через 6 месяцев и 1 год результаты лечения во всех трех группах остались без изменений. При определении множественного точечного контакта на буграх жевательных зубов установлена та же закономерность (табл.1). У всех пациентов 1-й группы и практически у всех детей 2-й группы на 2–3 день после лечения имелся множественный точечный контакт на буграх жевательных зубов, а в КГ – в 39,1% случаев ( $P < 0,001$ ).

Отсутствовал точечный контакт в КГ у большинства детей. Ситуация не изменилась и через 0,5, и 1 год. В 1-й и 2-й группах через 6 месяцев и 1 год результаты лечения не ухудшились.

Таблица 1

Наличие множественного точечного контакта на буграх жевательных зубов ( $P \pm mp, \%$ )

Множественный точечный контакт	1-я группа	2-я группа	КГ
через 2–3 дня:			
имеется	100,0	95,2±1,9	39,1±4,5
отсутствует	0,0	4,8±1,9	60,9±4,5
через 6 месяцев:			
имеется	100,0	95,2±1,9	39,1±4,5
отсутствует	0,0	4,8±1,9	60,9±4,5
через 1 год:			
имеется	100,0	95,2±1,9	39,1±4,5
отсутствует	0,0	4,8±1,9	60,9±4,5

Высокое качество лечения кариеса посредством предложенных методов отмечено и по критерию «контакт с антагонистами» (табл. 2) – в 100% случаев. Но в КГ было только у 50% больных, что указывает на низкую эффективность традиционного метода. На основе рассмотренных выше результатов лечения стоматологических заболеваний для оценки эффективности предлагается алгоритм выбора метода лечения кариеса (рис. 3).

Таблица 2

Характеристика контакта с антагонистами через 2–3 дня, 6 месяцев и 1 год после лечения ( $P \pm mp, \%$ )

Контакт антагонистов	1-я группа	2-я группа	КГ
через 2–3 дня: есть	100,0	100,0	50,0±4,6
нет	0,0	0,0	50,0±4,6
через 6 мес.: есть	100,0	100,0	50,0±4,6
нет	0,0	0,0	50,0±4,6
через 1 год: есть	100,0	100,0	50,0±4,6
нет	0,0	0,0	50,0±4,6

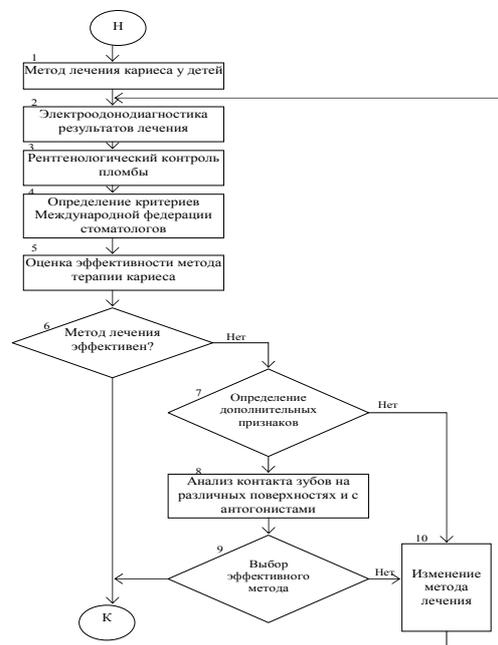


Рис. 3. Алгоритм выбора эффективного метода лечения кариеса у детей.

**Заключение.** Инструментальная оценка эффективности лечения и реабилитации показала высокую результативность. Предложен алгоритм выбора метода лечения кариеса у детей с учетом комплекса инструментальных признаков и критериев Международной федерации стоматологов.

**Литература**

1. Зимица В.И. и др. // Новое в стоматол.– 1996.– №5.– С. 3.  
 2. Маслов А., Балашов А. // Стомат.– 1995.– №4.– С. 59–61.  
 3. Прохончуков А. // Мат-лы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и тр. IX съезда стом. ассоц.России.– М., 2004.– С. 315–317.