

5. Кархалис Л.Ю., Кучеров В.А., Стовбун С.В., Сафронов Д.Ю. «Оценка эффективности использования панавира в различных формах у пациенток репродуктивного возраста с цитомегаловирусной инфекцией» // Российский вестник акушера-гинеколога, 4, 2011, С. 90-93.
6. Москвин С.В. Эффективность лазерной терапии. – М.:НПЛЦ «Техника», 2003. – 256 с.
7. Кубанова А.А. и соавторы, Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями, Клинические рекомендации, Москва, Деловой Экспресс, 2012, 112 с.
8. Прилепская В.Н, Сергиенко В.И. Лечение цитомегаловирусной инфекции/Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. Том 5. №3. 2006, С. 43-46.
9. Гомберг М.А., Сергиенко В.И Новое в лечении вирусных инфекций, передающихся половым путем/Медицинская кафедра.

УДК 616.1

© 2013 Е.В. Костяева, С.А. Столяров, В.Е. Костяев

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В статье рассмотрено влияние фотодинамической терапии (ФДТ) на динамику репаративных процессов в измененной сосудистой стенке. Выявлено, что применение фотодинамической терапии в комплексном лечении острых венозных тромбозов нижних конечностей можно считать перспективным направлением, позволяющим уменьшить венозные тромбозомболические осложнения, снизить степень хронической венозной недостаточности и инвалидизации больных, уменьшить сроки реканализациитромбированного участка вен и ускорить процессы реабилитации, что значительно повышает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: венозные тромбозы, фотодинамическая терапия, репаративные процессы, сосудистая стенка, тромбоз нижних конечностей.

Проблема лечения венозных тромбозов нижних конечностей, учитывая возможности возникновения крайне тяжелых осложнений, в том числе тромбозомболии легочной артерии, остается актуальной. Несмотря на то, что в последнее время интенсивно развивается и внедряется в практику специализированная помощь при заболеваниях периферических вен, тромбозы глубоких вен нижних конечностей развиваются достаточно часто и давно перешли из разряда медицинских проблем в социальные. Современные медикаментозные средства, влияющие на изменение состояние гемостаза и реологические свойства крови, достаточно эффективны и соответствуют мировым стандартам. Однако восстановление измененной сосудистой стенки остается трудновыполнимой задачей.

Цель исследования: изучение влияния фотодинамической терапии (ФДТ) на динамику репаративных процессов в измененной сосудистой стенке.

Методы и материалы: в качестве фотосенсибилизатора был использован фотодитазин, вводимый из расчета 0,8 мг/кг при общем воздействии с экспозицией в течение 2 ч. Источником лазерного излучения служил аппарат «Кристалл-М» с длиной волны 660 нм и выходной мощностью до 3 Вт. Процедуру проводили от одного до трех сеансов, как правило, через трое суток с момента поступления пациента в стационар на фоне проводимой стандартной терапии. Длительность лечения зависела от распространенности патологического процесса, массы тела и наличия сопутствующей патологии. С помощью ультразвукодоплерографии определяли локализацию и степень фиксации тромботических масс. Далее выбирали сегмент воздействия лазерным излучением. Максимальная выходная мощность лазерного излучения

для проведения ФДТ составляла от 80 до 220 Дж. Противопоказаниями к проведению ФДТ являлись: 1) почечно-печеночная недостаточность в стадии декомпенсации, 2) легочно-сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, 3) облитерирующий атеросклероз сосудов в стадии критической ишемии, 4) идиосинкразия к фотосенсибилизатору и повышенная кожная чувствительность.

Проведено лечение 152 пациентам с различной локализацией уровня тромбоза магистральных вен. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей отмечался у 82 больных (поверхностная бедренная вена – 24, подколенная вена – 27, задняя берцовая вена – 16, суральные вены – 15), илиофemorальный тромбоз – 70 пациентов.

Использовались внутривенная (88 пациентов), аппликационная (31 пациент) и сочетанная (внутривенная и аппликационная – 33 пациента) формы введения фотосенсибилизатора. Возраст пациентов колебался от 28 до 67 лет. В основном преобладали женщины (74,6%).

Для объективизации данных исследования проводилось изучение воспалительной реакции у всех пациентов, состояния иммунной системы и гемостаза. Контроль за эффективностью проводимого лечения осуществлялся с помощью ультразвуковых методик.

В результате проведенного лечения отмечалось значительное уменьшение отека пораженной конечности на 3-8 сутки. На 2-4 сутки происходило купирование болевого синдрома. Установлено снижение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в обеих группах пациентов в течение всего курса лечения, составляющего в среднем 21 день. Однако, если в контрольной группе отмечалось постепенное снижение количества ЦИК и достигавшее нормальных показателей к концу лечения, то при применении ФДТ отмечалось резкое уменьшение показателей ЦИК сразу после проведения сеанса и сохранялось в течение всего курса лечения. Мониторинг иммунно-воспалительной реакции, осуществляемый с помощью изучения С-реактивного белка, показал достоверное снижение показателей в обеих группах. Снижение уровня С-реактивного белка в исследуемой группе сохранялось в течение 6 месяцев после проведения ФДТ, что свидетельствует об эффективности проведенного лечения. При исследовании показателей глобальных тестов гемостаза отмечалось развитие гипокоагуляционного эффекта, наиболее выраженного в исследуемой группе. Повышение продуктов деградации фибриногена после применения ФДТ свидетельствовало о повышении фибринолитической активности. По данным доплеровского картирования лизис тромба отмечался на 15-17 сутки при отсутствии деформации сосудистой стенки на пораженном участке. Динамическое наблюдение за пациентами в течение 2-3 лет свидетельствует об уменьшении осложнений и рецидивов заболевания.

Реабилитационные мероприятия пациентов с острыми венозными тромбозами глубоких вен нижних конечностей начинали проводить уже в стационаре. В лечебно-щадящую фазу реабилитационной программы, помимо медикаментозной терапии, использовали постуральный дренаж и эластическую компрессию нижних конечностей. Применялась специальная гимнастика в горизонтальном положении пациента.

В фазу активного восстановления функций продолжали постепенное увеличение нагрузки при тренировочной ходьбе и динамической активности на несколько минут.

Ближайшие и отдаленные результаты восстановительного лечения и медицинской реабилитации оценивались двумя способами с позиций доказательной медицины.

Во-первых, определялось значение основных клинических и социальных показателей с анализом прогнозирования течения заболевания, построением математических моделей и определением коэффициента детерминации – показателя в процентном отношении объясняющего модель. Во-вторых, показатель «качества жизни» пациентов оценивался актуальным методом с расчетом кумулятивного показателя и средней ошибки кумулятивной эффек-

тивности. При этом больных обследовали каждые 6 месяцев до 3-4 раз после проведенного лечения в сроки до 18-24 месяцев. Исходные показатели, с которыми в дальнейшем проводили сравнение, определяли в конце проведенного первичного курса лечения.

У 148 пациентов, обследуемых через 4-9 месяцев от начала реабилитации, отмечали стабилизацию состояния: отек не нарастал или уменьшался, болевой синдром купировался, рецидива заболевания не наблюдалось.

Заключение. Результаты исследования показали, что применение фотодинамической терапии в комплексном лечении острых венозных тромбозов нижних конечностей можно считать перспективным направлением, позволяющим уменьшить венозные тромбоэмболические осложнения, снизить степень хронической венозной недостаточности и инвалидизации больных, уменьшить сроки реканализации тромбированного участка вен и ускорить процессы реабилитации, что значительно повышает качество жизни пациентов.

УДК 616.31

© 2013 В.А. Титоренко, В.Ю. Широков

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА РАЗРУШЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ КОРОНКИ ЗУБА (ЭВРИКА)

В статье представлен новый способ определения разрушения коронки зубов. Применение данного метода позволяет обосновать метод восстановления утраченных тканей коронки зуба (пломбы, вкладка, коронка, культевая вкладка и коронка), в зависимости от степени ее разрушения, что повышает эффективность устранения дефектов твердых тканей зуба, снижает вероятность осложнений.

Ключевые слова: коронка зуба, степень разрушения.

Утрата твердых тканей зубов – наиболее частая клиническая проблема, встречающаяся в практике врача-стоматолога. Причинами разрушения коронки зубов является кариес (распространенность в России в возрасте от 35 лет и старше составляет 98-99%), его осложнения (пульпит и периодонтит), некариозные поражения зубов: наследственная патология, травмы, эрозии, гипоплазия [1, 4, 6].

Выбор правильного метода восстановления утраченных твердых тканей зуба (пломба, вкладка, коронка, культевая вкладка и коронка) определяется степенью разрушения коронки зуба. Необоснованный выбор метода восстановления утраченных тканей зуба – основная причина осложнений и, как следствие, прогрессирование разрушения зуба вплоть до его утраты. Нерациональный выбор метода восстановления утраченных тканей зуба – одна из причин увеличения числа судебных исков к врачам-стоматологам (стоматологическим организациям) от граждан и страховых компаний. Так, в 1994 году доля исков, связанных со стоматологической помощью в Москве, от общего числа гражданских дел составляла – 1,7 %, а в 1999 году – 17 %. Таким образом, разработка методов оценки степени утраты твердых тканей зуба является актуальной проблемой стоматологии.

В настоящее время в клинической стоматологии восстановление утраченных твердых тканей зуба регламентируется «Протоколом ведения больных кариес зубов», разработанного Московским государственным медико-стоматологическим университетом, Стоматологической ассоциацией России, Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова Росздрава, стоматологической поликлиникой №2 г. Москвы и утвержденным заместителем министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым