

Кроме извитости сосудистого дерева сопротивление току крови повышали бляшки, связанные со стенкой почечной артерии. Обызвестленная бляшка устья правой почечной артерии встречалась в 33,3%, а левой почечной артерии – в 23,8%. Обызвестленная циркулярная бляшка устья со значительным гемодинамическим ограничением кровотока встречалась гораздо реже – в 3,2% как справа, так и слева. Мягкая бляшка устья наблюдалась у одного больного в правой почечной артерии. В клинической группе атеросклеротические бляшки почечных артерий явились причиной гемодинамически значимого сужения просвета артерий с ограничением кровотока чаще справа. Умеренный стеноз (50-70% сужения) справа встречался в 28,6%, а слева – в 23,8%. Стеноз высокой степени (>70% сужения) встречался только справа у 3 больных (4,8%) (табл.2).

Таблица 2

Причины ограничения кровотока и процентная степень сужения правой и левой почечных артерий у больных клинической группы

Признак	Правая почечная артерия		Левая почечная артерия	
	Абс.	%	Абс.	%
Обызвестленная бляшка устья	21	33,3	15	23,8
Обызвестленная циркулярная бляшка устья	2	3,2	2	3,2
Мягкая бляшка устья	1	1,6	0	-
50% сужения	14	22,2	11	17,5
60% сужения	3	4,8	1	1,6
70% сужения	1	1,6	3	4,8
80% сужения	2	3,2	-	-
90% сужения	1	1,6	-	-

Таблица 3

Допплерометрические характеристики кровотока в правой и левой почечных артериях у больных клинической группы

Показатель	M±m	Медиана	Доверительный интервал	Размах
Vps ППА	115,19±3,72	112,00	105,7-124,6	55,0-231,0
Ved ППА	46,33±1,96	47,00	42,4-50,3	10,0-73,0
RI ППА	0,55±0,01	0,57	0,5-0,58	0,3-0,72
PI ППА	1,16±0,19	0,86	0,8-1,54	0,45-9,9
Vps ЛПА	105,95±3,82*	99,00	98,3-113,6	61,0-198,0
Ved ЛПА	44,70±1,66	45,00	41,4-48,0	10,0-71,0
RI ЛПА	2,20±0,64**	0,55	-1,1-5,5	0,31-0,73
PI ЛПА	1,03±0,14	0,88	0,8-1,3	0,5-9,5
Асимметрия Vps	17,63±1,83	11,00	14,0-21,3	2,0-64,0
Асимметрия RI	14,90±1,80	9,00	11,3-18,5	2,0-56,0

Примечание: * – достоверные различия между параметрами ППА и ЛПА при $p < 0,05$; ** – при $p < 0,01$

Исходные доплерометрические характеристики кровотока в правой и левой почечных артериях у больных клинической группы представлены в табл.3. Слева пиковая систолическая скорость кровотока была ниже аналогичного показателя справа на 8,6% ($p < 0,05$), а индекс периферического сопротивления – выше в 4 раза ($p < 0,01$). В норме кровотоков в правой почечной артерии (75-148 см/сек) несколько выше, чем в левой (64-97 см/с), а индекс сопротивления выше слева (0,93-2,1) по сравнению с величинами справа (0,76-1,33). Однако, допустимая асимметрия скоростных (линейных) параметров кровотока в контралатеральных почечных артериях не превышает 30%, а индексов периферического сопротивления – 10%. У больных раком правой почки коэффициент асимметрии пиковой систолической скорости кровотока укладывался в допустимый диапазон, а коэффициент асимметрии периферического сопротивления превышал норму.

Таким образом, при правосторонней локализации рака почки у больных была выявлена высокая частота двухсторонних сосудистых аномалий. На стороне операции дополнительные почечные артерии, извитой ход артерий, атеросклеротические кальцифицированные и гиподенсивные мягкие бляшки затрудняли ход операции при удалении опухоли. На контралатеральной стороне сосудистые аномалии с высоким сосудистым сопротивлением еще до операции должны учитываться как возможные причины функциональной несостоятельности единственной почки в послеоперационный период.

Выводы:

1. Одностороннее злокачественное новообразование почки у больных часто сочетается с билатеральными сосудистыми аномалиями и атеросклерозом почечных артерий: множественный рассыпной тип кровоснабжения правой и левой почки, соответ-

ственно в 36,5% и 14,3% за счет добавочных и абберантных артерий, извитость почечных артерий справа в 60,3%, слева в 57,1%, обызвестленная бляшка устья правой почечной артерии в 33,3%, левой почечной артерии в 23,8%, повышение сосудистого сопротивления току крови в левой почечной артерии.

2. Сосудистые аномалии и атеросклероз почечных артерий затрудняют выполнение радикальной нефрэктомии или резекции почки, являясь причиной ухудшения кровоснабжения единственной почки после операции.

3. Для своевременного выявления сосудистых аномалий и атеросклероза почечных артерий до операции у больных раком почки рекомендовано проведение томографического и эхографического исследования почечных артерий.

Литература

1. Аляев, Ю.Г. Органосохраняющие операции при опухоли почки / Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, З.Г. Григорян, М.А. Газимиев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
2. Митьков, В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В.В. Митьков. – М., 2006. – 720 с.
3. Петров, С.Б. Практическая онкология / С.Б. Петров, Р.В. Новиков. – 2005. – №3. – С.156-161.
4. Хоффер, М. Цветовая дуплексная сонография / М. Хоффер. – М., 2007. – 108 с.
5. Uzzo, R.G. J. Urol / R.G. Uzzo, A.C. Novick. – 2008. – Vol.166. – P.6–11.

KIDNEY CANCER, VASCULAR ANOMALIES AND ATHEROSCLEROSIS RENAL ARTERY: RELATIONSHIP OF PATHOLOGY AND CLINICAL VALUE

V.YE. FROLOVA, A.YU. MAKSIMOV, A.A. DEMIDOVA, N.A. MAKSIMOVA

Rostov Oncology Research Institute

Clinical and instrumental research showed that a unilateral kidney malignant tumor is often combined with vascular anomalies and atherosclerosis renal artery. For timely revelation of vascular anomalies and renal artery atherosclerosis before operation in patients with kidney cancer tomography and ultrasonography of renal arteries are recommended.

Key words: kidney cancer, vascular anomalies, atherosclerosis of renal artery.

УДК 616.314-002-08

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, МОТИВИРОВАННЫХ НА СОБЛЮДЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ РТА, НА РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА ЗУБОВ

Е.А. ГЛУХОВА, С.И. МОРОЗОВА, Ю.А. ЮДИНА, Е.И. ФУКС*

В клиническом исследовании получены результаты применения фторидсодержащих пломбировочных материалов у пациентов, мотивированных на соблюдение индивидуальной гигиены полости рта. Доказана роль кариесогенной ситуации в полости рта, а именно уровня гигиены, определяющего кариесрезистентность твердых тканей зуба. Результаты, полученные в ближайшие и отдаленные сроки, свидетельствуют о том, что применение фторидсодержащих пломбировочных материалов при плохой гигиене рта не уменьшает риск развития вторичного кариеса.

Ключевые слова: гигиенический статус, индекс зубного налета, вторичный кариес, краевая адаптация пломбы.

Несмотря на высокий уровень оснащения стоматологических кабинетов, широкий ассортимент современных пломбировочных материалов, процент распространенности вторичного кариеса зубов остается высоким [4,6]. Нарушение краевого прилегания реставрации приводит к появлению микроподтеканий, проникновению микроорганизмов и развитию вторичного кариеса.

В данном случае встает вопрос о необходимости полной замены реставрации. Замещение дефекта приводит к увеличению объема препарирования твердых тканей, постановке еще большей реставрации, которая может иметь меньший срок службы, так как возрастает вероятность сколов истонченных стенок зуба.

Согласно эпидемиологическим данным, частота развития вторичного кариеса среди лиц молодого возраста (18-25 лет)

* ГОУ ВПО «РязГМУ им.акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития РФ, ул. Высоковольная, д. 9, г. Рязань, 390026

составляет $22,7 \pm 0,95\%$, старшего (35-44 года) – $26,65 \pm 1,15\%$ случаев [7]. Патогенетические механизмы развития вторичного кариеса зубов обусловлены не только качеством пломбировочных материалов, но и резистентностью твердых тканей зуба, что также определяет характер краевого прилегания и вероятность образования дефекта [2,4].

Методы профилактики и лечения вторичного кариеса зубов основаны на представлении о патогенезе кариеса, процессах де- и реминерализации твердых тканей зуба. Исключить прогрессирование кариозного процесса можно, благодаря применению фторидсодержащих пломбировочных материалов, которые хорошо адаптируются к твердым тканям, оказывают реминерализующее действие и соответствуют современным эстетическим требованиям.

Немаловажное значение имеет кариесогенная ситуация в полости рта, а именно уровень гигиены, который определяет резистентность твердых тканей зуба к кариозному процессу. Согласно литературным данным, среди лиц с высокими показателями индекса гигиены и большим количеством запломбированных зубов наблюдается высокий процент распространенности и интенсивности поражения зубов вторичным кариесом [7].

По данным других клинических наблюдений интенсивность кариозного процесса нередко минимальна у лиц, не проводивших регулярного ухода за зубами и употреблявших большое количество углеводов. Различные результаты исследований свидетельствуют о том, что интенсивность кариеса зависит не только от уровня гигиены, но и от резистентности твердых тканей зубов.

Анализ литературных источников указывает на необходимость повышения эффективности профилактики и лечения вторичного кариеса за счет поиска новых и совершенствования известных способов, что обуславливает актуальность и цель выбранного нами исследования [2,5].

Исходя из теоретических предпосылок противокариозного действия фторидов и профилактической роли гигиенического состояния полости рта, можно предположить, что пломбирование зубов фторидсодержащими пломбировочными материалами в сочетании с хорошим уровнем гигиены рта может привести к повышению резистентности твердых тканей, окружающих пломбу, более длительному сохранению хорошей краевой адаптации [3].

Наше предположение стало основанием для проведения клинического исследования эффективности применения фторидсодержащих пломбировочных материалов у пациентов, мотивированных на соблюдение индивидуальной гигиены полости рта [1].

Цель исследования – совершенствование эффективности лечения кариеса постоянных зубов.

Материалы и методы исследования. В клиническом исследовании осмотрено 112 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, у которых обнаружено 417 зубов с вторичным кариесом. Все пациенты были разделены на две группы: основную, в которой кариозные полости пломбировали фторидсодержащими материалами, и контрольную, в которой применяли композитный материал без фтора. Основную группу разделили на четыре подгруппы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в клиническом исследовании в зависимости от пломбировочного материала

Группы	Пломбировочный материал	Кол-во больных	Число зубов
Основная группа	I "Charisma"	24	83
	II "Dyract"	22	85
	III "Filtek Silorane"	21	82
	IV "Ionofil Plus"	22	86
Контрольная	"Filtek Z250"	23	81
ИТОГО		112	417

Обследование пациентов включало жалобы, анамнез заболевания и анамнез жизни. Особое внимание уделяли наличию общесоматической патологии, особенностям питания, гигиены рта, оценивали состояние твердых тканей зубов, краевое прилегание пломб, глубину кариозных полостей, плотность и чувствительность дентина.

Для достижения поставленной цели проводили удаление старой пломбы, препарирование кариозной полости стерильными алмазными борами с охлаждением при скорости вращения 200000 об/мин., соблюдая принцип «биологической целесообразности» И.Г. Лукомского. Степень удаления кариозного дентина во всех случаях определяли с помощью кариес-детектора "Seek"® (Ultradent). Проводили антисептическую обработку кариозных

полостей 0,05% раствором хлоргексидина и пломбирование одним из исследуемых материалов.

В первое посещение всем пациентам проводили профессиональную гигиену рта, которая включала определение гигиенического индекса, снятие зубных отложений по показаниям и мотивацию на соблюдение эффективной индивидуальной гигиены рта. На каждом последующем осмотре проводили определение индекса зубного налета, снятие зубных отложений и обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта.

С помощью индекса зубного налета (PI) по Silness и Loe оценивали степень интенсивности налета и его толщину на участке шейки зуба, а именно, в области десневой борозды, поверхности зуба и десневого края. Оценку проводили на вестибулярной, оральной, медиальной и дистальной поверхностях зуба с помощью зонда и стоматологического зеркала. Таким образом, каждому зубу соответствовало четыре показателя. Для получения среднего значения сумму данных показателей делили на четыре.

Оценка индекса зубного налета (PI) по Silness и Loe при повторных осмотрах позволяет судить о динамике в процессе лечения. Контрольные осмотры проводили через 3, 6 и 12 месяцев.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением методов математической статистики с использованием ПЭВМ "Pentium-IV" в системе Microsoft Excel, 2000, 8.0., при этом были использованы основные статистические величины: M – выборочное среднее, m – ошибка среднего, v^2 – среднее квадратичное отклонение, p – достигнутый уровень значимости. Проводилась оценка достоверности результатов нормальной выборки по критерию Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Исходные данные PI во всех группах наблюдения, в том числе и в контрольной, были практически одинаковы ($p > 0,05$), так как распределение пациентов по группам проводили методом случайной выборки (табл. 2). В связи с этим результаты обследования в основной и контрольной группах были оценены совместно.

Таблица 2

Индекс зубного налета (PI) по Silness и Loe пациентов основной и контрольной групп до лечения ($M \pm m$)

Группы	Среднее значение PI (в баллах)	Структура PI (%)		
		$0 < PI \leq 1,0$	$1,0 < PI \leq 2,0$	$2,0 < PI \leq 3,0$
Основная	I	$1,42 \pm 0,17$	12,50	8,33
	II	$1,37 \pm 0,22$	22,73	9,09
	III	$1,36 \pm 0,19$	23,81	4,76
	IV	$1,41 \pm 0,19$	27,27	9,09
Контрольная	$1,36 \pm 0,20$	26,09	60,87	13,04
ИТОГО	$1,38 \pm 0,19$	22,48	68,66	8,86

Для объективной оценки результатов обследования в каждой клинической группе в зависимости от показателя PI условно выделено три подгруппы. К первой подгруппе были отнесены пациенты с показателями индекса $0 < PI \leq 1,0$, ко второй – $1,0 < PI \leq 2,0$, к третьей – $2,0 < PI \leq 3,0$. Согласно полученным данным, большинство обследованных лиц (68,66%) имели показатель индекса зубного налета в пределах: $1,0 < PI \leq 2,0$, что в 3,1 раза больше числа пациентов с показателями индекса $0 < PI \leq 1,0$. Показатели индекса $2,0 < PI \leq 3,0$ выявлены у 8,86% пациентов (табл. 2).

Так как во время первого визита все пациенты были мотивированы на соблюдение индивидуальной гигиены рта, в сроки 3, 6 и 12 месяцев не выявлено ни одного случая с индексом зубного налета больше 2,0 баллов, то есть в диапазоне $2,0 < PI \leq 3,0$.

Согласно результатам обследования, в срок 6 месяцев отмечена следующая закономерность. При применении фторидсодержащих пломбировочных материалов частота развития вторичного кариеса сводится к минимуму, особенно при низких значениях индекса зубного налета (PI). В контрольной группе, при пломбировании зубов композитным материалом, не содержащим фториды, частота развития вторичного кариеса значительно выше, и она не зависит от гигиенического состояния рта пациентов (табл. 3).

Через 12 месяцев после лечения в первой подгруппе (Charisma) отмечено снижение индекса зубного налета (PI) в 1,4 раза в сравнении с исходными данными, что составило $1,04 \pm 0,12$ балла ($p < 0,05$). Вторичный кариес диагностирован у 10,84% пациентов, из которых 8,43% имели индекс зубного налета в пределах $1,0 < PI \leq 2,0$, что в 3,5 раза превышает показатель вторичного кариеса среди лиц с низкими значениями PI ($0 < PI \leq 1,0$).

Во второй подгруппе (Dugact) через 12 месяцев после лечения индекс зубного налета (PI) изменился незначительно в сравнении с предыдущим осмотром и составил $1,03 \pm 0,11$ балла. В сравнении с исходными данными, PI снизился в 1,3 раза ($p < 0,05$). Вторичный кариес на данном этапе наблюдения выявлен в 10,58% случаев, при этом частичный откол одной пломбы (1,17% случаев) зафиксирован у пациента с индексом зубного налета (PI) в диапазоне $0 < PI \leq 1,0$. В остальных случаях вторичный кариес имели пациенты со средними значениями индекса зубного налета ($1,0 < PI \leq 2,0$).

Таблица 3

Зависимость распространенности вторичного кариеса и индекса зубного налета по (PI) по Silness и Loe в динамике наблюдения

Группы	Сроки	PI (в баллах)	3 месяца	6 месяца	12 месяцев
			Вторичный кариес (%)	Вторичный кариес (%)	Вторичный кариес (%)
Основная группа	Charisma	$0 < PI \leq 1,0$	–	1,20	2,41
		$1,0 < PI \leq 2,0$	4,82	7,23	8,43
		$2,0 < PI \leq 3,0$	–	–	–
	Dugact	$0 < PI \leq 1,0$	–	–	1,17
		$1,0 < PI \leq 2,0$	2,35	7,06	9,41
		$2,0 < PI \leq 3,0$	–	–	–
	Filtek Silorane	$0 < PI \leq 1,0$	–	–	1,22
		$1,0 < PI \leq 2,0$	1,22	4,88	6,10
		$2,0 < PI \leq 3,0$	–	–	–
	Ionofil Plus	$0 < PI \leq 1,0$	–	1,16	2,32
		$1,0 < PI \leq 2,0$	4,65	8,14	9,30
		$2,0 < PI \leq 3,0$	–	–	–
Контрольная группа: Filtek Z250		$0 < PI \leq 1,0$	1,23	3,70	4,94
		$1,0 < PI \leq 2,0$	3,71	7,40	8,64
		$2,0 < PI \leq 3,0$	–	–	–

В третьей подгруппе (Filtek Silorane) отмечено улучшение гигиенического статуса у пациентов в 1,3 раза ($p > 0,05$), при этом средний показатель индекса зубного налета (PI) стал равен $1,06 \pm 0,10$ балла. Удельный вес пациентов с вторичным кариесом составил 7,32% случаев, большинство из которых (6,10%) имели индекс зубного налета (PI) в пределах $1,0 < PI \leq 2,0$.

После пломбирования зубов стеклоиономерным цементом Ionofil Plus не выявлено существенных изменений среднего показателя индекса зубного налета (PI), хотя в сравнении с исходным показателем отмечено снижение PI в 1,3 раза. Вторичный кариес диагностирован у 11,62% пациентов, из которых только 2,32% случаев имели низкие показатели индекса зубного налета (PI) – $0 < PI \leq 1,0$, что в 4 раза меньше числа пациентов, у которых индекс зубного налета (PI) имел средние значения ($1,0 < PI \leq 2,0$).

Через 12 месяцев наблюдения в контрольной группе (Filtek Z250) полученные результаты отличались от результатов основной группы, так же как на предыдущих этапах. При отмеченном снижении индекса зубного налета (PI) в 1,3 раза, процент пациентов с вторичным кариесом вырос до 13,58%, среди которых 4,94% имели низкие показатели индекса зубного налета (PI) – $0 < PI \leq 1,0$.

Выводы. На основании проведенного исследования можно предположить, что применение пломбировочного материала, не содержащего фториды, даже при хорошем уровне гигиены рта, не оказывает профилактическое действие в отношении развития вторичного кариеса. Так же, как применение фторидсодержащих пломбировочных материалов при плохой гигиене рта не уменьшает риск развития вторичного кариеса. Таким образом, хорошая гигиена рта является лишь одним из факторов, влияющих на развитие вторичного кариеса. Это подтверждают результаты, полученные в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Литература

1. Астахова, М.И. Электрометрические исследования твердых тканей зубов у больных с хроническими воспалительными заболеваниями почек / М.И. Астахова, Л.П. Герасимова, В.Н. Павлов // *Стоматология*. – 2009. – №2. – С.20-22.

2. Зайнуллина, Е.В. Профилактика вторичного и рецидивного кариеса у лиц с интенсивным поражением зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Зайнуллина. – Пермь, 2008. – 18 с.

3. Поюровская, И.Я. Композиты в стоматологии: основные представления и перспективы развития / И.Я. Поюровская // *Стоматология*. – 2006. – №3. – С.71–77.

4. Проблема краевого прилегания пломб и возможности её решения в стоматологической клинике / Г.Г. Иванова [и др.] // *Клиническая стоматология*. – 2003. – №1. – С. 63–64.

5. Рединова, Т.Л. Клинические и электрометрические критерии вторичного и рецидивирующего кариеса зубов / Т.Л. Рединова, Е.В. Зайнуллина // *Клиническая стоматология*. – 2007. – №2. – С. 14–16.

6. Рыбникова, Е.П. Клинические аспекты современного подхода к лечению кариеса зубов. Вопросы и ответы / Е.П. Рыбникова // *Клиническая стоматология*. – 2008. – №1. – С.14–17.

8. Солнцев, А.С. Вторичный кариес зубов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.С. Солнцев. – Омск, 1999. – 34 с.

INFLUENCE OF HYGIENIC STATUS OF PATIENTS MOTIVATED TO THE OBSERVANCE OF INDIVIDUAL HYGIENE OF ORAL CAVITY TO THE PROGRESSION OF SECONDARY CARIES

YE.A. GLUKHOVA, S.I. MOROZOVA, YU.A. YUDINA, YE.I. FUKS

Ryazan State Medical Academy after I.P. Pavlov

The article highlights the results of applying fluorine-containing filling materials at patients motivated to good individual hygiene of oral cavity. The role of cariesogenic situation in the oral cavity is proved, namely, the level of hygiene determining caries resistance of tooth's hard tissues. The results obtained in nearest and distant periods witness that applying fluorine containing filling materials at patients with bad oral hygiene do not decrease the risk of secondary caries progression.

Key words: hygienic status, index of dental deposit, secondary caries, marginal adaptation of filling.

УДК 616.71 – 001.59 – 089.84 – 003.93

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТОПЫ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ВЗРОСЛЫХ

А.А. МУХАМАДЕЕВ*, Н.А. КОРЫШКОВ**, И.А. НОРКИН*, В.Д. БАЛАЯН*, Д.Г. КОЗЬМОВ***

Сообщение посвящено анатомическим изменениям сухожилий, связок, мышц и костей стопы при врождённой косолапости тяжёлой степени у взрослых, тактике хирургического лечения и оценке результатов. В связи с большим количеством осложнений, неудовлетворительных исходов и рецидивов предложен способ двухэтапной оперативной реконструкции деформации стопы, который позволяет получить хороший анатомический и функциональный результат при данной патологии.

Ключевые слова: анатомические изменения, деформация стопы, косолапость, хирургическое лечение, реабилитация, схема оценки результатов оперативного лечения.

По данным литературы последних лет врождённая косолапость у взрослых больных составляет 3–5% [3,5]. Несмотря на успехи ортопедии, лечение больных с врождённой косолапостью до настоящего времени является одной из наиболее сложных проблем. Нередко приходится встречаться с запущенными, недостаточно или неправильно лечёнными случаями данной деформации. Проведённые исследования показывают, что лечение больных с врождённой косолапостью сопровождается большим количеством осложнений и неудовлетворительных исходов – от 41 до 70% наблюдений. Особые трудности возникают при лечении взрослых пациентов. В связи с рецидивами, неудовлетворительными отдалёнными результатами лечения больных возникает необходимость в критическом анализе тактики хирурга – ортопеда с целью её совершенствования [8]. Перед врачом – ортопедом стоит задача: устранить деформацию косолапой стопы, восстановить функцию, опороспособность и выносливость реконструированной стопы.

В литературе нет единого мнения об оценке результатов оперативного лечения врождённой косолапости. О.В. Бейдик

* ФГБУ «СарНИИТО» Минздравсоцразвития России, ул.Чернышевского, д.148, г.Саратов, 410002, тел.: (845-2) 393-051, e-mail: sarniito@yandex.ru.

ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздравсоцразвития России, ул. Приорова, 10, г. Москва, 125299

*** ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России», ул. Большая Казачья, 112, ГСП, Саратов, 410012