



цет Горбаня, шпатель (с технологическим отверстием для проведения нити), возможно применение витреального цангового пинцета.

Технология имплантации ИХГ при отсутствии капсульной поддержки путем лимбальной интракорнеальной шовной фиксации была применена нами в клинике у 78 пациентов с катарактой и афакией в возрасте от 17 до 95 лет. Сроки наблюдения варьировали от 2 мес до 6 лет. Всем пациентам до и после операции проведено стандартное офтальмологическое обследование. Острота зрения до оперативного вмешательства от правильной светопроекции до 0,1 (у пациентов с афакией острота зрения с коррекцией до 0,7). У 53 пациентов с катарактой на различных этапах ее экстракции имело

место два вида осложнений: обширный разрыв задней капсулы хрусталика (44 пациента) и полный отрыв капсульного мешка от волокон цинновой связки (9 пациентов), сопровождавшиеся выпадением стекловидного тела в переднюю камеру. Всем пациентам были имплантированы заднекамерные модели ИХГ, в основном Т-26, а также модели с S-образной гапстикой с шовной фиксацией гаптических (56 глаз) и оптических (22 глаза) элементов к лимбу. Гемофтальм не отмечен ни в одном наблюдении во время имплантации. В послеоперационный период не было дислокации ИХГ и прорезывания лимбального интракорнеального шовного узла наружу или внутрь, в переднюю камеру.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.833.17-085.841

С.В.Козлов, Ю.А.Родин, А.А.Ушаков, Н.Г.Сучкова — Исследование эффективности применения аппаратов серии «ДиаДЭНС» в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Чрескожная электронейростимуляция и как один из новых ее вариантов — динамическая электронейростимуляция (ДЭНС-терапия) оказывают анальгезирующий эффект, который может быть объяснен при помощи «воротной теории боли», согласно которой в задних рогах спинного мозга находится нейронный механизм, регулирующий, подобно воротам, поток афферентной болевой импульсации с периферии в ЦНС.

Кроме анальгезии, возникающей во время процедуры, ДЭНС-терапия оказывает выраженное вазоактивное действие, в результате которого усиливаются кровообращение в ишемизированных тканях, обменные и трофические процессы в зоне воздействия и в глубоко лежащих тканях, сегментарно-связанных с кожными сегментами.

Под воздействием курсовой электростимуляции снижается отек и регрессируют явления воспаления, т. е. устраняется причина, вызывающая болевой синдром.

Аппараты серии «ДиаДЭНС», разработанные ООО «РЦ АРТ» г. Екатеринбурга (Россия), находились на медицинских испытаниях в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко с сентября 2005 г. по настоящее время в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

Методика применялась в 3 группах пациентов: в 1-й — как самостоятельный метод лечения, во 2-й — в сочетании с антибактериальной и противовоспалительной терапией (АБиПВТ) в послеоперационный период, в 3-й — в комбинации с другими методами физиотерапии (МФТ).

Лечение проведено при следующей патологии зубочелюстной системы:

- постэкстракционный альвеолит — 20 случаев;
- гнойно-воспалительные заболевания в стадии разрешения воспалительного процесса — 14 случаев;
- артрозоартрит височно-нижнечелюстных суставов — 14 случаев.

Контрольную группу составили 25 пациентов, которым проводилось только традиционное лечение без применения ДЭНС-терапии.

Методика ДЭНС-терапии:

- воздействие проводили по стабильно-лабильной (сканирующей) методике и методом рефлексотерапии по биологически активным точкам акупунктуры и триггерным зонам;
- режим воздействия подбирали индивидуально, начиная с фиксированной частоты 100 Гц и длительности импульса 0,2 мс. Плавно увеличивали силу тока до появления спровоцированной парестезии типа «вибрации» в зоне воздействия. Затем, изменяя длительность импульсов и частоту их следования, подбирали оптимальный режим стимуляции, при котором не было болевых ощущений, «вибрация» приятна и быстро наступает анальгезия;
- продолжительность воздействия составляла в среднем 10–20 мин и варьировала в зависимости от патологии, локализации и динамики уменьшения болевого синдрома;
- курс лечения — по 1 процедуре ежедневно в течение 8–15 дней.

Противопоказаниями к проведению ДЭНС-терапии были:



Результаты применения аппарата «ДиаДЭНС»

Показатель эффекта лечения	Варианты лечения			
	Только «ДиаДЭНС»	«ДиаДЭНС» + АБиПВТ	«ДиаДЭНС» + МФТ	Только традиционное лечение
Быстрое уменьшение болевого синдрома, % случаев	87	92	98	72
Сроки реабилитации прооперированных больных, сут, $\bar{x} \pm m_{\bar{x}}$	13,2 \pm 0,3	11,5 \pm 0,4	8,1 \pm 0,6	14,3 \pm 0,5

– острые лихорадочные состояния;
 – беременность;
 – острые дерматозы;
 – злокачественные новообразования;
 – имплантированный электрокардиостимулятор.

Результаты применения аппарата «ДиаДЭНС» представлены в таблице.

После проведения курсового лечения хороший лечебный эффект, выражающийся в быстром уменьшении и исчезновении болевого синдрома, получен при применении только аппарата «ДиаДЭНС» у 87% пациентов, при сочетании ДЭНС-терапии с АБиПВТ – у 92%, при сочетании с МФТ – у 98%, а при проведении только традиционного лечения – у 72%.

Сроки реабилитации прооперированных больных при применении только аппарата

«ДиаДЭНС» составили 13,2 \pm 0,3 сут, при сочетании ДЭНС-терапии с АБиПВТ – 11,5, при сочетании с МФТ – 8,1 \pm 0,6, а при проведении только традиционного лечения – 14,3 \pm 0,5.

Из приведенных данных следует, что аппараты серии «ДиаДЭНС» могут применяться для лечения большого спектра патологических состояний зубочелюстной системы в качестве самостоятельного физиотерапевтического метода, а также в сочетании с другими лечебными мероприятиями. Однако максимальный положительный эффект (быстрое уменьшение и исчезновение болевого синдрома, сокращение сроков реабилитации прооперированных больных) может быть достигнут при сочетании ДЭНС-терапии с другими методами физиотерапии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
 УДК 616.12-008.331.1-057.36-085

С.В.Агеев, В.М.Мануйлов, И.Г.Мосягин – Эффективность сочетанного применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения гипертензивной болезни у военнослужащих.

В течение 2003–2008 гг. на базе 1469 ВМКГ Северного флота и военного санатория «Солнечногогорский» проведено лечение 304 пациентов мужского пола в возрасте 24–59 лет (157 военнослужащих и 147 пенсионеров), страдающих *гипертензивной болезнью* (ГБ) I и II стадии в течение 8,5 \pm 5,3 года; в их числе больных артериальной гипертензией I степени – 98, II степени – 206.

Критериями исключения из исследования были симптоматические гипертензии, ГБ III стадии, хроническая недостаточность кровообращения III–IV по NYHA, постоянная форма мерцательной аритмии, атриовентрикулярная блокада II–III степени, полная блокада ножек пучка Гиса, перенесенный инфаркт миокарда, инсульт и другие тяжелые сосудистые расстройства, которые тесно связаны с гипертензивным синдромом, а также с ожирением III степени и прочими заболе-

ваниями, по которым согласно приказа министра обороны РФ от 20 августа 2003 г. № 200 больные признаются не годными к военной службе в мирное и военное время.

Особенности клинко-лабораторной картины и психологического статуса в процессе лечения оценивали при поступлении в стационар, перед выпиской и через 3–4 мес.

Пациенты были разделены на три равные группы, соотносимые по возрасту, стадиям течения ГБ и степеням недостаточности кровообращения.

В контрольной группе пациентам проводили только стандартную одно- и двухкомпонентную антигипертензивную терапию.

Пациентам первой группы в дополнение к стандартной терапии назначали позитивную психотерапию (7–10 сеансов). Работа с больными проводилась в рамках модели позитивной психотерапии в группах