

первого года от начала патологического процесса язвенный колит распознается только у 25% больных. У остальных же пациентов диагноз устанавливается только через 3 - 12 лет от появления первых признаков заболевания. С каждым годом его существования увеличивается удельный вес осложнений. Так, например, при длительности болезни Крона до 3 лет осложнения наблюдаются у 55% пациентов, а свыше указанного срока - у 100%. В последнее время участились наблюдения, при которых хронический воспалительный процесс в толстой кишке нельзя отнести ни к БК, ни к НЯК. В подобных ситуациях было предложено патологический процесс в толстой кишке характеризовать как недифференцированный язвенный колит.

В процессе оказания экстренной помощи больным, поступившим с явлениями распространенного гнойного перитонита, мы выявили и такое своеобразное атипичное течение местного воспалительного процесса толстой кишки, как сегментарные некрозы как тонкой, так и толстой кишки, при этом патолого-анатомические исследования удаленного сегмента кишки не подтверждали ни БК, ни НЯК, а только они не противоречили данным диагнозам. Местный патологический процесс у данной группы больных характеризовался крайней агрессивностью течения и не был обусловлен ни сепсисом, ни тромбозом мезентериальных сосудов, и был именно связан с наличием хронического воспалительного процесса в толстой кишке.

Под нашим наблюдением находилось 69 больных с БК и НЯК, имевших некроз и перфорацию ободочной кишки, из которых только у 7 (10,1%) на фоне хронического воспалительного процесса в толстой кишки имелся циркулярный некроз кишечной стенки на протяжении от 5 до 30 см, при этом у 4 пациентов одновременно была поражена толстая и тонкая кишка. Некроз ткани сопровождался их распадом. Это привело к развитию распространенного гнойного перитонита, который протекал на фоне тяжелого эндотоксического шока. У 6 пациентов это осложнение возникло после принятия молочных продуктов, а у 1 - алкоголя. Из 7 больных 5 было мужчин. Возраст больных был от 37 до 66 лет. Ни один из них ранее не лечился по поводу НЯК и БК, хотя все они несколько лет страдали запорами, которые периодически сменялись поносами и вздутием живота. У всех пациентов были тяжелые сопутствующие заболевания, в том числе: аллергический васкулит - 1, хронический алкоголизм - 2, ревматоидный полиартрит - 1, пиодермия - 1, туберкулез легких и хронический гепатит - 1, хронический остеомиелит - 1. Поражение тонкой кишки у 3 пациентов было одиночным - от ограниченного, до распространенного и только у 1 - оно носило множественный сегментарный характер. Толстая кишка была значительно расширена во всех отделах и имела массивные очаги кровоизлияний. Слизистая ее оболочка была изъязвлена на всем протяжении и имела все признаки хронического воспаления. У больных с поражением тонкой кишки выполнена резекция некротизированного сегмента. У 2 больных осуществлена левосторонняя гемиколэктомия (по методике Гартмана), а у 1 - правосторонняя с наложением иле-

отрансверзоанастомоза. Из 7 больных умерло 4. Причиной смерти послужил перитонит.

Таким образом, сегментарные некрозы тонкой и толстой кишки можно отнести к определенному своеобразному виду течения недифференцированного язвенного колита.

### **Состояние вегетативной нервной системы как критерий выбора поддерживающей терапии у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**

Шемятенков В.Н., Турукин С.В., Свищев А.Д.  
*Саратовский государственный медицинский университет, Саратов*

Вероятность рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при отсутствии поддерживающей терапии достигает 50-90%. В связи с необходимостью длительного противорецидивного лечения анализ соотношения "эффективность/стоимость" при его назначении приобретает исключительно важное значение.

В данном исследовании анализировалось влияние вегетативной нервной системы (ВНС) на эффект от применения различных по стоимости препаратов (омепразола и фамотидина) в качестве поддерживающей терапии.

Противорецидивное лечение омепразолом в дозе 20 мг в сутки проводилось у 43 больных ГЭРБ, фамотидином - в дозе 20 мг 2 раза в сутки у 39 пациентов в течение года. Анализировалось количество рецидивов заболевания, подтвержденных эндоскопически. Перед началом терапии проводилось комплексное исследование ВНС с оценкой тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности, определением коэффициента Хильдебранта.

Суммируя результаты анализа эффективности применения омепразола и фамотидина у больных ГЭРБ в качестве поддерживающей терапии в зависимости от состояния ВНС, можно сформулировать условия, при которых применение препаратов дает одинаковое количество рецидивов в течение года. При данных условиях фамотидин является препаратом выбора из-за меньшей стоимости, если у больного ГЭРБ активация парасимпатического отдела ВНС >22%, коэффициент Хильдебранта <0,85 Ед, выраженность соляного рефлекса превышает 3,1 Ед, показатели вегетативной лабильности ОИЛ и КИЛ более 2,8 Ед и 4,6 Ед соответственно. Однако использование пяти критериев при выборе тактики поддерживающей терапии в пользу фамотидина или омепразола может вызвать определенные сложности в практической деятельности врача гастроэнтеролога. В связи с этим, нами была предпринята попытка разработки более простого интегрального показателя. Наиболее приемлемым математическим подходом при решении поставленной задачи является расчет условных вероятностей Байеса.

После математической обработки указанным методом результатов поддерживающей терапии у всей группы больных ГЭРБ (43 человека, принимавших фамотидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки и 39 пациентов,

лечившихся омегапроломом 20 мг в сутки) было установлено, что одинаковое количество обострений (на уровне 0,38 в год) при приеме омегапролома и фамотицина характерно для пациентов с активацией парасимпатического отдела ВНС >23%, повышенным соллярным рефлексом > 3,5 Ед и лабильностью ВНС по величине ОИЛ > 2,8 Ед.

С учетом полученных данных и исходя из экономической целесообразности, применение фамотицина в качестве поддерживающей терапии у больных ГЭРБ возможно при значительной активации парасимпатического отдела ВНС, выраженном соллярном рефлексом и повышенной лабильности ВНС.

### **Взаимосвязь хирургических и ортодонтических мероприятий по ранней реабилитации детей-инвалидов со сквозным несращением губы и неба**

Шульженко В. И., Верапатвелян А. Ф.

*Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар*

До 95% детей-инвалидов со сквозным несращением губы и неба при правильной организации лечебно-реабилитационного процесса могут стать совершенно полноценными членами общества [Козин Н.А. (1996)].

В большинстве областей нашей страны имеются диспансерные Центры по лечению детей с врожденной патологией лица. Почти в каждом есть программы комплексной реабилитации пациентов со сквозными несращениями губы и неба (СНГН), основанные на своем опыте работы. В связи с этим, возникло многообразие подходов и систем комплексной реабилитации детей с несращениями.

Большинство этих программ ориентировано на раннюю реабилитацию, так как это обеспечивает оптимальные условия для гармоничного развития личности ребенка [Виссариов В.А. с соавт. (1994, 1996), Блохина С.И. (1994, 2002), Дьякова С.В. (2002), Мамедов Ад.А. (2002), Рогинский В.В. с соавт. (2002), Цыплакова М.С. (2002)]. Лечение начинается с первых дней жизни ребёнка и продолжается в течение многих лет. Но, к сожалению, не всегда результативно [Корнюшин Н.И., Оспанова Г.Б. (1994)]. Это свидетельствует о несовершенстве предлагаемых подходов [Гончаков Г.В. (2002)].

Ошибки раннего этапа лечения имеют далеко идущие последствия, приводящие к усугублению вторичных деформаций челюстно-лицевой области, что отодвигает возраст полной реабилитации пациента [Козин Н.А. (1996)].

В течение 14-летнего существования кафедры детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии в Кубанской государственной медицинской академии накоплен значительный опыт работы по ранней реабилитации детей с СНГН. На основе этого сложилась схема мероприятий, осуществляемых во взаимосвязи хирургом и ортодонтом:

1 С рождения и до 6-8 месяцев ортодонт создает условия для хейло - и уранопластики, путём нормализации миофункционального баланса зубочелю-

стной системы с помощью функционально-формирующей пластинки. Так же проводится психологическая, информационная и организационная помощь родителям.

2 В 6-12 месяцев хирург проводит хейлопластику с обязательным формированием преддверья полости рта.

3 В возрасте от года до 3 лет проводится ранняя щадящая уранопластика (РЦУ). В послеоперационном периоде (не менее 1 года) действия ортодонта направлены на противодействие рубцовому стяжению к средней линии фрагментов верхней челюсти, формирование свода твёрдого и мягкого нёба, восстановление функции мягкого нёба, нормализацию позиции фронтальной группы зубов и клыка на стороне поражения, пришлифовывание нижних клыков. Для этого используются: трейнер, защитная пластинка, съёмные аппараты, нёбный массажёр и др. В этом возрасте проводятся и другие мероприятия: физиотерапия, электромиостимуляция, массаж, логопедия, ЛФК, профилактика и лечение кариеса, санация ЛОР-органов, психотерапия.

4 Если РЦУ не проведена до 3 лет, то в возрасте с 3 до 6 лет до поздней уранопластики (ПУ) ортодонт расширяет верхний зубной ряд с гиперкоррекцией, исправляет положение фрагментов с помощью лицевой маски. После ПУ, коррекции верхней губы и преддверья полости рта ортодонтом проводятся мероприятия как после РЦУ.

5 В возрасте с 6 до 12 лет хирург по ортодонтическим показаниям удаляет на нижней челюсти временные и постоянные зубы, рассекает послеоперационные рубцы, проводит компактоosteотомию, коррекцию верхней губы и преддверья полости рта, устраняет нёбно-глочную недостаточность. Ортодонт влияет на рост челюстей, нормализует положение прорезывающихся зубов и окклюзию с помощью лицевой маски, лицевой дуги, несъёмной техники, быстрого нёбного расширителя. Для достижения стабильной ретенции хирургом проводится ранняя остеопластика дефекта альвеолярного отростка, а ортодонтом используются съёмные ретейнеры и протезы.

6 С 12 до 18 лет кроме вышеперечисленных мероприятий хирург устраняет остаточный дефект нёба и альвеолярного отростка поздней остеопластикой. Проводит ринохейлопластику, удаляет зачатки 8Т8, устраняет макроглоссию. Ортодонтические мероприятия направлены на увеличение объёма полости рта и нормализацию положения языка вышеперечисленной аппаратурой. Кроме этого значение придаётся социальной адаптации.

7 Пациентам старше 18 лет при гнатической патологии проводим операции на челюстных костях с дохирургической ортодонтической подготовкой несъёмной техникой и закреплением результатов оперативного вмешательства рациональным протезированием.

Отсутствие одного из этапов в комплексном лечении детей с СНГН приводит к ухудшению окончательных результатов.

На наш взгляд, предложенная схема поможет планировать и соблюдать последовательность сла-