

исследовании результатов лечения с применением дентальных имплантатов одной из причин утраты имплантатов называет ошибки на ортопедическом этапе. 80% имплантатов были утрачены из-за некачественно изготовленных съёмных зубных протезов фиксируемых на ленточной балке с дополнением ригельными или кнопочными замками. Через 5 лет протез фиксировался только на замках, что приводило к балансированию протеза и соответственно к перегрузке имплантатов[3].

В результате исследования нами предложен следующий способ фиксации съёмных конструкций зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты.

1. на рабочей модели изготавливается балочная конструкция винтовой фиксации соединяющая имплантаты;

2. изготавливается обычный пластиночный съёмный протез имеющий в базисе выемку и свободно одевающийся на модель с балочной конструкцией;

3. балочная конструкция фиксируется винтами в полости рта к дентальным имплантатам;

4. выемка в протезе заполняется эластичной пластмассой и устанавливается на челюсть пациента;

5. после отверждения пластмассы излишки удаляются и производится проверка фиксации съёмного протеза.

Результаты исследования и их обсуждение: данный способ фиксации позволяет обеспечивать постоянный плотный контакт поверхности протеза и протезного ложа. Сама фиксация является не жёсткой, а эластичной, что обеспечивает меньшую нагрузку на дентальные имплантаты. При применении данного способа фиксации дентальные имплантаты не несут опорной нагрузки, а выполняют удерживающую функцию.

Заключение: разработанный способ обеспечивает надёжную фиксацию съёмных конструкций зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты, что позволит улучшить качество жизни пациентов. Данный способ прост в изготовлении и не требует сложного обучения по работе с дентальными имплантатами по сравнению с другими способами.

Ключевые слова: дентальные имплантаты, полный съёмный пластиночный протез.

Литература

1. Рубникович, С.П. Лечение пациентов с полной адентией верхней челюсти съёмными протезами с опорой на дентальные имплантаты / Рубникович С.П. // Стоматолог. Минск – 2015. - №3(18). – с. 29-36.

2. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. – 3-е изд. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», -2011. – 400 с.

3. Миш, К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты / К.Е. Миш. – М.: «Рид Элсивер», 2010.-616 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНУРЕЗОМ

Л.В. Подсадчик, А.П. Сиваков, С.М. Манкевич,

Т.И. Грекова, В.А. Лукашевич

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
ул. П.Бровки 3, Минск, Беларусь; E-mail:plvalter@tut.by*

Methods of laser puncture and transdermal laser blood irradiation therapy were proposed to treat patients with nocturnal enuresis. It helps to achieve good therapeutic results in patients with enuresis.

Ночное недержание мочи у детей (энурез) – распространенное заболевание в детском возрасте. Расстройства акта мочеиспускания по типу энуреза известны с глубокой древности - упоминания об этом состоянии встречаются в древнеегипетских папирусах и

относятся к 1550 году до н.э. Ночным энурезом (от греческого «enureo» – мочиться) называют недержание мочи, связанное с отсутствием или утратой формирования навыков опрятности к возрасту 6 лет [1].

В лечении детей с ночным недержанием мочи принимают участие врачи разных специальностей: детские неврологи, педиатры, психиатры, эндокринологи, нефрологи, урологи, гомеопаты, физиотерапевты и т.д. Необходимость участия такого широкого спектра специалистов разного профиля обусловлено многообразием причин и отклонений в различных звеньях систем организма пациентов. Используются медикаментозные и немедикаментозные (рефлексотерапия, психотерапия, физиотерапевтические) методы.

Ночной энурез - мультифакторное заболевание. Среди причин формирования недержания мочи основными считаются: врожденное нарушение механизмов формирования условного «сторожевого» рефлекса, задержка становления навыков регуляции мочеиспускания, нарушения приобретенного рефлекса мочеиспускания из-за воздействия неблагоприятных факторов, наследственная отягощенность. Причинами возникновения ночного энуреза могут быть инфекции, пороки развития и нарушения функций почек, мочевого пузыря и мочевыводящих путей, поражения нервной системы, психологические стрессы, неврозы, реже расстройства психики [1,2]. Если у ребенка с недержанием мочи отсутствуют признаки воспаления со стороны мочевого пузыря или нарушения со стороны мочевыделительной системы частой причиной энуреза является частичная незрелость центральной нервной системы.

Рефлексотерапия (РТ) является эффективным методом лечения ночного недержания мочи и может использоваться самостоятельно или в комплексе с другими методами терапии. Воздействие на точки акупунктуры может осуществляться различными вариантами – классическое иглоукалывание, прогревание полынными сигарами (цзю-терапия), точечный массаж, физиопунктура (магнито-, лазеропунктура, электропунктура), мэй-хуа-чжэнь терапия (обработка многоигльчатый молоточком), цубо-терапия [3,4].

РТ оказывает положительное влияние на разные звенья патогенеза заболевания – стимулирует формирование связей между центральными и периферическими структурами нервной системы, регулирующие мочеиспускание, оказывает нормализующее действие на структуру сна, гармонизирует деятельность эндокринной системы, способствует уменьшению вегетативных симптомов, оказывает седативное и нормализующее действие на центральную нервную систему (ЦНС) у детей.

Китайская традиционная медицина трактует энурез как заболевание с синдромом недостатка энергии в каналах почек (R), селезенки-поджелудочной железы (RP), канала легких (P). Для улучшения энергетического состояния заинтересованных каналов используется возбуждающий или переходный методы воздействия. Используются акупунктурные точки (АТ) канала почек - R3, R2, R1, канала селезенки-поджелудочной железы - RP6, RP9, канала легких – P5, P7.

С целью улучшения структуры сна, нормализации деятельности ЦНС используются точки заднесрединного меридиана - VG 20, 21, 24, VG14, воротниковой зоны - V11, IG14, IG15, точки широкого спектра действия – MC 5, MC 6, C7, P7, V40, F 3.

Для нормализации деятельности периферических центров регуляции мочеиспускания включаются локальные и сегментарные точки канала мочевого пузыря - V31- V34 (точки ба-ляо), переднесрединного канала – VC3, VC4 и VC6 [3,4].

У 32 пациентов в возрасте от 6 до 11 лет с энурезом использовались лазеропунктура в комбинации с классическим иглоукалыванием. Лечение проводилось с помощью аппарата «Люзар МТ» с мощностью излучения 15 мвт. В акупунктурные точки GI 4, 11, P7, P5, E36 осуществлялось иглоукалывание. Классическое иглоукалывание проводилось стальными иглами с длиной рабочей части 1 цунь. Игла вводилась перпендикулярно поверхности тела с легкой вибрацией, предусмотренные ощущения в АТ у детей до 10 лет не вызывались, у

старших детей достигались легкие предусмотренные ощущения. Иглы оставляются на время от 5 до 10 минут в зависимости от возраста пациента. Курс (курсы) лечения имели продолжительность 10-12 процедур. Перерыв между курсами лечения составлял 1-1,5 месяца. В течение года проводились 3-4 курса лечения.

На точки RP6, R1, R3, VC4, V31-32 воздействовали «красным» лазером. Экспозиция воздействия на АТ 10-15 с. На одну процедуру воздействие осуществлялось на 2-3 АТ. Всем пациентам после пунктурного воздействия проводилось надвенное лазерное облучение «красным» лазером в течение 7-8 минут. Процедуры проводились ежедневно. У всех пациентов отмечалось улучшение разной степени. У пациентов с легким течением заболевания улучшение наступало после 1-2 курсов терапии, при среднем и тяжелом варианте течения требовалось более продолжительное лечение.

Использование метода лазеропунктуры в лечении пациентов с энурезом улучшает клинические результаты, способствует восстановлению функции произвольного мочеиспускания у детей.

Литература

1. Шанько Г.Г., Шанько В.Ф. Ночное недержание мочи у детей // Методические рекомендации. – Минск, 1991. – 23 с.
2. Norgaard J.P., Djurhuus J.C., Watanabe H., Stenberg A. et al. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. Br. J. Urology, 1997, vol. 79, p. 825–835.
3. Гермина Тенк. Практикум по китайской акупунктуре и точечному массажу для детей. – Таганрог: изд-во Международного Института Китайской медицины 1995. – 160 с.
4. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.:– Наука.–1986.–576с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРООКУЛОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕТЧАТКИ

О.А. Аленикова, С.А. Лихачев

*РНПЦ неврологии и нейрохирургии, ул. Ф. Скорины, 24; 220114, Минск, Беларусь; E-mail:
71alenicovaolga@tut.by*

The objective of the study was to evaluate the diagnostic capabilities of the investigation of corneo-retinal potential changes during the dark adaptation of the eye to detect functional disorders of the retina in some diseases of the nervous system. Results demonstrate that it is advisable to use electrooculography more widely for the study of the functional properties of the retina in various pathological conditions and diseases and, perhaps, the possibility of assessing the efficacy of medications.

На современном этапе электроокулография (ЭОГ) как один из методов функциональной диагностики вестибулярных нарушений прочно вошла в практику неврологов и отоневрологов. Регистрация нистагма с количественной оценкой его параметров позволяет специалистам объективизировать степень и тип вестибулярных нарушений, оценить динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, что несомненно является очень ценным в решении многих диагностических и экспертных вопросов [1]. Помимо выявления нарушений функций глазодвигательного аппарата и исследования параметров нистагма, ЭОГ с успехом применяется в другой области медицины, а именно в диагностике нарушений функции сетчатки. Причем, в основу как одной, так и другой методик положен общий принцип - регистрация изменений корнеоретинального потенциала (КРП) при движениях глаз [2].

Как известно, глаз представляет собой диполь: роговица имеет положительный заряд, пигментный эпителий – отрицательный. Существующая между ними разность потенциалов получила название постоянного потенциала глаза (ПП). Величина корнео-ретиального