

Хатыпова М.Г.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ АНАЭРОБНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА МЕСТНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПАРАМИ ЭТИЛОВОГО СПИРТА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Из литературы известно, что ведущую роль в развитии гайморитов играют анаэробы, которые определяют тяжесть и прогноз заболевания (Zambrano D., 1993). Поэтому лечебные мероприятия в первую очередь были направлены на ликвидацию анаэробной инвазии и анаэробных ассоциантов. Использовали препараты, подавляющие как анаэробный, так и аэробный компонент микробной ассоциации. В комплексном лечении использовали местную антибактериальную терапию: местную оксигенацию парами этилового спирта и тампонаду с помощью полипропиленовой метронидазолсодержащей сорбирующей турунды.

Для оценки эффективности лечения все больные (70) разделены на 2 группы. 1 группу составили 38 больных, получавших традиционное лечение (предоперационная санация пазухи, гайморотомия, антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующие, общеукрепляющие средства). Анаэробы выявлены у 13 из них.

Во 2 группу вошли 42 больных, у которых в комплексе лечения использовали местную оксигенацию парами этилового спирта. Анаэробы высеяны у 14. Оксигенацию парами этилового спирта осуществляли с помощью устройства собственной конструкции (рац. предложение № 147 от 15.02.1995 г., ТашиУВ). Устройство портативное, имеет несложную конструкцию и удобно в использовании. Устройство состоит из маленького кислородного баллончика – источника кислорода (1) и аппарата Боброва со спиртом (7). Кислород подается под давлением через резиновую и

длинную стеклянную трубки в аппарат Боброва. Далее кислород с парами спирта выходит через короткую стеклянную и резиновую трубки с насадкой. Последнюю соединяют с иглой Куликовского или специальным наконечником для осуществления оксигенации через перфоративное отверстие (рис. 1).

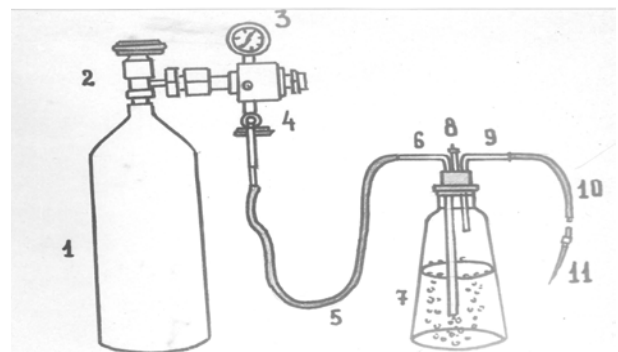


Рис. 1. Устройство для оксигенации парами этилового спирта

При оксигенации мы в основном пользовались наконечниками, т.к. у большинства наших пациентов была открытая форма гайморита. При закрытой форме гайморита, а также при узком свищевом ходе для промывания и оксигенации гайморовой пазухи через нижний носовой ход с помощью иглы Куликовского производили пункцию гайморовой пазухи, затем вместо иглы оставляли поливиниловую трубку для последующих промываний и оксигенации.

Оксигенацию парами этилового спирта осуществляли в течение 30 минут под небольшим контролируемым давлением (0,7 атм) со скоростью 4-8 л/мин, ежедневно, концентрация паров спирта в кислороде от 1 до 20 мг/л. Оксигенацию проводили в предоперационный период, курс лечения – 3 сеанса. Как правило, после трех сеансов промывания и оксигенации пазухи парами этилового спирта промывные воды были чистыми, исчезал зловонный запах, состояние больного значительно

улучшалось. Установлено, что кислород с парами этилового спирта не только губительно действует на анаэробную инфекцию, но и повышает обмен веществ, в том числе содержание кислорода в тканях, оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие на анаэробные и аэробные микробы, восстанавливает угнетенные ферментативные системы. Следует отметить, что применение кислорода с парами этилового определяет новые подходы к лечению синуситов.

Чухрай И.Г., Андреева В.А., Бобкова

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАСНОГО ДИАПАЗОНА СПЕКТРА И ПРОБИОТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

БелМАПО, г.Минск, Беларусь

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в РБ в 2006 году, у пациентов возрастной группы 35-44 года болезни пародонта зарегистрированы в 92,5±1,3% случаев. Актуален поиск новых методов лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.

Целью исследования является изучение клинической эффективности использования НИЛИ в сочетании с пробиотиком в комплексном лечении хронического пародонтита.

На базе кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО пролечено 150 пациентов с соматической патологией в возрасте от 27 до 55 лет с диагнозом ХГП средней и средне-тяжелой степени. Для оценки стоматологического статуса использованы индексы: OHI-S, GI, PLI, SPITN, индекс подвижности зубов по Д.А.Энтину.

Комплекс мероприятий включал мотивацию, обучение индивидуальной гигиене полости рта, профессиональную гигиену. После удаления зубных отложений в пародонтальные карманы вводили лекарственное средство «Диалакт» (РБ) на основе антагонистически активного штамма лактобактерий (*Lac. acidophilus* Ke-10). В качестве источника лазерного излучения использовали аппарат «Вектор -03» (УП Азгар, РБ). Излучателем являлся лазерный диод (длина волны в максимуме – 650 нм, мощность 5 мВт), генерирующий в непрерывном режиме.

Контроль количества лактобактерий в пародонтальных карманах осуществляли до и после окончания курса лечения. С использованием разработанного метода пролечено 50 пациентов (гр. 3). Группу 2 составили 50 пациентов, которым осуществляли инстилляции в пародонтальные карманы лекарственного средства «Диалакт» в разведении -3. В контрольную группу (гр. 1) вошли 50 пациентов, лечение которых проводили в

соответствии с клиническими протоколами лечения ХГП.

До начала лечения во всех трех группах среднее значение индексов-показателей стоматологического статуса достоверно не отличались (OHI-S в общей выборке 1,67[1,33;2], GI 1,75[1,5;1,9]). При сравнении уровня гигиены 6 месяцев и 1 год значения OHI-S и PLI в группах сравнения статистически значимо не отличались. В группах 2 и 3 гигиена через 6 месяцев и 1 год статистически значимо лучше, чем на базовом осмотре.

Через 6 месяцев и 1 год после окончания лечения во всех группах значения индекса GI отличаются от исходных ($p<0,05$), при этом в группе 3 состояние десны статистически значимо лучше ($GI= 1,25[0,92;1,42]$).

До начала лечения во всех трех группах показатели индекса SPITN статистически значимо не различались. Через 6 месяцев после окончания лечения в контрольной группе отмечено статистически значимое увеличение количества секстантов с глубокими пародонтальными карманами ($p<0,05$). По данному признаку выявлены достоверные отличия по сравнению с группами 2 и 3 ($p<0,05$). В группе, где использовался пробиотик+НИЛИ, отмечено достоверное увеличение количества здоровых секстантов ($p<0,05$). Выявлены значимые отличия по сравнению с группами 1 и 2 ($p<0,05$). На осмотре через 12 месяцев выявлены отличия в количестве секстантов с кодом «4» между контрольной группой и группами 2 и 3 ($p<0,05$). В группе, где использовался пробиотик+НИЛИ, выявлены значимые различия в количестве здоровых секстантов. До начала лечения во всех трех группах показатели индекса подвижности зубов Д.А.Энтина статистически значимо не различались. Осмотр через 6 месяцев после окончания курса лечения показал, что статистически значимые различия по данному показателю были выявлены в группах 2 (пробиотик) и 3 (про-