

что подтверждено гистоанализом. В брюшную полость вставлена полиэтиленовая трубка, через которую в первые дни вводили линкомицин, за 2 дня до выписки ее удалили. На остальном участке рана была ушита наглухо. Через несколько дней у больной развилась динамическая непроходимость кишечника, отмечалась обильная рвота, самостоятельно не оправлялась. Выполняли паранефральную блокаду по Вишневскому с введением по 0,25% раствора новокаина, в/м прозерин 0.05% по 1 мл 3 раза в день, промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы, канамицин по 0,5 мл 2 раза в день в/в, капельные вливания (гидролизат казеина, глюкоза 5%, гемодез, хлорид натрия 0,9%, витамины С, В и др.). На 4-й день состояние улучшилось. Швы сняты на 9-й день. Заживление – первичным натяжением. В первые дни после операции температура была до 38,2°. Выписана на 12 день в удовлетворительном состоянии.

Из-за ухудшения состояния здоровья через 1,5 месяца больная вновь госпитализирована с диагнозом: болезнь подвижных слепой и восходящей ободочных кишок. При поступлении – жалобы на общую слабость, боли в правой половине живота, вздутие живота, задержку стула, слизь в кале. Проведено лечение: диета, аминазин в/м, левомицетин, прозерин в/в. Боли в животе стихли, стул регулярный без слизи, при пальпации живот мягкий безболезненный. Общие анализы в норме, рентгенография брюшной полости без патологии. Выписана.

Особенностью слепой кишки является запирательная заслонка между подвздошной и слепой кишками. У детей раннего возраста пищевая кашица свободно перемещается из подвздошной кишки и обратно. По мере роста продолжается формирование подвздошной заслонки и к 2–3-летнему возрасту она принимает нормальную форму и функцию. У детей бывает быстрое развитие гнойного аппендицита (деструктивных форм).

У стариков при стертой картине – тяжелая деструкция отростка. У каждого 3-го человека имеются подвижные слепая и восходящая кишки на длинной брыжейке.

При девиационной патологии смещается не слепая, а подвижная восходящая ободочная кишка при наличии длинной брыжейки; обычно она неподвижна. Подвздошно-слепокишечную заслонку называют илеоцекальным запирательным аппаратом. При девиации затрудняется опорожнение слепой кишки ввиду развития рубцов, дисфункции илеоцекального запирательного аппарата, развивается кишечная непроходимость. Радикальная забрюшинная иммобилизация подвижных слепой и восходящей ободочных кишок имеет противопоказание: эта операция не должна применяться при гнойных воспалениях в брюшной полости [3].

Литература

1. Ротков И.// Медицинская газета. – 1983. – 20 апреля
2. Поляков П.И. Острая хирургическая патология органов брюшной полости. – Новосибирск: Наука, 1982.
3. Иоакимис К.Д. Болезнь подвижных слепой и восходящей ободочных кишок. – Киев: Здоров'я, 1980.

УДК 615.811.2

ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

И.В. МИТРОФАНОВ*

Введение. Лечебная и реабилитационная тактика лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта базируется на фармакотерапии, которая дополняется немедикаментозными способами воздействия. Одним из методов немедикаментозной терапии болезней пародонта является гирудотерапия.

Эффективность гирудотерапии при лечении заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области подтверждена рядом исследований, причем установлено снижение содержания клеточных элементов и нейтрофилов в смешанной слюне, нормализация микрофлоры пародонтального кармана, рост числа лактобацилл.

Цель работы – подтверждение эффективности гирудотерапии в комплексном лечении пародонтита.

Объект и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 49 пациентов в возрасте от 18 до 34 лет, у 11 из которых установлен диагноз генерализованного хронического катарального гингивита средней степени тяжести, у 9 – легкой (всего – 20); с обострением катарального гингивита было 17 человек, у 12 – диагностирован генерализованный гипертрофический гингивит. Для гирудотерапии использовались медицинские пиявки (*Hirudo medicinalis*). Перед гирудотерапией санировали полость рта, обучали гигиене полости рта, получали информированное согласие пациентов. После обработки полости рта слабыми растворами антисептиков делали пальцевый массаж десен, прикладывали пиявку на область десен в области первых премоляров верхней и нижней челюсти на 10 минут. Курс лечения составлял 7 процедур, одна пиявка за один сеанс. Между процедурами был интервал 2 дня, затем место аппликации пиявки менялось. Курс гирудотерапии занимал 14 дней.

Контроль эффективности лечения вели путем расчета различных индексов: пародонтального (ПИ), кровоточивости – по Muhlemann (ИК), гигиены – по Green-Vermillion (ИГ). Слюна забиралась утром натощак в мерную пробирку за 10 минут, с последующим подсчетом в камере Горяева абсолютного числа клеток в 1 мл слюны и соотношения нейтрофилов и клеток эпителия в % (сиалоцитограмма). В физиотесте вели разведение десневой жидкости с посевом ее на питательные среды.

Полученные результаты. Оценка клинических симптомов показала быстрое купирование отеочно-болевого синдрома и гипертрофии десны, наличие противовоспалительного, бактерицидного, анальгетического и тромболитического эффекта, что согласуется с однозначным синтоксическим воздействием ферментов секрета пиявки. Умеренная кровоточивость из места присасывания пиявки после процедуры длилась не более 8–12 часов, только в 1 случае применялась гемостатическая губка. Боли не было. Жжение, покалывание в месте фиксации пиявки – трансформировались в онемение, как при анестезии. Небольшие шаровидные гематомы в месте присасывания пиявки после самостоятельного останков кровотечения по размеру соответствовали степени тяжести воспалительного процесса в пародонте. Уже к 3 сеансу пациенты отмечали улучшение настроения и общего самочувствия, повышение аппетита. В динамике индексов показали исходное превышение нормативов (табл.).

Таблица

Влияние гирудотерапии на пародонтальные клинические индексы у лиц с генерализованным хроническим гингивитом, М±m, n=20

Индексы	До лечения	После лечения	Коэффициент достоверности Р
ПИ, усл. ед.	1,69±0,056	0,85±0,035	<0,001
ПМА в %	39,11±1,96	21,07±1,97	<0,001
ИГ, усл. ед.	1,59±0,087	1,076±0,071	<0,001
ИК, усл. ед.	2,51±0,09	0,77±0,054	<0,001

Достоверное снижение показателей пародонтальных индексов говорит об эффективности гирудотерапии, как составного звена восстановительного лечения. Из 16 выявленных видов микроорганизмов до лечения – после гирудотерапии осталось 9: уменьшилось в 2,5 раза число стрептококков и энтерококков, в 6 раз – грибов *Candida*. Повысилась частота выявления лактобацилл (*Lactobacillus*). При средней степени тяжести пародонтита посев содержимого пародонтального кармана чаще выявлял микроорганизмы рода *Streptococcus salivarius* и *Neisseria*, появление *Streptococcus pyogenes*, наличие в нем условно-патогенных стрептококков (*Streptococcus pneumoniae*) и актиномицетов, которые исчезли после гирудотерапии. В ротовой полости при средней степени тяжести пародонтита чаще, чем при легкой форме, высевались *Staphylococcus aureus* и *Candida albicans*.

Применение гирудотерапии меняет количественный и качественный состав микроорганизмов в ротовой полости и пародонтальном кармане в пользу резидентных представителей микрофлоры, а также достоверно улучшает клинические пародонтальные индексы, что свидетельствует о ее эффективности и позволяет шире использовать в терапии болезней пародонта.

* Стоматологическая горбольница №3