



Рис.2. Временная коронка с металлическим образцом в полости рта

Далее коронка извлекается из полости рта и из нее удаляется исследуемый образец металла, затем с помощью пластмассы «Акродент» в коронке фиксируется следующий образец металла. Измерение электрохимических потенциалов заготовок проводят до тех пор, пока наибольшая разность между электрохимическим потенциалом заготовки и имеющимся во рту другими металлическими конструкциями будет не более 80 мВ [3].

Результаты и их обсуждение. С использованием данного способа был проведен подбор основного конструкционного материала при протезировании 27 пациентов. Изготовлено цельнолитых коронок – 22, мостовидных – 10, металлокерамических конструкций – 12. Контрольный осмотр через 6-12 месяцев показал отсутствие жалоб у пациентов, разность электрохимических потенциалов у данной группы пациентов в полости рта не превышала 80 мВ.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ профилактики гальваноза полости рта позволяет осуществить подбор сплава металла для будущей ортопедической конструкции, получить допустимые показания биопотенциалометра, которые объективно отражают электрохимический потенциал состояния ортопедических металлических конструкций в полости рта и обеспечивают повышение качества жизни стоматологических пациентов.

Литература

1. Гожая, Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). автореф. дис. докт. мед. наук / Л.Д. Гожая. – М., 2001. – 53 с.
2. Коронка для дифференциальной диагностики гальваноза / Т.Ф. Данилина [и др.] // Заявка на изобретение №2011152836, приоритет от 23.12.2011.
3. Способ профилактики гальваноза в полости рта / Т.Ф. Данилина [и др.] // Заявка на изобретение №2011152850, приоритет от 23.12.2011.
4. Кириллова, Л.А. Способ профилактики гальваноза в полости рта / Л.А. Кириллова, С.К. Кириллов, А.Н. Кузьменко, Н.М. Стунжас // Патент РФ № 2003130793/14, 20.10.2003.
5. Лебедев, К.А. Непереносимость конструкционных материалов в полости рта / К.А. Лебедев, А.В. Митронин, И.Д. Понякина. – М., 2011. – 208 с.
6. Неспрядько, В.П. Особливості перебігу симптомокомплексу нестерпності сплавів металів за даними клініко-лабораторних досліджень / В.П. Неспрядько, В.М. Волинець // Вісник стоматології. – 1997. – № 2 (14). – С. 220–224.
7. Онищенко, В.С. Нестерпність сплавів металів зубних протезів (клініко-лабораторне дослідження): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 14.00.21 / В.С. Онищенко. – Київ. – 1995. – 43 с.
8. Тимофеев, А.А. Особенности диагностики, клинического течения и лечения пациентов с металлическими включениями в полости рта / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2006. – № 1. – С. 106–110
9. Ad verse immunological effects and autoimmunity induced by dental amalgam and alloy in mice / P. Hultman [et al] // FAS EBJ. – 1994. – Vol. 8. – № 14. – P. 183–190

PREVENTIVE MAINTENANCE GALVANOS IN THE ORAL CAVITY

T.F.DANILINA, A.V.ZHIDOVINOV, A.V. POROSHIN, S.N.KHVOSTOV

Volgograd State Medical University, Chair of stomatological Diseases Propaedeutics, Chair of Orthopaedic Stomatology

Prophylaxis of oral cavity galvanosis by defining potential difference among metal structures, at which into patient's oral cavity, in turn, billets of various alloys of the metals are introduced, the alloys passed all technical stages after staying not less than one hour in artificial saliva of the in turn enter preparations which have passed all technical fabrication stages of tooth artificial limbs and stored not less one hour in an artificial saliva is presented. Their electrochemical potentials measured, appropriate alloy of metal is possible to choose for the future orthopaedic limb construction.

Key words: galvanosis, potential difference, metal constructions.

УДК:[616.716.8+617.52-002.3]-053.2/.5-089:616-099

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ И НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ ЭНДОТОКСИКОЗА

Е.А. АЛФЕРОВА, Б.М. ДРЕМАЛОВ, О.П. КРАСНИКОВА, Е.В. ВУСАТАЯ*

В статье представлены первые результаты исследования по степени тяжести эндогенной интоксикации при неосложненном и осложненном вариантах течения гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области у амбулаторных пациентов детского возраста.

Ключевые слова: гнойно-воспалительная патология, челюстно-лицевая область

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области остаются одной из наиболее актуальных нозологических групп в современной стоматологии. Эти заболевания чаще всего развиваются вследствие осложненных форм кариеса, однако, они могут проявляться тяжелыми вариантами гнойно-воспалительных процессов.

Этиологически различают специфические и неспецифические воспалительные заболевания. Наиболее часто встречаются неспецифические формы, возбудителем которых является условно-патогенная микст-флора [1].

По характеру течения они могут быть острыми и хроническими. У детей, особенно младшего возраста, отмечаются переходные подострые формы.

Патогенетически среди этих заболеваний выделяют одонтогенные, посттравматические и гематогенные. Превалируют, однако, одонтогенные.

Диссеминация воспалительного процесса при одонтогенном заболевании возможна тремя путями (или их сочетанием):

1. контактный путь – из кариозной полости в окружающую костную ткань и субпериостальное пространство;
2. гематогенный путь – по кровеносному (преимущественно – по венозному) руслу в окружающие мягкие ткани;
3. лимфогенный путь – по лимфатическому руслу в окружающие ткани через систему регионарных лимфатических узлов.

Каждый из путей диссеминации имеет конкретные зоны распространения с развитием в них типичных патоморфологических признаков воспалительной реакции тканей, находящихся в зоне воспалительного очага. Также необходимо отметить, что кроме местных проявлений существуют общие, связанные с резорбцией эндотоксинов (образующихся при локальных воспалительно-деструктивных процессах) в системный кровоток (токсемия, гнойно-резорбтивная лихорадка, эндотоксикоз, в ряде ситуаций возможно развитие одонтогенного сепсиса).

Значительное изменение микробного пейзажа, наблюдаемое в последние годы, а также резистентность к широко применяемым антибактериальным препаратам изменяют клиническую картину этой патологии, затрудняют своевременную диагностику и лечение, способствуют хронизации.

В настоящее время гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области часто встречаются у пациентов детского возраста. В последние годы отмечается не только увеличение частоты этих заболеваний, но и значительное изменение типичной клинической картины их проявлений, в том числе, недоста-

* Воронежская Государственная Медицинская Академия имени Н.Н. Бурденко г. Воронеж, ул. Студенческая, 10

точная эффективность проводимого лечения. Общеизвестно, что комплексная оценка клинических проявлений воспалительного заболевания в тканях любого топографо-анатомического строения позволяет определить симптомокомплекс, составляющий нозологическую форму [2]. Однако, при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области кроме местных клинических проявлений имеет место выраженная общая реакция организма. Главным патогенетическим компонентом общей реакции организма на воспаление является синдром эндогенной интоксикации, обусловленный резорбцией токсинов и бактерий из локального воспалительного очага. Развитие клинических проявлений эндотоксикоза детерминировано появлением патологических концентраций эндогенных токсических субстанций в крови, лимфе и интерстициальном пространстве, а также неспособностью собственно детоксицирующих систем организма справиться с их дезинтоксикацией. В настоящее время синдром эндогенной интоксикации остается одной из наиболее актуальных проблем в структуре современной соматической и, в особенности, гнойно-воспалительной патологии. Особенно актуальна проблема эндотоксикоза у стоматологических пациентов детского возраста. Установлено, что особенности общей реакции детского организма на воспаление в челюстно-лицевой сфере характеризуются быстрым нарастанием интоксикации. Это обусловлено возрастным несовершенством анатомо-физиологического состояния органов и систем. Чем меньше возраст ребенка, тем более выражена общая интоксикация.

Материалы и методы исследования. Обследовалось 60 пациентов. Исследование проводилось в проспективном режиме в период с 2009 по 2011 гг. Возраст пациентов составил от 6 до 18 лет, соотношение лиц мужского и женского пола составило 50% : 50% в обеих группах. В исследование были включены пациенты с диагнозами:

- «Хронический периодонтит в стадии обострения»;
- «Перикоронит»;
- «Воспаление капсулы при дистопии и ретенции 8-го зуба (3-го моляра) нижней челюсти»;
- «Кистозное образование капсулы дистопированного и ретинированного 3 моляра в стадии воспаления»

Необходимо отметить, что абсолютное статистическое большинство представили пациенты с обострением хронического периодонтита (как известно, в данной стадии периодонтит может рассматриваться как модель острого гнойно-воспалительного процесса). Исследуемый контингент больных был классифицирован на 2 контрастные группы:

- группа 1 – 30 человек – пациенты с неосложненным течением гнойно-воспалительной патологии, имеющие удовлетворительные результаты лечения на амбулаторном этапе;
- группа 2 – 30 человека – пациенты с осложненным течением гнойно-воспалительной патологии, переведенные на стационарное лечение.

Критерием осложненного течения гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой сферы (и, соответственно, показанием к госпитализации) являлся одонтогенный абсцесс буккальной области в проекции альвеолярного гребня верхней или нижней челюсти (как право-, так и левосторонней локализации).

Клиническими критериями одонтогенного абсцесса в инфилтративной стадии являлись:

- локальная гиперемия;
- локализованный болевой синдром;
- гипертермия выше 38,5С°;
- при левосторонней максиллярной локализации – возможная иррадиация боли область левого глаза и левого височно-нижнечелюстного сустава.

Клиническими критериями одонтогенного абсцесса в гнойной стадии дополнительно к перечисленным выше являлись:

- визуальные и пальпаторные признаки флюктуации;
- получение гнойного экссудата при пункции воспалительного очага.

Диагноз подтверждался данными анамнеза, объективного клинического осмотра, после стоматологических вмешательств – данными протоколов операции. В ряде ситуаций применялись методы рентгенодиагностики.

Базисное лечение всех пациентов включало предоперационную подготовку больного к стоматологическому лечению, местные и общие лечебные мероприятия.

На начальном этапе работы были исследованы следующие

клинические признаки (предположительно) эндотоксического генеза у изучаемого контингента детей с гнойно-воспалительной патологией челюстно-лицевой области – нарушение самочувствия, угнетение сознания различной степени, изменение цвета кожных покровов, артериальная гипотензия, тахикардия, тахипноэ, гипертемические реакции – в соответствии с классификацией В.К. Гостищева.

Результаты и их обсуждение. В группе 1 (с неосложненным течением гнойно-воспалительной патологии) в 100% наблюдений (30 чел.) не было выявлено ни одного из указанных клинических признаков интоксикации, кроме синдрома нарушенного самочувствия, имеющего место в 73,3% случаев (22 чел.). Необходимо отметить, что с большей вероятностью субъективное нарушение самочувствия, по всей видимости, было обусловлено психоэмоциональными реакциями на наличие болевого синдрома и самого факта стоматологического вмешательства. При этом 26,7% детей (8 чел.) не предъявляли жалоб на ухудшение самочувствия, несмотря на наличие умеренного болевого синдрома.

При оценке исследуемых физикальных симптомов некоторое исключение представляла умеренная тахикардия. Повышение ЧСС выше 90 ударов в минуту на момент осмотра было выявлено в 83,3% случаев (25 чел.). В этих наблюдениях отмечено временное повышение ЧСС до 92-101 (96,5±2,1) ударов в минуту. Однако было установлено, что в данной группе больных тахикардия носила транзиторный характер и была обусловлена исключительно психоэмоциональными реакциями (прежде всего – стресс-индуцирующей ситуацией посещения стоматолога). После правильно проведенной беседы с ребенком и его родителями о безопасности и безболезненности предстоящих стоматологических манипуляций в течение 5-15 минут ЧСС возвращалась к физиологическим значениям (60-90 ударов в минуту). Соответственно, транзиторный характер и эффективность психологической коррекции тахикардии исключают ее соматическое (в т.ч., токсическое) происхождение. Случаев с постоянной тахикардией в исследуемой группе отмечено не было.

В группе 2 (с осложненным течением гнойно-воспалительной патологии) (30 чел.) выявлено следующее распределение изучаемых клинических признаков интоксикации.

Ухудшение самочувствия (по субъективным данным, полученным от пациентов) отмечено в 100% наблюдений (30 чел.). Однако, в этой группе данную субъективную симптоматику также невозможно ассоциировать только с токсической нагрузкой на организм. В большей степени синдром нарушенного самочувствия у пациентов стоматологического профиля может быть обусловлен такими факторами, как болевой синдром и психоэмоциональный стресс. Это обстоятельство потребовало проведения дальнейших исследований. Стресс-индуцированная тахикардия имела место в 90% наблюдений (25 чел.). Ее характер и условия купирования не отличались от таковых в группе 1. Тахикардия токсического генеза (что было подтверждено дальнейшими лабораторными исследованиями) до 95-110 (102,5±3) ударов в минуту наблюдалась у 40% (12 чел.), что соответствовало эндотоксикозу I (легкой) степени по классификации В.К. Гостищева. Данный вид тахикардии не зависел от психоэмоционального статуса пациента.

Таким образом, несмотря на значительные достижения современной стоматологической науки в лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, статистически значимую часть пациентов с данной патологией характеризует ее осложненное течение. Результатом этого является необходимость перевода многих пациентов с амбулаторного на стационарное лечение. При этом осложненное течение гнойно-воспалительной патологии значительно ухудшает соматический статус больных и негативным образом влияет на качество их жизни.

Литература

1. Алешина, Е.О. Значение диагностики риска возникновения кариеса у детей в индивидуальной профилактике стоматологических заболеваний / Е.О.Алешина, В.П.Куралесина, Т.А.Русанова, С.Н. Юденкова // Вестник новых медицинских технологий. –Тула, 2011.–№2–С.174–176
2. Алешина, Е.О. Научно-практический журнал «Прикладные информационные аспекты медицины» / Е.О. Алешина, Е.А. Алферова, В.П. Гарькавец, В.П. Куралесина, С.Н Юденкова.– Воронеж.– 2011.– Т.14.– С.57–60