

КОМПРЕССИОННО-АСПИРАЦИОННЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ И АНТИСЕПТИКОВ В ОБЛАСТЬ ПОЛОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет

Введение

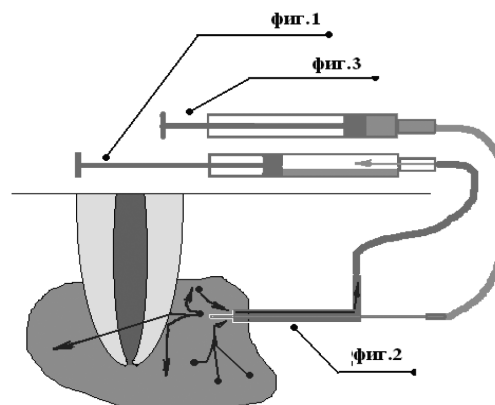
В стоматологии, в частности в пародонтологии, клиницистам приходится иметь дело с деструктивно пораженными участками, причем область резорбции характеризуется как диффузными изменениями, так и разрушением костных структур с образованием полостного дефекта различной формы и размеров. Санация таких образований обеспечивается преимущественно с помощью дренирования, когда в ране оставляют лоскут из медицинской перчатки в форме полоски и рекомендуют пациенту проводить тщательные полоскания полости рта различными средствами [5]. Такой механизм самоочищения весьма эффективен при остром процессе и выраженной нормоэргической реакции организма на инфекционное повреждение тканей. На самом деле воспалительные процессы в пародонте протекают на фоне длительной сенсibilизации тканей пародонта, возможного сопутствующего соматического заболевания и ряда других факторов, ослабляющих защитные силы организма, деструктивный процесс протекает вяло, бессимптомно и, как правило, развивается по принципу реакции типа Артюса – Сахарова [1, 2, 3, 4]. При таком затяжном течении эффективность дренирования крайне низка, необходима активная санация закрытого очага. С этой целью часто применяют промывание полости резорбции с помощью шприца с тупой канюлей или иглой, при этом раствор антисептика или лекарственный препарат вводится в пародонтальный очаг нагнетанием. Недостатком этого способа является избыточное давление, которое может привести к травме пародонта, распространению одонтогенной инфекции на смежные анатомические области. Избыток раствора, содержащий микробные тела, тканевый

распад, экссудат попадают в полость рта пациента со всеми вытекающими последствиями: заглатывание, аспирация и т. д.

Цель исследования – повышение эффективности санации полостных очагов деструкции в пародонте и снижение риска распространения высококонтагиозной одонтогенной инфекции.

Материалы и методы

В плане повышения эффективности лечебных мероприятий при санации пародонтальных очагов с деструкцией полостного характера нами разработано приспособление для компрессионно-аспирационного введения растворов антисептиков и лечебных композиций. Основная идея приспособления состоит в обеспечении одновременного притока раствора для промывания полости и отведения инфицированной жидкости без попадания ее в полость рта или распространения в окружающие ткани прямо из зоны обработки пародонтальных тканей. Разработано и применено новое конструктивное решение. Конструкция имеет две полые иглы разного диаметра: одна от системы переливания – 1,2*30, другая – обычная инъекционная игла размером 0,4*40. Обе иглы соединяют с трубками от системы переливания, тонкой иглой прокалывают трубку у основания канюли толстой иглы и проводят по ее просвету так, чтобы кончик тонкой иглы выступал из просвета толстой на 2–3 мм. В клинике приспособление применяют следующим образом. Совмещенные, как описано выше, иглы вводят в деструктивно измененную область через инцизию и перфорированную специальным инструментом типа «Ларго» надкостницу (рисунок).



Приспособление для протоочного промывания очагов деструкции в пародонте растворами антисептиков

Создав в одной из трубок положительное давление (фиг. 3), в очаг деструкции шприцом вводят раствор антисептика, который изливается в полость, и затем удаляется через другую иглу. Наиболее эффективно вводить раствор через тонкую иглу, а через толстую (фиг. 2) его удалять. При необходимости к трубке, соединенной с толстой иглой, можно подсоединить аспиратор, другой шприц или слюноотсос эжекторного типа (фиг. 1), чтобы предупредить избыточное давление раствора, а также для профилактики распространения инфекции.

Нами обследованы пациенты с очагами деструкции в пародонте одонтогенного генеза в количестве 15 человек от 25 до 40 лет, физически здоровые лица. Наличие резорбции подтверждено рентгенологически. Из этого числа сформировали две группы: основная – 10 пациентов и контрольная – 5 пациентов. В основной группе применено описанное выше приспособление, в контрольной санация осуществлялась с помощью шприца. В качестве промывочного раствора использовали фурацилин 1:5000, взвесь полисорба 10% на физрастворе и перекись водорода 1,5% в обеих группах. Санацию проводили до исчезновения симптомов воспаления.

Регистрацию эффективности способов санации проводили в динамике по результатам снижения воспалительной реакции в тканях пародонта, удаляемому раствору, состоянию пациентов.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов перед санацией были отмечены следующие симптомы: боль при накусывании на зубы в проекции очага воспаления, гиперемия слизистой альвеолярного отростка в проекции деструктивной области, подвижность зубов 1–2-й степени, отделяемое из свищевого хода сукровично-гнойного характера, неприятный привкус и запах, локализуемый пациентами в области поражения. Общее состояние пациентов было удовлетворительным, отмечались лишь жалобы на проявление слабости.

Нами проведена комплексная терапия, которая заключалась в проведении инцизии, трепанации надкостницы бором «Ларго» № 3 и промывания очага деструкции растворами антисептиков, взвесью полисорба 10% в физрастворе. У двух пациентов основной группы явления гиперемии десны в проекции воспалительного очага стихли к 4-м суткам после двух сеансов санации, боль при перкуссии зубов в области деструкции пародонта сохранялась до 5 дней. Подвижность зубов снизилась со 2-й до 1-й степени через 5 дней соответственно. На вторые сутки после первого сеанса санации резко уменьшилось количество отделяемого через инцизию из области деструктивно измененных тканей. Признаки отсутствия сукровично-гнойного экссудата в промывочном растворе появились к 5-м суткам (3-й сеанс санации). Общие симптомы (слабость, головокружение, дискомфорт) исчезли на 4-е сутки. Запах и неприятный привкус во рту у пациентов прекратились к 6-м суткам.

Трое обследованных из основной подгруппы отметили снижение интенсивности боли при перкуторной нагрузке на 4-е сутки, отсутствие субъективных ощущений привкуса и запаха изо рта к 3-му дню, подвижность зубов до физиологической восстановилась к 6-м суткам, гиперемия в проекции очага воспаления сохраня-

лась до 5 дней. Наблюдалось незначительное изменение в сосудах, которые были паретически расширены до 7–8-х суток. Отделяемое из инцизии прекратилось к 4-м суткам, а промывочный раствор очистился от сгустков к 5-му дню наблюдения.

Пятеро пациентов указали на незначительные боли при перкуссии в течение 5–6 суток. Отделяемое из инцизии имело сукровично-гнойный характер до 4 суток. К 7-м суткам его количество снизилось, а промывочный раствор стал чистым от сгустков и прозрачным. Запах и привкус прекратились к 6-м суткам, зубы укрепились при показателе подвижности 1–2 до нормы – 1 на 7–8-е сутки. Гиперемия альвеолярной десны, симптом вазопареза прекратились к 9-м суткам (5-й сеанс санации), общее самочувствие значительно улучшилось к 5-м суткам.

Все пациенты основной группы отметили малую болезненность процедуры, отсутствие неприятных ощущений, которые вызывает попадание промывочного раствора из области резорбции в пародонте в полость рта при обычном промывании.

В контрольной группе эффективность санации оказалась несколько ниже. Подтверждением является длительное присутствие в промывочном растворе у обследуемых сгустков и мутной примеси: в двух случаях – до 7 суток, а в трех – до 9 суток. Выделяемое из инцизии появлялось до 5–6 суток. Симптом самопроизвольной боли продолжался у 1 пациента 3 дня, у 2 пациентов – 4 дня, у 2 обследуемых – 5 дней. Перкуторно болезненность стихала от 5 до 10 дней. Причем в 2 случаях было отмечено усиление боли при перкуторной пробе. Симптом вазопареза был положительным у 3 пациентов контрольной группы в течение 11 суток, у 2 – держался до 10 дней, гиперемия слизистой десны в проекции очага воспаления стала стихать в 2 случаях на 5-е сутки и продолжалась до 10 дней, а в 3 случаях отмечалась на 11-й день наблюдений. Субъективно пациенты ощущали слабость, головокружение, симптомы общей интоксикации до 5–7 суток. Подвижность зубов была в пределах 1–2-й степени у 1 пациента и наблюдалась до 7-х суток, причем так и не восстановилась до нормы к 14-м суткам наблюдений. У двух пациентов симптом люксации 1-й степени прекратился к 5–7-м суткам и еще в 2 случаях на 10-й и 11-й день соответственно. Пациенты были обеспокоены длительным характером течения патологии и низкой эффективностью лечебных мероприятий. Трое отметили неприятные ощущения от попадания в полость рта промывочного раствора с примесью экссудата, у всех обследуемых контрольной группы присутствовала жалоба на длительное сохранение неприятного запаха и привкуса во рту.

Результаты обследования пациентов основной и контрольной групп позволяют сделать вывод о более высокой эффективности нового конструктивного приспособления для введения растворов антисептиков в полость деструктивного очага компрессионно-аспирационным способом. Использование предложенного нами устройства позволяет не только снизить сроки подготовки пациента к проведению лечебно-реабилитационного комплекса мероприятий с целью восстановления структурно-функциональной целостности пародонта, но и значительно снизить дискомфорт, переносимый пациентами при проведении санации традиционным способом.

Существенно снижен риск распространения инфекции. Данное приспособление можно применять и с целью введения в очаг резорбции жидких взвесей лечебных композиций репаративно-регенеративного действия, что расширяет показания к его использованию.

Поступила 15.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е. В. Лечение осложнений кариеса зубов: проблемы и их решение // Стоматология. 1999. № 1. С. 21–24.
2. Заболевания пародонта. Атлас / Под ред. Н. Ф. Данилевского. М.: Медицина. 1999. С. 173.
3. Иванов В. С., Овруцкий Г. Д., Гемонов В. В. Практическая эндодонтия. М.: Медицина, 1984. 223 с.
4. Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика заболеваний зубов, периодонтита и пародонтита // Вестник рентгенологии и радиологии. 1994, № 3. С. 40–45.
5. Хирургическая стоматология. Издание 2, переработанное и дополненное / Под ред. Т. Г. Робустовой. М.: Медицина. 1996. С. 181.

V. V. GRECHISHNICOV

THE NEW METHOD OF DELIVERY OF MEDICINES IN TO THE AREA OF CAVOUS DESTRUCTION DURING THE LOCAL PERIODONTITIS

The purpose of this investigation was the perfection of sanitation cavity mechanisms of periodontal foci for their preparation for implantation of medical structures of repair-regenerative action. Application of our device for introduction in the focus of cavity destruction, the solutions of antiseptic has essentially increased the quality of sanitation and has lowered its terms. To subjective opinion of the patients, the adaptation allows to lower discomfort and painful sensations at manipulations, and also to avoid hitting in the oral cavity of the infected solution, to warn its aspiration or swallowing. The risk of complications and distributions odontogenous infections is also considerably lowered.

Keywords. Delivery, medicines, solutions of antiseptic, periodontal foci, implantation, repair-regenerative action.

**Л. В. ДУБОВА, А. Г. КЛОЧКО, И. Г. ЕРЕМЕНКО,
Л. В. ПРОЦЕНКО, Л. С. ГУБРЕНКО, С. П. ПЕРЕПЕЛИЦИН**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОМУЛЬТИВИТА ПРИ ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекций

*Кубанского государственного медицинского университета,
специализированная клиническая детская инфекционная больница*

Цель работы – оценить эффективность и безопасность препарата «нейромультивит» при курсовом лечении детей с гнойными бактериальными менингитами.

Проблема гнойных бактериальных менингитов у детей, их диагностика, лечение остается достаточно актуальной. Несмотря на тенденцию к снижению летальности детей от группы данных инфекций, они занимают ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости, инвалидизации и смертности детей. Анализ заболеваемости ГБМ, по данным отделения нейроинфекций детской инфекционной больницы ГУЗ «СК ДИБ» г. Краснодар, куда госпитализируются все дети с ГБМ из города Краснодар и близлежащих районов края, свидетельствуют о часто встречающейся данной патологии. Особую опасность ГБМ представляют для детей раннего возраста.

Нами изучалась клиническая эффективность препарата «нейромультивит» (фирма «Lannacher Heilmittel», Австрия) в лечении гнойных бактериальных менингитов (ГБМ) у 24 детей в возрасте от 1 до 14 лет. Установлено, что включение препарата «нейромультивит» в базисную терапию ГБМ у детей пер os в дозе в зависимости от возраста в отличие от группы больных ГБМ (20), не получавших данный

препарат, существенно влияет на сроки нормализации показателей гемограммы, уменьшает длительность очаговых проявлений, тем самым сокращая продолжительность пребывания больного в стационаре.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 44 больных с бактериальными гнойными менингитами в возрасте от 1 до 14 лет, причем основную группу (70,45%) составили дети от 3 до 6 лет жизни. Во всех случаях диагноз установлен на основании общепринятых критериев диагностики: эпидемиологических данных, типичной клинической картины, изменений в общем анализе крови и цереброспинальной жидкости, бактериологического и серологического подтверждения.

Четкой связи с сезонами года у поступавших больных выявлено не было, дети поступали примерно равномерно в течение всего года. Наглядная зимневесенняя сезонность при заболеваемости ГБМ прослеживалась только при менингитах менингококковой этиологии. Состояние детей при поступлении было тяжелым (65,9%) или крайне тяжелым (22,72%) и лишь в 11,38% случаев средней степени тяжести.