

М.И.Садыков (Самара). Реабилитация больных с полным отсутствием зубов после неудовлетворительных результатов ортопедического лечения

По данным публикаций различных авторов, до 26% больных после протезирования полными съемными протезами ими не пользуются. Основной причиной неудовлетворительных результатов протезирования является резкая атрофия альвеолярных отростков беззубых челюстей.

К нам обратились 17 человек на ортопедическое лечение после неудовлетворительных результатов пользования полными съемными протезами, изготовленными в стоматологических поликлиниках г. Самары. Среди них было 12 женщин и 5 мужчин в возрасте от 45 до 84 лет. Из 17 больных с полным отсутствием зубов 9 (52,9%) человек не пользовались протезами из-за резкой атрофии альвеолярных отростков беззубых челюстей. 5 (29,4%) пациентов в возрасте 45—64 лет отказались от пользования протезами по психологическим факторам, и 3 человека не смогли адаптироваться к протезам по причине «непереносимости пластмассы».

Целью нашей работы являлась оптимизация медицинской реабилитации больных при полном отсутствии зубов с использованием новых методов протезирования и дентальной имплантации.

Контроль за качеством ортопедического лечения и адаптацией к протезам осуществляли клиническими и специальными методами исследований (электромиография височных и собственно жевательных мышц в динамике через одну неделю, 1, 2, 6, 12, 24 и 36 месяцев после протезирования, определение жевательной эффективности по И.С.Рубинову и степени атрофии альвеолярных отростков под базами съемных протезов, лазерная доплеровская флоуметрия тканей протезного ложа аппаратом «ЛАКК-01»).

Для обеспечения фиксации и стабилизации съемных протезов 6 (66,6%) пациентам из 9 интегрировали внутрикостные зубные имплантаты на верхней (2) и нижней (4) челюсти. 3 пациентам с атрофией альвеолярных отростков нижней челюсти третьей степени по В.Ю.Курияндскому изготовили полные съемные протезы с мягкой прокладкой и постановкой металлических жевательных зубов с объемным моделированием базисов протезов.

Из 5 больных, не пользовавшихся протезами по психологическим факторам, четверым были вновь изготовлены полные съемные протезы после курса психотерапии. Одному больному интегрировали дентальные имплантаты на обе беззубые челюсти и изготовили несъемные конструкции протезов. Все больные остались довольны результатами лечения.

Трое пациентов, которые не смогли адаптироваться к полным съемным протезам из-за «непереносимости пластмассы», были приняты на повторное протезирование. 2 из них изготовили полные съемные протезы с вакуумным напылением пластмассовых базисов серебряно-палладиевым сплавом («ПД-250»), а третьему - с литыми металлическими базисами. Все пациенты привыкли к протезам. Явления «непереносимости» исчезли.

Данные клинических и специальных методов исследования у больных, принятых на повтор-

ное лечение, свидетельствуют о том, что полная адаптация к съемным протезам наступила через 1,0—1,5 месяца. Хорошая устойчивость съемных протезов наблюдалась у 35,3% больных, удовлетворительная - у 64,7%. Все больные находились под нашим наблюдением в течение трех лет с момента протезирования. Отрицательных результатов лечения не отмечалось.

Таким образом, дентальная имплантация при резкой атрофии альвеолярных отростков беззубых челюстей позволяет повысить медицинскую и социальную реабилитации больных после неудовлетворительных результатов пользования полными съемными протезами. Психотерапевтическая подготовка и применение усовершенствованных технологий при протезировании таких больных также повышают эффективность ортопедического лечения.

УДК 616.62—007.274—089.844—06:616—089.819.1

А.С. Змеева, С.И. Белых (Казань). Нужен ли постоянный катетер в послеоперационном ведении больных при пластических операциях по поводу стриктур уретры?

Литературные данные по поводу дренирования уретры после операционного вмешательства на ней дискуссионны и неоднозначны.

Наш опыт операций на уретре по поводу стриктур позволяет оценить в определенной мере значение постоянного катетера в послеоперационном ведении больных этой группы.

В урологическом отделении РКБ МЗ РТ за период с 1983 по 1998 г. были обследованы и получили лечение 472 человека со стриктурами уретры. Из них был прооперирован 201 больной, что составило 41% от общего числа больных этой категории. Характер операций и их количество представлены в табл. 1.

При всех методах оперативного лечения стриктур анастомоз формировался на катетере. Мы обязательно оставляли постоянный катетер в послеоперационном периоде на ранних сроках освоения пластики уретры, после уретротомии, а также при трансуретральной резекции стриктур уретры. Руководствуясь литературными данными, мы

Таблица 1

Характеристика операций по поводу стриктур и облитераций уретры

Операции	Число оперированных	% соотношения	
		от общего числа больных	от числа всех прооперированных
Уретротомия	38	8,003	10,8
Трансуретральная резекция стриктур уретры	37	7,195	10,7
Пластика уретры по методу Хольцова	89	18,08	42,3
Пластика уретры по методу Соловова	11	2,05	4,14
Пластика уретры по методу Русакова	16	3,06	7,09
Пластика уретры по методу Хольцова в модификации Русакова	7	1,07	3,04
Другие виды операций по Савченко, Михаэльсону, Державину	3	0,604	1,04

Таблица 2

Урофлоуметрические показатели после пластики уретры по методу Хольцова

Операции	Число больных	Группы	
		контрольная V _{max} мочеиспускания	основная V _{сред.} мочеиспускания
Пластика уретры по методу Хольцова без катетера	34	15—20	17,5 мл/с
Пластика уретры по методу Хольцова с постоянным катетером	62	5—15	10 мл/с

оставляли катетер при пластике уретры по методу Хольцова на 3—4 дня, а по методу Соловова — на более длительные сроки (7—12 дней). Длительность нахождения постоянного катетера в уретре в послеоперационном периоде, по нашим данным, колеблется в среднем от 3 до 7 дней. Результаты лечения стриктур уретры с оставленным после операции катетером и без него оценивали визуально по струе мочи при мочеиспускании после удаления постоянного катетера путем проведения урофлоуметрии, уретрографии, контрольного бужирования.

Результаты контрольной урофлоуметрии после пластики уретры у больных различных групп показаны в табл. 2. Установлено, что чем дольше находится катетер в уретре после операции, тем хуже состояние просвета уретры. Основными причинами этих заниженных показателей надо считать, очевидно, отек места анастомоза от длительного присутствия катетера в уретре и воспалительных изменений с последующим рубцеванием. С учетом собственных и литературных данных об отрицательном влиянии постоянного катетера мы в своей дальнейшей работе в большинстве случаев при пластике уретры по методу Хольцова полностью отказались от постоянного катетера и применяли его лишь в тех случаях, когда не было четкости в выполнении анастомоза при сопоставлении концов уретры. При этом мы пользовались диаметром катетера на 2—3 номера меньше по шкале Шарьера и устанавливали его после операции всего на 2—3 дня. Итого без постоянного катетера после оперативного вмешательства по поводу стриктур нами было пролечено 34 пациента.

В послеоперационном периоде, кроме обычной медикаментозной терапии и ухода за пассажем мочи, нами этим пациентам проводились ежедневные инстилляций в уретру растворов антибиотиков и смазывающих веществ (синтомициновая эмульсия, левомеколь, катаджель, инстиллагель) с целью предупреждения образования пробок из сгустков крови и слизи в количестве 5—10 мл в течение 7 дней. Показанием к назначению ин-

стилляций в уретру антибиотиков была профилактика воспаления. При таком методе послеоперационного ведения пробное мочеиспускание мы проводили с 8—10-го дня после операции. При хорошей струе мочи и нормальных показателях урофлоуограммы переводили больных на полное самостоятельное мочеиспускание на 12—14-й день после операции с удалением дренажной трубки из ЭЦС. Контрольное бужирование, как правило, не выполняли. Послеоперационный койко-день сокращался таким образом в среднем на 5—6 дней (при пластике уретры по методу Хольцова с дренированием уретры — 20 койко-дней, а по методу Хольцова без дренирования уретры — 14).

Клиническим примером различного исхода операции с постоянным катетером и без него может служить больной Г., 41 года, который в 1998 г. получил травму уретры с исходом в стриктуру. Больного неоднократно оперировали по этому поводу: пластика уретры по методу Хольцова с установлением постоянного катетера на 9 дней в 1998 г., пластика уретры по методу Соловова в 1999 г., трансуретральная резекция при рецидивах стриктур уретры с оставленным катетером на различные сроки в октябре 2000 г. Поступил в нашу клинику с диагнозом: рецидивная стриктура луковичного отдела уретры протяженностью 1,5—2 см. В марте 2001 г. ему была выполнена пластика уретры по методу Хольцова без постоянного катетера. Послеоперационный период протекал без осложнений; на 10-й день после операции самостоятельное мочеиспускание восстановилось, сужения нет (см. рис.).

Отдаленные результаты лечения стриктуры уретры, прослеженные у 105 больных, также показали разницу в последствиях оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больных с постоянным катетером и без него. У пациентов, леченных без постоянного катетера (34 чел.), по анкетным данным и результатам контрольного обследования, жалоб со стороны мочеполовой системы было заметно меньше или они полностью отсутствовали, а показатели урофлоуметрии и уретрографии не отличались от нормы. Следовательно, постоянный катетер после операции по поводу стриктур уретры, как это рекомендует автор метода Хольцов, не является обязательным.

УДК 616.37 — 002.1 — 089.86 — 089.819.4 : 611.423

З.М. Насртдинов, Р.Ш. Шаймарданов (Казань). Регионарная лимфотропная терапия при остром панкреатите

Летальность при остром панкреатите (ОП) до настоящего времени остается высокой и без дифференциации его клинических форм составляет 8—9,5%, а при инфицированном панкреонекрозе достигает 60—80%. Поэтому разработка лечебных мероприятий, направленных на уменьшение перехода неструктивных форм панкреонекроза в деструктивные и предупреждение гнойных осложнений при ОП является одной из актуальных проблем в неотложной панкреатологии. Одним из путей решения этой задачи представляется достижение высокой концентрации антибиотиков и цитостатических препаратов в поджелудочной железе (ПЖ) путем их селективного введения.