

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.Курляндскому 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