

Из Стоматологической клиники Казанского гос. медицинского института
(дир. доцент И. М. Утробин)

К клинике Oral sepsis.

Ст. асс. Я. А. Розно.

Еще в прошлом столетии в Западной Европе многие авторы, особенно французские, установили тесную связь между заболеванием зубной системы и других органов и областей, близких или отдаленных от жевательного аппарата.

Много случаев заболеваний глаз, ушей, а также язвений из клиники внутренних болезней в свое время было опубликовано, как следствие целого ряда патологических процессов в зубной системе (Brunns, Vogelau, Hamot, Chalbert). Весь клинический материал, приводимый ими, с очевидностью подтверждает эту связь. В начале настоящего столетия и среди русских врачей одонтологов стали раздаваться голоса о связи, существующей между патологическими процессами зубов и других областей (Астахов и Лимберг (отец) и др.). Эти авторы свои выводы строили исключительно на клиническом материале.

В последние два десятилетия медицинский мир создал весьма солидную школу Oral sepsis. Она и клинически и лабораторно основательно разработана (W. Hunter, Karl Mayo, Rosenov, Bilins и Duke).

Все они на большом клиническом и лабораторном материале доказали существующую связь между патологическими процессами в жевательном аппарате и процессами в других частях организма.

Колоссальная нагрузка, которую несет зубная система во время жевания; широкое распространение кариеса зубов, патогенез которого еще недостаточно выяснен; физиологический процесс смены временных зубов постоянными—все эти факторы создают подходящие условия для разнообразной и постоянной травматизации, которая служит основой многих патологических процессов в области жевательного аппарата. Последние очень часто вовлекают и другие области организма. С другой стороны, всевозможные инфекционные болезни организма, как, например, грипп, инфлюэнца, тифы, скарлатина и др., зачастую не остаются бесследными и для зубной системы. На обширном клиническом материале нередко приходится констатировать заболевания зубов и окружающих их областей гематогенного происхождения. Эти факты подтверждают бесспорное участие зубной системы в сосудисто-нервном кругу, по которому распространяются всякого рода патологические процессы. Развившаяся гангрена пульпы при наличии кариеса представляет прекрасную среду и очень благоприятные условия; для развития всевозможных культур и инфекционных начал, проникающих туда же из полости рта.

Лимфатические пути из периапикальных областей разносят по всему организму подготовленную культуру (бактерийную), и последняя, останавливаясь элективно в разных местах, вызывает септические заболевания того или иного органа.

Избирательные способности некоторых разновидностей стрептококковой инфекции, как показывают Розенов и др., находят себе подтверждение на большом клиническом материале (Егоров, Пекар).

Фокальная инфекция именно и представляет собою тот лабораторный очаг, который доставляет во многие области организма все новый и новый материал, избирательно вызывающий патологический процесс того или иного органа, той или иной области—ревматизм, эндокардиты, язвы желудка, невралгия, артриты и др.

Гранулематозные образования вокруг апекса, как результата проникшей туда инфекции из гангренозной полости зуба, весьма часто не дают ни субъективных, ни объективных явлений, и только инсульт, понижающий резистентность организма, или приток какой-либо новой инфекции, активирующей бывшую там слабовирусную культуру, выводит этот процесс из состояния латентности. Фиброзная капсула, служившая до сих пор барьером кольцом, принимает форму кисты, разрастаясь в большую флюктуирующую опухоль. В иных случаях содержимое кисты, прорываясь через стенки капсулы, распространяется широко за пределы последней, обуславливая тот или иной острый гнойный местный

процесс, а в более сложных случаях такое обострение ведет и к общему сепсису.

Об одном характерном случае хронисепсиса, наблюдавшемся в Казанской стоматологической клинике, считаю необходимым поделиться с читателями.

Этот случай хронисепсиса ярко подтверждает факт фокусной инфекции и значение местной терапии при процессах, перешедших уже в общее заболевание. Этот сложный длительный патологический процесс общего характера, начавшийся с зубной системы, в нижеописываемом случае является не просто казустикой, а явлением, лишний раз напоминающим необходимость уделять в каждой клинике должное внимание фокусной инфекции при общих заболеваниях, симптомы которых не укладываются в обычные диагностические рамки.

Больная Л., 19 л., студентка, заболела в марте 1934 г. в Москве. При явлениях повышенной температуры—сердечные припадки: перебои, головокружение. Диагноз: перикардит как осложнение грипа. Больная провела 10 дней на койке. По истечении их наступило заметное улучшение. Больная выписалась, но вполне здоровой себя не чувствовала. В апреле—возобновление болезни. Периодические приступы: общая слабость, озноб, обильные поты. Больная лишилась работоспособности. В мае ко всем указанным явлениям присоединились новые:—красные пятна на теле, которые впоследствии переходят в цианотичные, сильные боли во всем теле, особенно при движении. Диагноз: мышечный ревматизм.

В июне картина болезни такая же, но красные пятна, временами появлявшиеся, перешли в постоянную сыпь и по частоте и по форме. Кроме того появилась отечность голеностопного сустава. Общая слабость, вечерняя температура. Больная вернулась в Казань к родителям и поручена наблюдению терапевтов.

1/VII сильный приступ рвоты с желчью, головная боль, помутнение сознания. светобоязнь и лихорадочное состояние. Первоначально предположили малярию. Консультация из терапевтов с участием асс. терапевт. кл. В. Л. Елкина, высказалась за острый ревматизм. Назначено: Urotropin, N. Salicyl, inf. Adonis vernalis. До конца июля сильные боли в области крестцовых позвонков и в затылке, судороги конечностей и лица, кровоизлияние в глазу, двоение и косоглазие, чрезвычайная гиперестезия всех мышц скелета. Судорожные приступы повторяются два раза в день, вслед за ними сильные головные боли, температура 39—39,5°.

Больную наблюдал В. Л. Елкин, полагавший, что эти явления ревматизма—безусловно вторичного порядка, в отличие от первичного, который сопровождается резкими изменениями сердечной области, и, следовательно, где-то в организме находится первичный очаг и, вероятнее всего, в зубном аппарате. Предположения его впоследствии оправдались.

В первых числах августа появляется небольшая зубная боль в левой половине нижней челюсти,—в области 5, 6 зубов. Через день небольшая отечность стала заметно увеличиваться, распространяясь все шире и дальше кзади. Появляется затрудненное дыхание и глотание. С локализацией местного процесса в области зубов и окружающих тканей общие признаки болезни стали резко ослабевать.

20/VII сильные приступы невралгии характера *ichias'a*. Местный воспалительный процесс в области челюсти резко обострился. Наружная большая припухлость, твердая на ощупь, и обильное выделение гнойных масс в полости рта при температуре 37,5°. В первых числах сентября больная поступает в стоматологическую клинику. Местные явления: большая отечность в области нижней челюсти левой стороны с покрасневшей флюктуирующей поверхностью. Интраорально вокруг 6-го гангренозного зуба разрыхленный *Paradentium*, отслоившийся от альвеолярного отростка; из карманов обильное выделение гнойных масс. Чрезвычайно сильная болезненность при глотании. Общие явления: сильные болевые ощущения во всей мышечной системе, особенно во время приступов. Невралгия во всем позвоночнике. Температура снова поднимается до 39,0, ригидность затылочных мышц, чрезвычайно повышенная возбудимость.

Диагноз: *Osteomyelitis acuta mandibulae sinistrae odontogenesis, gangrena dentium 5,6*. Операция под хлор-этиловым наркозом; широко вскрыт абсцесс, шестой зуб экстрагирован, наружная стенка альвеолярного отростка челюсти,

начавшаяся некротизироваться, удалена. Обнажена кистовидная полость и тщательно выскоблена. После первой перевязки болезненные явления стали затихать. Температура понизилась до субфебрильных цифр. Состояние больной значительно улучшалось с каждым днем. На 15-й день после операции больная стала ходить и выписалась вполне поправившейся. Больная сообщает нам после операции через месяц о хорошем своем самочувствии; работоспособность восстановилась и от болезненного состояния, длившегося около 8 месяцев, не осталось и следа.

Анализируя этот весьма интересный случай, представляющий собой типичный пример ротового сенисиса в зубном аппарате, мы можем объяснить его следующим образом: нижний шестой левый зуб имел периапикальную гранулему, которая находилась в латентном состоянии. Эта дремлющая инфекция долгое время не беспокоила больную. Гриппозное заболевание, перенесенное больной в Москве в марте, способствовало перерождению стрептококка, находящегося в гранулеме, в более вирулентную форму, которая и послужила причиной инфицирования ряда областей организма, куда этот инфекционный материал систематически доставлялся из постоянного очага.

Таким образом постепенно развивался хронический процесс менингитального порядка.

Из Кожно-венеролог. клиники Гос. инстит. для усовершенств. врачей им. В. И. Ленина (дир. проф. Я. Д. Печников) и из Венероделения Казанского военного госпиталя (нач. госпиталя Н. Романов).

Длительность течения острой гонорей мужчин в зависимости от частоты промываний по Жанэ.

А. Н. Ошаров.

Продолжительность течения острой мужской гонорей чрезвычайно разнообразна и колеблется в широких пределах от нескольких дней до неск. месяцев. Длительность эта зависит от различных причин. Большинство авторов приводит различные сроки излечения мужской гонорей. По статистике Жанэ (за 1916 г.) средний срок излечения в группе 334 случаев—42 дням; в другой группе в 568 случаев—41 дню. Пружанский (из 1-го вендиспансера МОЗ) по отдельным историям болезни (12 сл.) отмечает срок излечения от 17 до 32 дней, а по другой группе (50 историй болезни) от 16 до 25 дней. Залуцкий и Ляховецкий (по материалу за 7 лет института им. Броннера—1348 случаев) устанавливают средний срок излечения острой гонорей в 41 посещение при наблюдении каждого больного в среднем в течение 2½ месяцев. Хольцов на совещании по гонорее при 3-м Всесоюзном съезде венерологов в докладе „Основные принципы лечения острой гонорей“ указывает, что гонорея при умелом лечении излечивается в 5—8 недель.

В доступной мне литературе за последние годы я не встретил точных указаний по вопросу о сроках излечения острой мужской гонорей в зависимости от однократного и двукратного ежедневного промывания уретры по Жанэ и о влиянии на длительность течения однодневных перерывов по дням отдыха.

Мы задались целью, на основании стационарного материала, проверить сроки излечения острой мужской гонорей методом Жанэ при одно и двукратных ежедневных промываниях уретры, причем в одних случаях нами проводились промывания без перерывов, а в других—лечение в дни отдыха прерывалось.