

Лечение заключается в удалении виновного зуба и проведении широких разрезов с целью удаления гнойного экссудата. В комплекс лечения таких больных входили пенициллинотерапия, сульфаниламиды и симптоматические средства в зависимости от состояния больного; назначалась пища, богатая витаминами.

Несмотря на благоприятные сдвиги в течении одонтогенных остеомиелитов, по нашим наблюдениям, имели место выраженные тяжелые формы у 7 больных. У одного из них было осложнение — разлитая гнойно-некротическая флегмона околочелюстных тканей.

До применения антибиотиков тяжело протекающие воспалительные процессы угрожали септической интоксикацией с метастазами в черепно-мозговые синусы и другими тяжелыми осложнениями. В большинстве наблюдений, несмотря на выраженную общую реакцию, удаление виновного зуба и проведение внутриротовых и внеротовых разрезов приводили к ликвидации воспалительного процесса в короткие сроки. Полное выздоровление мы наблюдали в сроки от 8 до 12 дней.

По мере ликвидации воспалительного процесса общее состояние улучшалось, показатели формулы крови приходили в норму.

Одонтогенный остеомиелит челюстей часто является следствием кариеса зубов и проникновения в кость инфекции из верхушечного перичемента, т. е. распространения одонтогенной инфекции. Хотя случаи тяжелого клинического течения остеомиелита и таких его осложнений, как абсцесс легкого, септическое состояние, тромбоз черепно-мозговых синусов, и являются сейчас редкостью, однако врачам следует помнить о возможности их возникновения.

В заключение следует сказать, что оказание ранней хирургической помощи при острых остеомиелитах является основным методом лечения, ведущим к благоприятному разрешению процесса.

Профилактикой одонтогенного остеомиелита является широкая санация полости рта, а главное — предупреждение кариозной болезни, что возможно только при хорошо налаженной стоматологической помощи населению.

Поступила 26 июня 1964 г.

УДК 616.314—002—08—615.779.9

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ АНТИБИОТИКАМИ У ДЕТЕЙ

Х. М. Сайфуллина

Детское лечебно-профилактическое объединение
(нач. — Г. Я. Бехер) ст. Казань

Для лечения глубокого кариеса и пульпитов мы по предложению доц. З. А. Шишковой применяем пенициллин с левомицетином и сульфодимезином.

В первое посещение кариозную полость обрабатываем экскаватором, стенки и дно полости осторожно препарируем бором, затем полость промываем физиологическим раствором. После препаровки зуба на дно кариозной полости кладем тампон, смоченный раствором пенициллина на масле (100 000 ед. на 1 мл) с добавлением левомицетина и анестезина (1,0 левомицетина; 0,1 анестезина), полость закрываем дентином.

Во второе посещение через 1—2 дня, при отсутствии жалоб на боли от холодного и горячего при глубоком кариесе, исчезновении болевых приступов и безболезненной перкуссии при пульпитах, зуб пломбуем. На дно кариозной полости кладем пасту следующего состава: 1 капля пенициллина на масле, поровну левомицетина и сульфодимезина с добавлением белой глины; сверху пасту закрываем дентином и пломбуем.

Острый пульпит лечим без вскрытия и травмы пульпы. При хроническом пульпите наложение антибиотика повторяем 2—3 раза.

Нами проведено по данной методике лечение глубокого кариеса в 232 зубах, из них 120 проверено в срок от 2 месяцев до 3 лет. Из 120 леченных зубов 7 не имели пломбы, в 21 зубе пломба частично осела, но жалоб на боли не было, остальные 92 зуба оказались с пломбами и не беспокоили больных, жизнеспособность пульпы была сохранена.

Прослежены отдаленные результаты (до 3 лет) при лечении пульпитов по данной методике 136 зубов. Установлен хороший эффект лечения в 114 зубах. Отрицательный результат наблюдался в 22 леченных зубах (острый частичный пульпит — 1, острый общий пульпит — 15, хронический простой пульпит — 6), который выразился в том, что появились пульпитные боли, причем в 11 из них боли прекратились после снятия пломбы и повторного лечения, в 9 зубах пришлось прибегнуть к методу девитализации пульпы. В 2 зубах наблюдался некроз с явлениями периодонтита.

При лечении хронических периодонтитов применяем биомидин, одна таблетка которого растворяется в 20 мл дистиллированной воды.

В первое посещение полость обрабатываем бором, затем осторожно по частям проводим механическую обработку каналов пульпэкстрактором, чтобы не протолкнуть инфицированную пульпу за верхушку корня. Затем корневой канал промываем с помощью ватных турунд раствором антибиотика до тех пор, пока турунда не ста-

новится чистой. Через свищевые ходы также вводим раствор антибиотика. После тщательной механической и медикаментозной обработки корневого канала оставляем в нем турунду с антибиотиком на 1—2 дня под герметической повязкой.

Во второе посещение корневой канал повторно промываем антибиотиком, стараясь ввести его из шприца в периапикальные ткани, что, однако, не всегда удается.

В третье посещение, если больной не отмечает никаких болей и зуб выдерживает герметическую повязку, лечение заканчиваем пломбированием корневых каналов в сформированных корнях постоянных зубов жидким фосфат-цементом, в молочных зубах — биомининовой пастой.

Лечение хронических периодонтитов с помощью биомicina проведено в 102 зубах, из них свищевые ходы имелись в 63 (28 постоянных и 35 молочных). Из 63 в 42 леченных зубах свищевые ходы облитерировались, обострений не наблюдалось, рентгенологически отмечалось рассасывание воспалительного процесса. У 18 больных зубы труднее поддавались лечению, и лишь после проведения теплового физиотерапевтического лечения был достигнут положительный исход.

У 3 больных в процессе лечения наблюдались изменения слизистой полости рта в виде катарального стоматита, что связано, по-видимому, с повышенной чувствительностью организма ребенка к данному антибиотику. Из анамнеза у данных больных выяснилось, что и в прошлом при лечении других заболеваний биомицином также появлялся стоматит. По исчезновении явлений стоматита и замены биомicina тетрамицином мы получили терапевтический эффект, рецидива стоматита не наблюдалось.

Таким образом, правильно проведенное лечение антибиотиками зубов детского возраста дает положительные результаты, и для расширения диапазона воздействия на различную микрофлору полости рта необходимо применять комбинированное лечение.

Поступила 8 сентября 1961 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616—007—616.12

О ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОДАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА СЕРДЦА

П. М. Злочевский

4-я кафедра терапии (зав.—член-корр. АМН СССР проф. П. И. Егоров)
ЦИУ и кабинет функциональной диагностики Центральной клинической больницы
МПС (нач.—В. Н. Захарченко)

Около ста лет назад появилась первая монография (К. А. Раухфус, 1869) о врожденной патологии аортального устья с описанием 25 наблюдений, в том числе 10 собственных. Материалы последних лет опровергают представление о большой редкости клапанного и подклапанного стеноза аорты (7,4% всех врожденных аномалий по Л. Д. Крымскому, 1962). Подаортальное сужение может иметь различную структуру (А. Л. Микаелян и Л. А. Семенова, 1963), но обычно образуется соединительнотканной мембраной или фиброзно-мышечным гребнем. Являясь результатом нарушения эволюции эмбрионального бульбуса, при относительно небольших размерах оно клинически малосимптомно и может быть впервые установлено в зрелом возрасте (Йонаш, 1960; и др.).

Для подаортального стеноза, в отличие от аортального, более характерны исключительная интенсивность систолического шума с сотрясанием грудной стенки (Б. П. Кушелевский, 1939) с эпицентром ближе к верхушке (Б. П. Кушелевский, Н. К. Горяев, 1934; И. А. и Г. И. Кассирские, 1961), максимальными осцилляциями в начале, реже — в середине систолы (Aravanis и Luisada, 1957), сохранение второго тона на аорте, отсутствие постстенотического расширения аорты (Б. В. Петровский, Г. М. Соловьев, 1961). Может отсутствовать первый тон, «заглушаемый шумом» (А. В. Виноградов, 1954). Весьма точная диагностика достигается регистрацией двойного перепада давления при зондировании аорты, подклапанного пространства и левого желудочка и аортографии (Fleming и др., 1958; Belcher, 1960, М. В. Муравьев и Ю. С. Петросян, 1961, В. И. Бураковский и др., 1963).

В течение 5,5 лет в нашей больнице наблюдался больной, у которого был диагностирован подаортальный стеноз, а на аутопсии установлена природа сужения в виде соединительнотканного тяжа на фоне других аномалий развития.

У 6-ного И., 42 лет, порок сердца обнаружен при прохождении военно-медицинской комиссии в 1955 г., хотя небольшую одышку при ходьбе ощущал с 1954 г. В прошлом суставы не болели, ангины редки. Перенес сыпной тиф в 1941 г., болезнь Боткина в 1942 г. В октябре 1957 г. поступил в нашу больницу по поводу инфаркт-пневмонии. Тогда было установлено расширение сердца влево на 2 см, усиленный