

мастикациогграфия по И. С. Рубинову и электромиография собственно жевательных и височных мышц до и после лечения через 1, 6 и 12 мес. Одновременно с ортопедическим проводили терапевтическое и хирургическое лечение пародонтоза. Из 6 больных, пользовавшихся съемными пластиночными протезами с балочной фиксацией по Румпелю, у 5 наблюдалась стабилизация процесса пародонтоза. У больных, пользовавшихся частичными съемными пластиночными протезами с балочной фиксацией по Дольдеру, ухудшения в состоянии опорных зубов и мягких тканей не отмечено.

УДК 616.314.18—002.4—08

Т. Н. Яшкова, А. Ю. Зайденштейн, Н. А. Горячев (Казань). Эффективность устранения патологических зубодесневых карманов при болезнях пародонта

Разработан метод склерозирующей терапии для устранения патологических зубодесневых карманов, основанный на введении гипертонических растворов, которые вызывают асептическое воспаление соединительной ткани. Исходом воспалительного процесса является фибрилизация десневой стенки, что приводит к уплотнению и уменьшению десны в объеме.

Склерозирующая терапия осуществляется двумя путями — инъекционным и неинъекционным.

В основу неинъекционного метода положено введение в патологические зубодесневые карманы склерозирующих растворов с помощью ватных турунд. Оперативное устранение патологических карманов достигается гингивэктомией.

Эффективность склерозирующей терапии изучена у 96 больных (возраст — от 18 до 76 лет), страдающих различными болезнями пародонта. Для устранения патологических десневых карманов у 71 больного в области 127 зубов применено консервативное лечение (в 65 случаях инъекционным и в 62 — неинъекционным методом). У 25 больных патологические зубодесневые карманы в области 75 зубов устранялись гингивэктомией с последующей склеротизацией 5% раствором йода.

Поскольку пародонтоз протекает на фоне пониженной резистентности организма, мы решили изучить зависимость исхода хирургического и неоперативного устранения патологических зубодесневых карманов от таких показателей неспецифической резистентности, как активность лизоцима паротидной и смешанной слюны, активность лизоцима сыворотки крови и содержание в ней пропердина.

У 67 пациентов показатели неспецифической резистентности организма расценивались как благоприятные (1-я группа), у остальных 29 — как неблагоприятные (2-я группа).

В 1-й группе лечение было эффективным у 53 больных в области 116 зубов, в том числе в 44 случаях после устранения патологических зубодесневых карманов инъекционным путем, в 30 — неинъекционным и в 42 — гингивэктомией.

Во 2-й группе проводилось лечение 52 патологических зубодесневых карманов. Оно оказалось эффективным в 27 случаях, в том числе в 20 после склерозирующей терапии (в 8 — инъекционным и в 12 — неинъекционным методом) и в 7 после гингивэктомии.

Результаты наблюдений свидетельствуют о высокой эффективности неоперативного устранения патологических зубодесневых карманов.

УДК 616.5—006.311.03—089.815: [546.431+546.226]

Г. Г. Сафина (Казань). О применении сульфата бария в хирургической татуировке плоских гемангиом

У 40 пациентов (у 26 лиц женского и у 14 — мужского пола в возрасте от 7 до 47 лет) для закрашивания плоских гемангиом применен порошок сульфата бария с размером частиц от 0,063 до 0,1 мм. Локализация гемангиом разнообразная: в подглазничной, щечной, височной, околоушной областях, на губах, веках, шее и пр.

Техника закрашивания. Операционное поле обрабатывают спиртом, йодом. Производят инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина с добавлением адреналина для уменьшения кровотечения. Затем на участок кожи, где предстоит делать татуировку, наносят в виде кашицы стерильный сульфат бария. Закрашивание осуществляют ручным инструментом, состоящим из соединенных ручкой 10—12 игл из нержавеющей стали. Для достижения равномерного окрашивания хирургическую татуировку лучше производить небольшими участками. Закрасив один участок, переходят к следующему. По окончании татуировки на закрашенный участок накладывают повязку с вазелиновым маслом.

На следующий день наблюдается послеоперационный отек мягких тканей, более выраженный при закрашивании гемангиом на веках и в подглазничной области. Спустя 3 дня отек уменьшается. На 6—7-й день повязку снимают. В это время уже можно судить о предварительном эффекте закрашивания. Окончательный результат хирургической татуировки определяется через 4—6 мес. В течение этого срока часть красителя отшелушивается вместе с поверхностным эпидермисом. Хорошие результаты отмечены у 31 пациента, удовлетворительные — у 8, неудовлетворительные — у 1 (следствие инфицирования в послеоперационном периоде).

Отдаленные исходы изучены у 21 больного в сроки от 1 до 4 лет. Установлено, что кожа, закрашенная сульфатом бария, не изменяет своих свойств, но небольшая часть красителя рассасывается.

Следовательно, сульфат бария может быть использован в качестве красителя для хирургической татуировки плоских гемангиом. Будучи введенным в кожу, он маскирует цвет гемангиомы, что обуславливает косметический эффект.

УДК 616.716.1+616.716.4]—002.2:612.017.1

Ф. С. Хамитов, В. И. Еникеева (Казань). Белковый спектр сыворотки крови у больных с хроническими воспалительными процессами челюстей

Сывороточные белки крови определяли методом электрофореза на бумаге, общий белок — рефрактометрически.

При хронических воспалительных процессах челюстей количество общего белка в сыворотке крови больных снижено. Отмечается гипоальбуминемия, сопровождающаяся некоторой гиперглобулинемией (см. табл.).

Содержание белка (г/л) и белковых фракций (%) в сыворотке крови обследованных

Группа обследованных	Число обследованных	Концентрация белка, г/л	Альбумины	Глобулины			
				α_1	α_2	β	γ
Здоровые (доноры)	10	$94,3 \pm 1,8$	$59,4 \pm 1,1$	$4,0 \pm 0,3$	$7,3 \pm 0,5$	$10,5 \pm 0,5$	$18,7 \pm 0,8$
Больные травматическим остеомиелитом челюсти	18	$81,8 \pm 2,0$ $P < 0,01$	$55,1 \pm 1,2$ $P < 0,02$	$4,9 \pm 0,3$ $P < 0,05$	$8,8 \pm 0,7$ $P < 0,05$	$11,6 \pm 0,6$ $P < 0,2$	$19,5 \pm 0,5$ $P < 0,5$
Больные актиномикозом челюстно-лицевой области	14	$82,4 \pm 4,8$ $P < 0,02$	$53,4 \pm 1,8$ $P < 0,02$	$4,2 \pm 0,3$ $P < 0,5$	$9,8 \pm 0,7$ $P < 0,05$	$12,7 \pm 0,7$ $P < 0,02$	$20,0 \pm 1,3$ $P < 0,5$
Больные хроническим остеомиелитом челюсти	24	$80,2 \pm 1,1$ $P < 0,01$	$54,8 \pm 0,9$ $P < 0,02$	$4,8 \pm 0,3$ $P < 0,05$	$8,9 \pm 0,5$ $P < 0,05$	$12,2 \pm 0,5$ $P < 0,05$	$18,1 \pm 0,5$ $P < 0,2$

Как видно из таблицы, изменение белковых фракций сыворотки крови не может являться существенным признаком для дифференциальной диагностики между различными формами хронического воспаления челюстей.

УДК 616.31—089.5—031.85

Э. Г. Хабибуллина, С. Х. Рафикова (Казань). Опыт применения игольного и безыгольного методов введения новокаина при удалении зубов

Проведена сравнительная оценка двух методов введения анестетика при удалении зубов у 60 больных хроническим периодонтитом.

В группе лиц, которым через иглу шприцем вводили 5—6 мл 1% раствора новокаина 2—3 инъекциями, выраженная боль была у 3 из 30 человек, слабая — у 4, у остальных 23 боли не было. Однако, как показал опрос, при этом виде обезболивания все пациенты испытывали страх перед иглой и ощущали боль при уколе.

Другой группе больных вводили 1 мл 1% раствора новокаина в ткани с помощью безыгольного инъектора БИ-8, 3—5 выстрелами. Раствор свободно проникал в ткани и вызывал быстрое обезболивание. У 27 из 30 больных удаление зубов прошло безболезненно, у 3 была слабовыраженная боль. Все пациенты указывали, что не чувствовали боли при введении анестетика.

У 80% всех больных во время удаления зубов обнаружены изменения температуры, артериального давления, частоты пульса и дыхания, выраженность которых не зависела от метода обезболивания. Ни один из этих видов обезболивания не снимает эмоциональных сдвигов. Они, видимо, могут быть сняты только посредством премедикации или удаления зубов под общим обезболиванием.