

него. Стабилизация процесса в пародонте, по клиническим и рентгенографическим данным, была достигнута у 21 пациента, у 8 лиц результаты были удовлетворительными, у 5 улучшения не наблюдалось. Следует подчеркнуть, что у всех этих больных было активное течение пародонтоза, а также низкие показатели неспецифического иммунитета, которые не нормализовались и после проведенного лечения. У большинства больных ремиссия в пародонте сопровождалась положительными сдвигами и в иммунологическом статусе (см. табл.). Наряду с улучшением состояния пародонта больные отмечали повышение общего тонуса и работоспособности, уменьшение случаев заболеваний ангиной и катаром дыхательных путей.

Результаты наших исследований показывают, что использование в комплексе лечения пародонтоза бактериальных аллергенов способствует снижению сенсibilизации организма и оказывает стимулирующее влияние на гуморальное и клеточное звенья иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Машенко И. С. Стоматология, 1975, 2.—2. Никитина Т. В. Там же.
Поступила 21 января 1984 г.

УДК 616.379—008.64+616.716.1/716.4]—002

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р. Х. Максудова

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Мы провели обследование 110 больных (48 мужчин, 62 женщин) с сахарным диабетом в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Легкая степень диабета диагностирована у 5 (4,5%), средняя — у 30 (27,3%), среднетяжелая — у 43 (39,1%), тяжелая — у 32 (29,1%) больных. Диабет среднетяжелой и тяжелой степени наблюдался главным образом у лиц старше 50 лет. Сопутствующие заболевания выявлены в основном у больных старшей группы. Чаще других констатированы сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, остеохондроз, артрит, у одного больного — цинга.

Стоматологический статус отражен в таблице. Только у 22 человек отмечено удовлетворительное состояние, у остальных имелись различные нарушения. Особенно частым был пародонтоз, который из легкой формы переходил в тяжелую и заканчивался потерей зубов у 15,5% больных.

Нарушения слизистой полости рта характеризовались изменением цвета, сухостью губ, языка, налетом, болевыми ощущениями в виде глоссодинии. Пародонтоз у больных диабетом с самого начала приобретает диффузный характер, может иметь острое и подострое течение [1, 6].

Возникновение местных воспалительных заболеваний при сахарном диабете вызывает феномен взаимного отягощения, поскольку в этих случаях наблюдается неблагоприятное воздействие одного процесса на другой [4]. У больных среднетяжелым и тяжелым диабетом воспалительные осложнения развивались чаще, причем гнойный процесс имел у них склонность к распространению и появлению некрозов.

Среди курированных больных у 6 были фурункулы и карбункулы лица,

Стоматологический статус больных сахарным диабетом

Стоматологический статус	Число больных	%
Состояние зубного ряда		
норма	22	20,0
гингивит	39	35,4
пародонтоз	32	29,1
адентия	17	15,5
Изменение слизистой языка		
налет, отек	27	24,5
изменение цвета, сухость	13	11,8
глоссодиния	6	5,4
Поражение лица и челюстей		
фурункулы, карбункулы	14	12,7
воспалительные инфильтраты	9	8,2
остеомиелиты челюстей	8	7,3
воспаления слюнных желез	5	4,5

у 3 — острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, сопровождавшийся флегмонами, у 2 — острое гнойное воспаление слюнной железы (у одной — левосторонний паротит, у другой — воспаление правой подчелюстной железы, осложнившиеся флегмонами), у 3 — ограниченные гнойные процессы (острый периодонтит с периоститом).

Наиболее обширные гнойные процессы наблюдались у 11 больных. Они поступили в клинику в среднетяжелом или тяжелом состоянии, иногда с уже появившимися признаками сепсиса. У всех гнойный процесс носил разлитой характер, сопровождался абсцессами и флегмонами, а в последующем некрозами, быстро распространявшимися по клеточным пространствам. 9 больных сахарным диабетом средней, среднетяжелой и тяжелой формы получали букарбан, инъекции инсулина.

В клинике пациентам вскрывали абсцессы, флегмоны и удаляли зубы — источники возникновения одонтогенного остеомиелита. Всем больным проводили по показаниям интенсивную антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия (цепорин, линкомицин, ампициллин, пенициллин и др.) в больших дозах с предварительным выявлением чувствительности к микробной флоре. Назначали комплексную инфузионную дезинтоксикационную терапию и корригировали углеводный и электролитный обмен, кислотно-щелочное равновесие; дозу инсулина увеличивали на 15—20%. Лечение проводили совместно с эндокринологом и реаниматором.

Однако, несмотря на патогенетическую терапию и операции, у отдельных лиц распространение гнойного процесса остановить не удалось. Из-за сепсиса погибли 3 человека. С., 29 лет, больной некомпенсированным диабетом (содержание глюкозы в крови — 22 ммоль/л, доза инсулина до 100 ед.), поступил в клинику с карбункулом верхней губы и две большие М., 74 лет, и Н., 85 лет — с острым гнойным паротитом и подчелюстным гнойным сиалоаденитом, осложнившимися разлитыми флегмонами и некрозами. Они были доставлены в клинику поздно — уже в разгаре гнойного процесса, с появившимися признаками сепсиса. Следует отметить, что даже при благоприятном исходе местного гнойного процесса раны у таких больных заживают хуже, инфильтраты на лице рассасываются медленнее, после удаления зубов нередко альвеолиты [2].

Тяжелое течение гнойно-воспалительных явлений обусловлено дисбалансом желез пищеварительного тракта, эндокринной системы и нарушением углеводного обмена. В свою очередь гнойно-воспалительный процесс снижает толерантность к углеводам и повышает резистентность больных к инсулину. Прогрессирование гнойного процесса нередко приводит к декомпенсации скрыто протекающего диабета, вплоть до диабетической комы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайс С. И. Терапевтическая стоматология, М., Медицина, 1968.
2. Гусейнов Р. Р. Стоматология, 1977, 3.
3. Кулешов Е. В. Особенности регенерации ран, принципы предоперационной подготовки, проведения операций и послеоперационного периода у хирургических больных, отягощенных диабетом. Автореф. докт. дисс., М., 1972.
4. Мареев Ю. С., Чубаков Ю. М. Хирургия, 1979, 8.
5. Молчанова К. А., Карандашов В. И. Стоматология, 1981, 1.
6. Паламарчук Ю. Н. Клиника, патоморфология и лечение пораженных тканей пародонта у больных сахарным диабетом. Автореф. канд. дисс., Полтава, 1971.

Поступила 7 февраля 1984 г.

УДК 616.31:362.12:616—089.5

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Р. И. Гарипова, А. Д. Дзамуков, В. А. Солдатенков,
Ф. Н. Казанцев, Ф. В. Шмелева, Р. З. Ахмадишина

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. — доц. Ф. Н. Казанцев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, стоматологическая поликлиника Приволжского района г. Казани (главрач — заслуж. врач РСФСР С. К. Толстякова)

В настоящее время в условиях поликлиники при стоматологических вмешательствах основным видом обезболивания является местная анестезия. Однако лишь