

ружено утолщение нижнего века размером 12×6 мм, приподнятое над здоровой тканью на 2,5—3 мм и плотно спаянное с подлежащими тканями. В центре уплотнения находится язва размером 5×2 мм, покрытая геморрагической коркой. Цитологически были выявлены изменения, аналогичные таковым у предыдущего больного. 5 курсов криопексии жидким азотом привели к выздоровлению. При повторном цитологическом исследовании злокачественных клеток в пунктате не обнаружено.

Цитологическое исследование легко выполнимо, дает быстрый ответ, достаточно информативно и может быть рекомендовано для практического применения в офтальмоонкологии.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.313—001+616.313—002]—089

ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯЗЫКА

И. Г. Ямашев

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов), кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В последнее время отмечается рост частоты воспалительных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области, которые не только нарушают функцию органа, но иногда угрожают жизни больного и, следовательно, требуют неотложных лечебных мероприятий. Поздние сроки оказания помощи и ошибочная тактика в лечении таких больных могут привести к стойким нарушениям акта жевания, глотания и речи. К сожалению, вопросы лечения воспалительных заболеваний и травматических повреждений языка не нашли должного освещения в литературе. В связи с этим мы решили поделиться опытом их терапии.

Под наблюдением находилось 125 больных (мужчин — 95, женщин — 30), в том числе 23 — в возрасте до 14 лет. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю вошли 83 человека с неспецифическими гнойно-воспалительными заболеваниями, во 2-ю — 42 с травматическими повреждениями языка, протекавшими без выраженных явлений острого воспаления.

Причиной неспецифических гнойно-воспалительных процессов языка были одонтогенная (29), тонзиллогенная и отогенная (18) инфекция; кистозные новообразования (9); травматические повреждения (12), в том числе острыми краями зубов и корней (3), зубными протезами (1), животной и рыбной костью (2), зерном пшеницы (1), кожурой семени подсолнуха (1), спичкой (1), прикусывание (3), а также простудные заболевания (6). У одного больного причиной абсцесса явилось оперативное вмешательство по поводу аденоидов. У 8 больных этиологию гнойно-воспалительного процесса в языке установить не удалось.

Во 2-й группе мы выделили 2 подгруппы: в 1-ю включены 28 больных, у которых повреждения языка возникли в результате однократного, во 2-ю (14) — многократного воздействия травмирующего фактора. Все повреждения были производственного характера. В 1-й подгруппе мы наблюдали за лицами с механическими травмами (15), в том числе в виде укусов (11), резаных (3) или колотых (1) ран, с химическими ожогами (7), в том числе кристаллическим перманганатом калия (4) и нашатырным спиртом (3), термическими повреждениями (1) и огнестрельными ранениями языка (5). Во 2-й подгруппе были больные с декубитальными язвами языка, возникшими в результате длительного травмирования органа острыми краями зубов и корней, а также вследствие применения некачественно изготовленных зубных протезов.

Острые гнойно-воспалительные заболевания языка протекали по типу абсцесса (65) или флегмоны (2). Больные жаловались на лихорадку (до 39—40°), боли в языке, обильное выделение вязкой тягучей слюны, запах изо рта, невнятность речи, иногда на затрудненное дыхание. Клиническая картина зависела как от локализации (кончик, тело, корень, боковая или нижняя поверхность языка) и распространенности, так и от глубины расположения гнойно-воспалительного фокуса. При поверхностном (под слизистой оболочкой) расположении гнойника (43) состояние больных было в основном удовлетворительным, лицо симметричным, открывание рта в полном объеме, язык с беловато-серым налетом. В зависимости от локализации гнойника в том или ином отделе органа пальпаторно обнаруживался резко болезненный инфильтрат, границы которого не всегда четко контурировались, особенно в области корня. Сли-

зистая оболочка над инфильтратом была отечной, иногда с отпечатками зубов. Флюктуация определялась лишь при локализации гнойника в передней трети органа, да и то не у всех больных. При гнойном фокусе, расположенном в области корня языка, боли при глотании были весьма выраженными. У всех больных наблюдалось нарушение речи.

При глубоком (межмышечном) расположении гнойника (24) состояние больных было, как правило, средней тяжести, иногда тяжелым. Во время наружного осмотра была отмечена припухлость в подчелюстной и подподбородочной областях. При пальпации этих областей выявлялись увеличенные, резко болезненные лимфатические узлы, иногда сопровождающиеся перилимфаденитом. Из полукрытого рта больных вытекала вязкая тягучая слюна. Открывание рта нередко было ограниченным. Увеличенный в объеме язык, покрытый сероватым налетом с отпечатками зубов, заполнял почти всю полость рта или даже высывался, движения его резко ограничивались из-за болей. Пальпация языка была резко болезненна, в связи с чем установить локализацию гнойного фокуса (особенно в области корня) не всегда представлялось возможным. Слизистая оболочка подъязычного пространства нередко была отечной и инфильтрированной. При глубоком расположении гнойника у всех больных отмечалось особенно резкое нарушение глотания и речи, часто затрудненное дыхание.

При хронических гнойно-воспалительных процессах языка (16) больные жаловались на плотное ограниченное малоблезненное образование, которое вне периода обострения не нарушало функции органа. При обострении хронического процесса (9) предъявлялись жалобы на боли в языке, усиливающиеся при глотании и разговоре, объемные изменения органа в зоне ранее имевшейся припухлости, появление вязкой тягучей слюны. Общее самочувствие больных ухудшалось, температура тела повышалась до 38—39°. В последующем, после самопроизвольного или оперативного вскрытия гнойного фокуса, острые воспалительные явления стихали, улучшалось как общее самочувствие, так и местное течение процесса.

Клиническая картина травматических повреждений языка зависела от вида и локализации повреждений. Так, например, раны от укусов, глубина которых была различной, имели неровные края и дно и располагались в области кончика (3), боковой поверхности (4) или спинки (4) языка. Резаные раны, которые у 2 из 3 больных возникли при сепарации зубов металлическим диском, были с ровными краями и неглубоким дном. Колотая рана возникла во время падения больной на грабли. Все механические повреждения языка сильно кровоточили и сопровождалась отеком, ограничивалась подвижность органа, нарушался акт жевания, глотания и речи. Огнестрельные ранения языка (за исключением одного случая) сопровождалась повреждениями мягких и костных тканей челюстно-лицевой области. При этом отмечалось нарушение целостности (в виде разрывов и дефектов) кожных покровов лица, слизистой оболочки рта (дна, щек, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба), верхней и нижней челюстей. При поступлении в стационар больные жаловались на резкие боли в языке, гиперсаливацию, нарушение акта жевания, глотания и речи, а в последующем и вкуса.

Клиническая картина зависела как от вида и дальности расположения огнестрельного оружия, так и от локализации и площади ранения, повреждения соседних органов и тканей, давности ранения, сопутствующих осложнений и от других причин.

При ожогах кристаллическим перманганатом калия рот больных был полукрыт, из него вытекала обильная слюна, зубы и слизистая оболочка языка, щек и губ были черного цвета, отмечалась резкая болезненность и некоторая отечность языка. При ожоге слизистой оболочки нашатырным спиртом больные отмечали сильную жгучую боль, которая усиливалась при пальпации, разговоре и приеме пищи; язык был резко отечным и гиперемизированным, а в последующем покрывался толстым беловатым налетом. Клиническая картина декубитальных язв имела вид овального, резко ограниченного дефекта слизистой оболочки с дном, покрытым фибриновым налетом. Соответственно язве выявлялся травмирующий фактор.

У больных 1-й группы в комплекс лечебных мероприятий включали методы оперативного и медикаментозного воздействия на патологический очаг. 76 больным из 83 проведены внутри- или внеротовые разрезы. При внутриворотных вмешательствах разрез в основном производили по боковой поверхности языка с последующим расширением и углублением раны тупым путем по направлению к гнойному очагу. При этом у части больных отмечалось обильное выделение гноя, у других же его совсем не было. Несмотря на отсутствие гноя, состояние больных после хирургического вмешательства улучшилось. Для оттока гноя и предупреждения слипания краев в рану на 2—3 дня вводили резиновые дренажи. Осложнений, связанных с оперативным вмешательством, мы не наблюдали.

У 7 больных из 83 мы отказались от хирургического вмешательства, так как воспалительные явления у них стихали. Это происходило либо за счет медикаментозного лечения, начатого до госпитализации, либо в связи с наличием свищевого хода, который достаточно хорошо способствовал опорожнению очага. 9 больным после купирования острого процесса выполнены цистэктомии по поводу кист языка.

С целью медикаментозного воздействия на патологический очаг назначали антибиотики широкого спектра действия (олеандомицин, эритромицин, мономицин и др.); сульфаниламидные препараты, дезинтоксикационные (гемодез, реополиглюкин, 5%

раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида и др.) и десенсибилизирующие средства; витамины (В₁, В₂, С, РР), анальгетики, обильное питье и др.

Наряду с хирургическими и медикаментозными мероприятиями, применяли методы, направленные на устранение факторов, вызвавших или усугубляющих течение заболевания. В частности, устраняли травмирующие факторы (коррекция протеза, стачивание острых краев зубов и др.), проводили санацию полости рта и ЛОР-органов, назначали общеукрепляющее лечение. С целью профилактики развития стойких и рубцовых контрактур языка на 3—4-й день после вмешательства начинали лингвальную гимнастику.

Лечебная помощь больным 2-й группы заключалась в проведении неотложных мероприятий в зависимости от вида травматического повреждения языка.

При механических и огнестрельных повреждениях языка первичную хирургическую обработку раны, которую проводили под инфильтрационным и проводниковым обезболиванием, завершали наложением кетгутовых швов на мышцы и шелковых — на слизистую оболочку. При этом рожковую поверхность языка ушивали более частыми швами, что являлось профилактикой сращения последнего с дном полости рта (особенно при их сочетанных повреждениях). При первичной хирургической обработке из тканей языка удаляли инородные тела, освежения краев раны не проводили, так как больные поступали на ранних сроках. При переломе челюсти или зубов по показаниям осуществляли остеосинтез или накладывали на зубные шины, либо удаляли корни сломанных зубов.

После первичной хирургической обработки ран языка больным назначали антибиотики, анальгетики, витамины, димедрол, хлористый кальций, а также жидкую или протертую пищу. Важное значение придавали гигиеническому содержанию полости рта, поэтому не менее 4—6 раз в день проводили как ирригацию полости рта, так и очищение языка и зубных рядов ватными шариками, смоченными раствором фурацилина и гидрокарбонатом натрия. Движения языка больные начинали по истечении 3 сут после наложения швов, а в последующем в зависимости от показаний им назначалась активная лингвальная гимнастика.

При ожогах кристаллическим перманганатом калия первая помощь заключалась в обильной ирригации полости рта с целью вымывания кристаллов. В последующем на ожоговую поверхность наносили 0,2% фурацилиновую мазь, винилин, 1% линимент синтомицина с 0,5% новокаином или 5—10% метилурациловую мазь. Аналогично лечили ожоги нашатырным спиртом. При обморожении языка использовали рыбий жир и синтомициновую эмульсию с новокаином.

При декубитальных язвах проводили устранение травмирующего фактора с последующими полосканиями полости рта антисептиками. Каких-либо лекарственных средств, ускоряющих эпителизацию декубитальных язв, не применяли.

В заключение следует отметить, что терапию воспалительных заболеваний и травматических повреждений языка необходимо начинать в возможно ранние сроки. При этом в зависимости от показаний следует предусматривать активные хирургические и медикаментозные мероприятия с учетом тяжести клинической картины и возможности развития серьезных осложнений (распространение процесса на соседние анатомические образования, сепсис, кровотечение, асфиксия и др.), а также назначать раннюю лингвальную гимнастику.

Поступила 21 февраля 1984 г.

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.314.22—007.271—08

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА

Е. Н. Сухорецкая

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Г. Г. Насибуллин) Казанского
института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Одной из наиболее распространенных аномалий зубочелюстной системы является глубокий прикус, который наблюдается в течение всего периода формирования зубочелюстной системы. Его основным клиническим признаком служит нарушение режуще-бугоркового контакта с перекрытием нижних фронтальных зубов. Глубокий прикус «в чистом виде» встречается редко. Довольно часто он сочетается с аномалиями в