

Опыт комплексного лечения заболеваний пародонта

И. С. Герасимович, М. А. Герасимович, М. Н. Гамзова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Известно, что лечение ЗП должно быть комплексным и включать в себя все виды специализированной помощи [1—3]. Однако в стоматологических поликлиниках из-за неэффективной организации специализированной помощи пародонтолог оказывает помощь не в полном объеме.

Задача исследования — определить оптимальный вариант организации комплексного лечения ЗП в условиях работы пародонтологического кабинета стоматологической поликлиники и оценить ближайшие результаты предложенной реорганизации специализированной помощи.

Мы предложили следующую схему оказания специализированной помощи больным с ЗП.

В первое посещение проводили обследование больных: заполняли карту пародонтологического больного, где отмечали особенности анамнеза болезни и жизни, указывали данные об общем и местном статусе, гигиенический и пародонтальный индексы, индекс нужды в том или ином виде лечения, определяли глубину пародонтальных карманов с четырех сторон каждого зуба. Больного направляли на анализы: общий крови и мочи, биохимия крови, кровь на сахар, на длительность кровотечения и время свертывания, а также на консультацию к врачу-терапевту. Окончательный диагноз устанавливали после рентгенологического исследования (ортопантомография, прицельные снимки). Легкая степень пародонтита являлась показанием к консервативному лечению, а средняя и тяжелая — к хирургическому.

Во второе посещение больному проводили снятие зубных отложений в области 4—6 зубов и противовоспалительную терапию. Определяли также наличие узлов травматической окклюзии, проводили избирательное пришлифовывание зубов и временное шинирование подвижных зубов проволочной лигатурой. Больному давали рекомендации о личной гигиене ПР, навыки которой проверяли в течение 5—7 дней.

В операционный день назначали 3—4 операции в утреннюю смену 1 раз в нед. Операцию проводили хирург, ассистент и операционная сестра. Выполнение операции без помощника является крайне нежелательным.

Операция по Видман-Нейману: операционное поле (обычно сектор, включающий зубной ряд половины челюсти при генерализованном процессе) подвергали местной гипотермии до температуры 34°C с контролем электронным термометром [4], затем проводили разрезы специальным набором инструментов по вершинам десневых сосочков и внутри бороздок. При состоянии гипотермии кровотечение было минимальным, слизисто-надкостничные лоскуты отслаивали орально и вестибулярно. Проводили кюретаж карманов, сглаживание краев АО фрезой, дезинтегризацию лоскутов и коррекцию края десны, после чего лоскуты укладывали на место и рану ушивали швами в области каждого межзубного промежутка. На 2 ч. накладывали антисептический тампон, больному назначали холод и обезболивающие препараты. Больного освобождали от работы. Контрольное посещение назначали на следующий день.

Операции на других секторах проводили с интервалом в 2 нед. Швы снимали на 7-е сут. У всех больных, которым был проведен курс лечения по предложенной нами схеме и оценку результатов лечения осуществляли через 4 мес. после операции, отмечалось отсутствие воспалительных явлений в деснах, уплотнение их, отсутствие выделений из карманов, жалоб на кровоточивость десен и подвижность зубов. Гигиеническое состояние ПР у всех больных было хорошее. Больным планируется изготовление постоянных шинирующих конструкций.

На основании накопленного нами опыта можно считать, что в условиях стоматологической поликлиники можно обеспечить выполнение всех видов специализированной пародонтологической помощи, существенно не изменяя режим работы врача-пародонтолога.

Включение в курс лечения всех необходимых видов специализированной помощи резко повышает эффективность лечения, создает благоприятные условия для дальнейшей реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В. С. Заболевания пародонта.— М., 1989.— 272 с.
2. Никитина Т. В. Пародонтоз.— М., 1982.— 256 с.
3. Данилевский Н. Ф. Пародонтоз у детей и подростков.— М., 1977.— 224 с.
4. Применение низких и высоких температур в стоматологии/ Н. Ф. Данилевский, Л. П. Грохольский, А. М. Политун и др.— Киев: Здоровье, 1990.— 167 с.

Организация специализированной сепсиологической службы в стоматологии

М. А. Губин, Ю. М. Харитонов, Н. Л. Елькова
Воронежский медицинский институт
г. Воронеж

Эффективность лечения больных с сепсисом во многом определяется рациональной организацией сепсиологической службы. До настоящего времени больных с сепсисом одонтогенного и стоматогенного происхождения госпитализировали в общехирургические или многопрофильные стоматологические отделения, что нельзя считать оптимальным вариантом решения этой проблемы.

Цель нашей работы — оценка эффективности организационных мероприятий, разработанных программы диагностики и лечения одонтогенного и стоматогенного сепсиса в региональном масштабе.

Материал и методика. С 1983 г. на базе Воронежской областной клинической больницы организовано специализированное отделение мощностью 45 коек, которое обеспечило круглосуточную работу челюстно-лицевого стационара.

Штаты специализированного отделения были представлены 6 врачами (которые прошли специализацию в институте им. А. В. Вишневского и на кафедре анестезиологии и реаниматологии ВГМИ), сотрудниками кафедры стоматологии факультета усовершенствования врачей ВГМИ, специально подготовленным средним и младшим медицинским персоналом.

В специализированном центре за 10 лет его работы находилось на обследовании и лечении 13 618 больных с гнойными процессами лица и шеи. У 3558 больных