

Наш опыт применения данного метода анестезии при болезненной подготовке к несъемному протезированию 115 зубов у 35 ортопедических больных показал, что он в ряде случаев не лишен недостатков. К последним следует отнести: разрез слизистой оболочки полости рта и кровотечение; появление гематом во время травмы сосудов струей анестетика; появление болезненности в месте инъекции.

Разрезы имеют вид линейной ранки длиной 8—10 мм. Возникают они в результате погрешности в технике обращения с безыгольным инъектором или неправильной методики его применения.

Во избежание разрезов слизистой оболочки полости рта наконечник инъектора необходимо плотно прижимать к альвеолярному отростку, не сдвигать его относительно слизистой в момент введения анестетика. Кровотечение из разрезов останавливают путем тампонады. Эти осложнения не представляют угрозы для здоровья стоматологических больных и не требуют специальной терапии.

Положительный результат у 33 пациентов во время подготовки к протезированию позволяет рекомендовать метод к более широкому использованию.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г. Ф. ПРОСАНДЕЕВА, В. И. АРТЮХ, Т. А. ПЕТРУШАНКО

Активное вовлечение населения в борьбу за сохранение своего здоровья является одним из эффективных факторов профилактики.

Разработанная нами комплексная программа профилактики и лечения заболеваний пародонта предусматривает индивидуальный подбор рекомендуемых средств с учетом общего состояния организма, характера питания, гигиенического состояния полости рта, региона проживания.

Под нашим наблюдением в течение 3-х лет находился 121 студент — 54 юноши и 67 девушек в возрасте 19—27 лет. В процессе работы сформированы 5 рабочих групп с учетом состояния пародонта, индекса КПУ и реактивности организма. В каждой из них проводились лечебные и профилактические мероприятия согласно разработанным схемам, которые

включали: санацию полости рта, витаминотерапию, прием глицерофосфата кальция, инстилляций или аппликации ротокана, полоскание полости рта настойками календулы и эвкалипта, электрофорез салицилата натрия или сочетания его с дарсонвализацией, лечение фоновой патологии.

Все группы имели контрольные.

Проведенный анализ показал, что профилактические мероприятия дали положительный результат у практически здоровых лиц при КПУ меньше 6 (93,1%). При КПУ более 6 они получены у 86,2%, а у лиц с симптомами гингивита — только в 66,7%, при этом отмечается прирост пародонтита в 3,84%. Оценить эффективность этих мероприятий на фоне органичной патологии без профилактика не представляется возможным.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПАРОТИТОВ УГНЕТЕНИЕМ ФУНКЦИЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. П. ПРОСВИРОВ, С. Г. БЕЗРУКОВ

Лечение хронических паротитов в поздней стадии заболевания представляет серьезные трудности.

Это связано с наличием в железе грубых необратимых изменений, провоцирующих агрессивное течение патологического процесса. Хирургическое лечение путем паротидэктомии чревато возникновением травматического пареза ветвей лицевого нерва. Угнетение функций железы рентгенотерапией, а также комбинацией рентгенотерапия — перевязка околоушного протока не всегда позволяет добиться стабильного лечебного эффекта.

У 12 больных с указанной патологией нами была применена комбинация — рентгенотерапия в угнетающих дозах + экстирпация околоушного протока. Возраст больных колебался в пределах от 46 до 73 лет, составляя в среднем 61 год. Лучевая терапия проводилась на аппарате РУМ-17 при напряжении генерирования 200 кВ, силе тока 10 мА, Ф-1 Си, разовой дозе 20 г. Воздействие осуществлялось 4 сеансами ежедневно. Очаговая доза составила 80 г. Экстирпацию околоушного протока осуществляли на 3—5 сутки лучевой терапии по способу А. М. Солицева с соавт. (а. с. 1223892). Дренаж из раны удаляли на 4—5 сутки.