

թյունն առավելագույնս ունեցել է լատենտ ընթացք, ախտահարել է գլխավորապես նյարդային համակարգի պերիֆերիկ բաժինը: Թեթև ընթացքը պայմանավորված է պարբերական պրոֆերենսթյունների շնորհիվ հիվանդների ժամանակին հայտնաբերումով, բուժումով և վակցինացիայով: Պարզվել է, որ հիվանդության հաճախականությունը կախված է աշխատանքի ստաժից և վարակված մսի ու մսամթերքների հետ բանվորների շփման աստիճանից:

M. G. KYUREGHIAN

NEUROLOGIC SYMPTOMATOLOGY IN WORKERS OF LENINAKAN MEAT-PACKING FACTORY WITH LATENT BRUCELLOSIS

The degree of brucellosis and peculiarities of the nervous system affection have been studied in workers of different shops of the meat-packing factory in Leninakan. The frequency of the morbidity has been found to depend on the experience of work and the degree of the contact with the infected material. The data obtained allow to work out therapeutic and prophylactic measures for the prevention of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беклемешев Н. Д. Хронический и латентный бруцеллез. Алма-Ата, 1965.
2. Винокур Я. И. Казанский мед. ж., 1937, 9, стр. 1076.
3. Жоголев Г. С. Невропатология и психиатрия, 1948, 17, 6, стр. 55.
4. Золотовский Л. Б., Высоцкая М. С. Республиканская научно-практическая конференция по зоонозным болезням. Минск, 1974, стр. 28.
5. Кондратенко О. И. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1952, 2, стр. 58.
6. Щербак Ю. Ф. Бруцеллез. М., 1967.
7. Ямпольский Л. Д. Клин. мед., 1936, 14, 10, стр. 1527.
8. Назармухамедова М. Н. Мед. ж. Узбекистана, 1978, 1, стр. 24.
9. Rowe. J. Бюлл. ВОЗ, т. 57, 1979, 2, стр. 131.
10. Roger Het, Poursines V. Les meningoneurobrucelloses. Paris, 1938.
11. Fon M. D., Kaufmann A. F. Journal of Infections, 136, 12, 312 (1977).

УДК 616.314.17—008.1

С. Г. АНАНЯН

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАДОНТОЗОМ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Обобщен двухлетний опыт охвата и учета диспансерных больных в условиях района. Дана сравнительная оценка отдаленных результатов лечения и целесообразности разработки наиболее оптимальной методики лечения больных с парадонтозом в каждом конкретном случае. Показана необходимость хирургических вмешательств в комплексном лечении парадонтоза.

Вопрос организации комплексного лечения больных с парадонтозом в условиях районной поликлиники продолжает оставаться актуальным. В настоящем сообщении приводятся результаты изучения срав-

нительной эффективности различных методов лечения больных с дистрофически-воспалительной формой парадонтоза.

Под наблюдением находилось 92 больных в возрасте от 25 до 40 лет с дистрофически-воспалительной формой парадонтоза I, II, III стадий. На всех больных открывали диспансерные карты, которые в последующем распределяли по методам применяемого лечения и срокам осмотра. Составляя индивидуальный план лечения, учитывали не только объективные данные, но и возраст, пол, профессию, состояние нервной системы и психики больного.

Для выбора методов лечения больных разделяли на 2 группы: I группа (54) — больные, которые лечились терапевтическими методами, средний срок лечения равнялся 30 дням. Последовательно у больных удаляли зубные отложения на верхней и нижней челюсти, тщательно промывали зубо-десневые карманы антисептиками (фурацилин—1:5000, настойка мяты, 1% р-р йодиола) [6]. Затем в межзубные промежутки и непосредственно в зубо-десневые карманы на турундах вводили пасты, изготовленные на основе комбинации протеолитических ферментов с антибиотиками [2] и препаратами нитрофуранового ряда (5 мг трипсина или химотрипсина, 0,3 г метациклина, 0,2 г аскорбиновой кислоты и фурадонина). Повторные сеансы лечения проводили через 1—2 суток, при упорном гноетечении из карманов — каждый день. Случаев непереносимости применяемой пасты не отмечалось. Кроме местной терапии, больным назначали общетерапевтические средства (витамины, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию, физиотерапевтические процедуры).

II группа (42) — больные, при лечении которых применялись хирургические методы с последующей медикаментозной обработкой и общей терапией по специально разработанной методике в каждом конкретном случае, средний срок лечения равнялся 20 дням. Из известных хирургических методов лечения парадонтоза [5] применяли: глубокий кюретаж, гингивотомию, простую гингивозектомию, а также модифицированный нами метод «щадающей» гингивозектомии, более простой и легко выполняемый в техническом отношении, а, главное, позволяющей получить не только лечебный, но и косметический результат. При проведении хирургического лечения большое внимание уделялось ликвидации костного кармана, которую ряд авторов считают основным звеном в комплексном лечении дистрофически-воспалительной формы парадонтоза [2, 6]. Критерием чистоты внутренней стенки и дна патологического зубо-десневого кармана служило уменьшение кровоточивости операционного поля. С целью предотвращения инфицирования кармана после оперативного вмешательства совершали наложение йодоформной повязки на 2—3 дня в область межзубных пространств. Медикаментозное лечение у больных II группы в основном заключалось в стимуляции репаративных процессов. С этой целью применяли масло шиповника, солкосерил [1].

В целях компенсации функциональной недостаточности парадонта у больных II группы проводили предварительную фиксацию расшатанных зубов бронзо-алюминиевой проволокой [4] сроком на 2—3 недели.

При необходимости фиксации расшатанных зубов сохранялась до следующего повторного посещения больного.

Больных обеих групп вызвали на повторное исследование через 3 и 6 месяцев. Эффективность лечения определяли отсутствием отека и гиперемии слизистой оболочки десневого сосочка, уплотнением десневого края, прекращением кровоточивости и гноетечения, повышением устойчивости ранее подвижных зубов, стабилизацией патологического процесса в костной ткани [3].

Удовлетворительный лечебный результат был отмечен у больных I группы соответственно в 82,2 и 60,2%, а у II группы—93,5 и 83,4% случаев. Сравнительная оценка применявшихся методов лечения позволяет заключить, что ограничиваться только терапевтическими методами при дистрофически-воспалительной форме парадонтоза недостаточно. Как показали результаты наших исследований, только глубокое и полное очищение патологических зубо-десневых карманов с последующей медикаментозной обработкой и общей терапией по специально разработанной методике для каждого больного в отдельности позволяет получить более стойкий положительный результат. К тому же применение хирургического метода значительно уменьшает сроки лечения. Запущенность заболевания, наличие стойкого гноетечения, расшатанность зубов, неэффективность ранее проведенного лечения должны служить прямым показанием к более широкому внедрению хирургического метода лечения непосредственно в амбулаторных условиях. Учитывая тот факт, что, как правило, у больных с парадонтозом очень часто наблюдаются невротические явления с наличием множественных субъективных жалоб, весьма важно с первого же дня лечения провести седативную терапию [2, 6]. С этой целью нами назначался триоксазин. Большое внимание нами уделялось психологической подготовке больных [4], которым разъясняли сущность заболевания, необходимость и важность своевременного и последовательного лечения.

Результаты, полученные нами, свидетельствуют о необходимости более широкого внедрения хирургического метода в комплексном лечении дистрофически-воспалительной формы парадонтоза в амбулаторных условиях, а также о целесообразности разработки наиболее оптимальной методики в каждом конкретном случае.

Кафедра хирургической стоматологии
Ереванского медицинского института

Поступила 6/1 1981 г.

Ս. Հ. ԱՆԱՅԱՆ

**ՊԱՐԱԴՈՆՏՈՂՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊԵՆՈՒ ՓՈՐՁԸ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՅԻՆ
ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ**

Ընդհանրացված է դիսպանսեր հիվանդների ընդգրկումը և հաշվառումը կազմակերպելու երկու տարվա փորձը շրջանի պայմաններում: Տրված է պարադոնտոլոգի հիվանդների բուժման առավել օպտիմալ եղանակների մշակման նպատակահարմարությունը ամեն մի կոնկրետ դեպքում և հեռավոր արդյունքների համեմատական գնահատականը:

S. H. ANANIAN

EXPERIENCE OF THE ORGANIZATION OF THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PARADONTOSIS IN CONDITIONS OF REGIONAL POLYCLINIC

The experience of the organization of the treatment of patients with paradontosis in conditions of the regional polyclinic is given in the paper. Comparative evaluation of the remote results of the treatment and of the worked out optimal methods of the treatment of such patients in each specific case is carried out. The necessity of surgical interventions in the complex treatment of paradontosis is shown.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Банченко Г. В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. М., 1979.
2. Данилевский Н. Ф., Вишняк Г. Н. Пародонтоз у детей-подростков. М., 1977.
3. Евдокимов А. И., Никитина Т. В. Стоматология, 1977, 5, стр. 14.
4. Рыбаков А. И. Ошибки в амбулаторной и стоматологической практике. М., 1976.
5. Шаргородский А. Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. М., 1976.

ХРОНИКА

II ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ПРОКТОЛОГИИ»

17—19 ноября 1981 г. в Ереване состоялась II Всесоюзная научная конференция по проктологии—отрасли хирургии, изучающей патогенез и лечение распространенных заболеваний прямой и ободочной кишок и околопрямокишечной зоны. Конференция была организована Минздравом СССР, Минздравом Армянской ССР с участием НИИ проктологии МЗ РСФСР и ЕРГИУВ МЗ СССР.

В нашей стране проктология—одна из наиболее молодых медицинских специальностей, ее развитие насчитывает не более 25 лет, но уже за этот срок достигнуты ощутимые успехи. В стране развернута сеть специализированных стационаров и амбулаторных приемов, создан научно-исследовательский институт проктологии Минздрава РСФСР в Москве, открыты первые кафедры и курсы проктологии при институтах усовершенствования врачей в Москве, Ереване, Тбилиси, Львове, Риге, Харькове; организуются специализированные центры—своеобразные научно-практические объединения, где проктологическим больным оказывается высококвалифицированная помощь и где на современном научном уровне разрабатываются важные и актуальные проблемы, включающие вопросы патогенеза и комплексного лечения предраковых заболеваний (полипы, полипоз) и рака прямой и ободочной кишок, а также проблемы лечения распространенных неопухолевых