

держивающей терапии отмечалось их увеличение относительно контрольного уровня. Процент индуктивно-резонансного переноса энергии в мононуклеарах крови у больных ТЛ до лечения был значительно ниже, чем у здоровых доноров. В динамике противотуберкулезной химиотерапии значение показателя увеличивалось, но не достигало контрольных значений. Результаты изучения активности ПОЛ показали, что у больных лекарственно-устойчивым диссеминированным ТЛ на начальном этапе исследования (до начала терапии) содержание МДА и ДК в лимфоцитах и моноцитах крови не претерпевало существенных изменений по сравнению с нормой. После курса интенсивной химиотерапии в мононуклеарах крови у больных ТЛ отмечалось повышение активности ПОЛ, более выраженное в моноцитах, нежели в лимфоцитах. Исключением явилось отсутствие статистически значимых изменений концентрации ДК в лимфоцитах по сравнению с нормой. На заключительном этапе обследования у больных ТЛ концентрация МДА в лейкоцитах снижалась по сравнению с таковой после завершения курса интенсивной терапии, что сопровождалось полной ее нормализацией в лимфоцитах. Концентрация ДК в лимфоцитах не изменялась по сравнению с предыдущим этапом исследования и по-прежнему сохранялась выше таковой у здоровых доноров. В моноцитах содержание ДК достоверно повышалось в сравнении с их количеством в клетках до начала лечения и после курса интенсивной химиотерапии.

Вывод. Течение ТЛ характеризуется снижением микровязкости анулярной липидной фазы и нарушением белок-липидных взаимоотношений в мембранах мононуклеарных лейкоцитов крови до и в динамике противотуберкулезной химиотерапии. Активность ПОЛ в лимфоцитах и моноцитах у больных ТЛ до начала химиотерапии соответствует норме и повышается после интенсивной фазы лечения. После завершения полного курса противотуберкулезной терапии показатели ПОЛ в лимфоцитах и моноцитах сохраняются выше контрольных значений.

**РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ
ПО ПОВОДУ ОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Кузнецов А.В., Шевела А.И.,
Морозов В.В., Федин Е.Н.

*НИИ клинической и экспериментальной
лимфологии СО РАМН,*

*Муниципальная клиническая больница № 12,
Новосибирск.*

Холецистэктомия из мини-доступа в настоящее время является операцией выбора в лечении больных с острым калькулезным холециститом. Методика холецистэктомии из мини доступа (по М.И.Прудкову) хорошо зарекомендовала себя в нашей клинике, где она применяется с 1996 года. Ее меньшая травматичность по сравнению со стандартной лапаротомной операцией и более легкая переносимость по сравне-

нию с лапароскопической методикой (за счет отсутствия инфулированного газа в брюшной полости) вывели ее на первое место у больных с острым калькулезным холециститом. Особо считаем ее показанной у пожилых пациентов с серьезной сопутствующей патологией.

В послеоперационном периоде считаем оптимальным проведение антибактериальной терапии через круглую связку печени. Это обеспечивает максимальное близкое подведение антибактериального препарата к месту воспаления, снижение болевых ощущений и более скорое восстановление клинических и лабораторных показателей состояния пациента. В доступной литературе нам не удалось встретить описание канюлирования круглой связки печени при данном виде операций.

В нашем исполнении канюлирование проводится по окончании оперативного приема (холецистэктомии) перед ушиванием трансректального оперативного доступа. Не удаляя фиксирующего кольца с осветителем и ретракторами, делается прокол кожи толстой и длинной иглой со внутренним диаметром 1,5мм, по средней линии живота на границе эпигастральной и мезогастральной областей. Игла под пальпаторным и визуальным контролем проводится в толще круглой связки, максимально близко к печени, не нарушая целостности брюшины круглой связки. Через иглу проводится леска-проводник, игла извлекается и по проводнику проводится катетер, внутренний диаметр которого 1,2мм. Со стороны брюшной полости на круглую связку вокруг катетера накладывается герметизирующий кетгутый шов для предотвращения в дальнейшем уклонения лекарственной смеси ретроградным током на брюшную стенку. К коже катетер фиксируется тонкой нитью. Методика похожа на установку подключичного катетера по Сельдингеру с тем лишь отличием, что вместо подключичной вены канюлируется круглая связка печени. Стандартный подключичный катетер с диаметром 1,0-1,2мм вполне подходит для описанной манипуляции. Наличие на нем отверстий для фиксирующей нити и съемная резиновая пробка весьма удобны. Для проведения антибактериальной терапии в катетер установленный в круглую связку печени вводили комплексную лекарственную смесь, состоящую из 250мг ампициллина натриевой соли, 5мл 0,025% раствора новокаина, 2мл 2% раствора папаверина. Введение осуществляли медленно, болюсно 3 раза в сутки, длительность лечения 5 дней. У пролеченных больных, мы не встретили аллергических реакций, воспалительных процессов и инфильтратов в месте установки катетера. Удаление катетера безболезненно, на коже практически не остается следа от его установки.

Подобный способ антибактериальной терапии позволяет избежать многократных внутримышечных инъекций, что приводит к улучшению самочувствия пациентов в послеоперационном периоде за счет отсутствия боли в местах инъекций и постинъекционных инфильтратов. Прицельное введение антибиотика привело к снижению используемой дозы препарата и уменьшению системного действия антибиотика на организм в целом.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО
КОМБИНИРОВАННОГО СПОСОБА
ПОСТАНОВКИ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ И
ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ**

Малахнин И.В., Павлович О.А.,
Сумелиди А.П., Бондаренко И.С.
*Кубанский государственный
медицинский университет*

Когда лечение эндодонтических и эндодонтогенных патологий не заканчивается в одно посещение применяется постановка временных пломб. В современной стоматологической практике временная пломба должна герметично закрывать полость, чтобы предотвратить проникновение бактерий в систему корневых каналов в период между посещениями. С этой целью чаще всего применяются материалы Cavit и IRM-цемент. Согласно результатам исследования Cavit пропускал краситель на глубину 4,3 мм и на 4,4 мм по краям пломбы. IRM пропитывался красителем на глубину 0,5 мм и на 4,9 мм по краям. По данным наших исследований проникновение слюны в полость спустя 3 мес. после эндодонтического лечения было одинаковым при наличии временной пломбы из IRM толщиной 3 мм и при отсутствии пломбы. Такие пломбы необходимо заменять через 1 мес., в противном случае их проницаемость удваивается.

При лечении эндодонтогенных патологий, как правило, зубы сильно разрушены и нередко полость находится на уровне десны, что способствует попаданию слюны и бактерий полости рта посредством полости зуба в каналы корня зуба и периапикальные ткани, что отражается на качестве лечения. По этому при лечении эндодонтогенных патологий особенно важен герметизм временной пломбы и исключение обмена слюны с микроорганизмами с периапикальными тканями. Выполнение этого условия благоприятно влияет на процесс лечения и способствует сокращению сроков лечения данной патологии.

Однако при большом выборе материалов для постановки временных пломб нет материала, отвечающего всем предъявляемым требованиям.

Таким образом, повышение эффективности лечения эндодонтических и эндодонтогенных патологий при невозможности закончить сеанс в одно посещение, путем улучшения качества постановки временных пломб остается актуальной проблемой что и определило наши цели и задачи.

Цель исследования: разработать новый способ постановки временных пломб, получить герметично закрытую полость зуба и исключить доступ слюны и бактерий,

Задача исследования – повысить эффективность лечения эндодонтогенных и эндодонтогенных патологий при невозможности закончить сеанс в одно посещение, путем улучшения качества постановки временных пломб.

Сущность способа заключается в комбинированном способе постановки временной пломбы, на основе цинк-сульфатного цемента, но при этом на дно полости, вставляют спиралевидный штифт с насечками, а сверху- светоотверждаемую однокомпонентную

пасту, причем полость перед формированием пломбы высушивают не полностью, а штифт при установке для распределения равномерного давления на дно и стенки полости зуба, не должен доходить до окклюзионной поверхности зуба на 0,2-0,4 мм., из-за разной плотности спиралевидного штифта и пломбировочного материала.

Технической сущностью способа комбинированной постановки временных пломб являются хорошие клинические результаты за счет комбинирования двух материалов, отсутствие микроподтеканий и хорошее краевое прилегание. За счет светоотверждаемого материала на основе полиуретанаакрилатного полимера и диоксида кремния повышаются эстетические свойства временной пломбы. Применение спиралевидного штифта с насечками позволяет улучшить сцепляемость двух материалов физически, насечки на спиралевидном штифте создают дополнительные ретенционные пункты. В связи с комбинированным способом постановки временной пломбы, мы повышаем ее прочность, косметические свойства, исключаются микроподтекания, повышается герметизм пломбы, эффективность лечения кариеса и его осложнений.

Технической сущностью способа комбинированной постановки временных пломб являются хорошие клинические результаты за счет комбинирования двух материалов, отсутствие микроподтеканий и хорошее краевое прилегание. В связи с комбинированным способом постановки временной пломбы, мы повышаем ее прочность, обеспечиваем дополнительное сопротивление жевательной нагрузке, исключаются микроподтекания, повышается герметизм пломбы, эффективность лечения кариеса и его осложнений. Предложенный способ комбинирования материалов можно объяснить тем, что I.R.M. является самым прочным материалом на силу давления, но он хуже по краевому прилеганию, чем Coltosol.

Лечение с помощью предложенного нового способа комбинированной постановки временной пломбы применяется в тех случаях, когда лечение эндодонтогенных и эндодонтогенных патологий не заканчивается в одно посещение позволяет оставлять материал в полости зуба на более длительный срок, повышая эффективность воздействия лекарственных веществ в полости зуба.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и лечение 150 больных с эндодонтогенными и эндодонтогенными патологиями. Постановка пломб с применением предложенного способа изготовления комбинированной временной пломбы была использована на 100 пациентах, а 50 больных составили контрольную группу, которым проводили традиционную методику постановки временной пломбы с применением цинк-сульфатного цемента.

Результаты исследования. У 80% пациентов контрольной группы, через 1 месяц наблюдалось изменение цвета временной пломбы. А у 50% пациентов наблюдалось плохое краевое прилегания временной пломбы и, следовательно, микроподтекания слюны и бактерий в полость зуба. А у пациентов, которым проводилась постановка комбинированной временной пломбы, осуществляемое с помощью предложенного способа, изменений цвета не наблюдалось.