

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

СТОМАТОЛОГИЯ



Персональные страницы
 О журнале
 Современная стоматология
 О журнале
 Зубное протезирование

Новости | Современная стоматология | Зубное протезирование | Реклама в журналах | Реклама на сайте

Каталог Стоматология | Стоматологический форум | Объявления | Поиск на сайте | Письмо в редакцию | О нас | Вход

VIP-страницы

» А.А. Тимофеев
 » ROCS

Реклама

MPT Philips
 1.5T в Киеве

Без очередей. Реальная цена.
 Запись on-line - 5%скидка!

dr-spin.com



Реклама от Google

Dental root canal

Пломба

Разделы журналов

**СОВРЕМЕННАЯ
 СТОМАТОЛОГИЯ**

■ Терапевтическая
 стоматология

Суббота, 22 Октября 2016 | 21:36:48

Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. Проведенные исследования доказывают высокую эффективность современных отечественных препаратов «нитацид», «мирамистин», «атоксил» и «кверцетин» при совместном использовании с Октенисептом в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Данные препараты имеют выраженный противовоспалительный эффект и не обладают побочным действием.

Ключевые слова: гнойные раны, флегмоны, нитацид, мирамистин, атоксил, кверцетин, Октенисепт.

Проблема гнойных инфекций, поражающих челюстно-лицевую область, в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Она неоднократно была предметом обсуждения на конгрессах, съездах, симпозиумах, конференциях и других форумах как в нашей стране, так и за рубежом. Ее разработке посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов. Более сорока лет назад, т. е. в период массового применения антибиотиков, даже небольшие дозы этих препаратов предотвращали развитие гнойных осложнений, в том числе сепсиса и медиастинита. Успехи, достигнутые в лечении гнойных инфекций, были настолько велики, что многие врачи считали проблему профилактики и лечения хирургической инфекции решенной. Широкое применение антибиотиков привело к изменению видового состава и свойств гноеродной микробной флоры, а это в свою очередь – к снижению эффективности антибиотикотерапии. В последние годы отмечаются увеличение частоты гнойных послеоперационных осложнений, переход острых гнойно-воспалительных процессов в хронические, а также увеличение численности случаев летальных исходов в результате гнойных заболеваний и их осложнений. Все это вновь привлекло внимание врачей к проблеме гнойной инфекции.

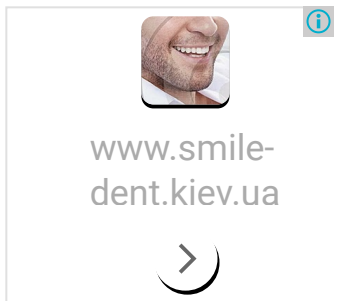
В клинике челюстно-лицевой хирургии флегмоны являются наиболее распространенным видом патологии. В последние годы количество больных с этими заболеваниями значительно увеличилось, усугубилась тяжесть течения процесса, что нередко приводит к таким тяжелым и грозным осложнениям, как медиастинит, сепсис, тромбоз вен лица и синусов головного мозга.

- Пародонтология
- Болезни слизистой оболочки полости рта
- Детская стоматология
- Хирургическая стоматология
- Имплантология
- Ортопедическая стоматология
- Ортодонтия
- Организация и обучение
- О журнале

ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

- Клинические аспекты
- Дентальные технологии
- Зуботехническая лаборатория
- О журнале

Реклама



www.smile-dent.kiev.ua

Реклама от Google

Пломба

Dental tooth filling

Возбудителями флегмон челюстно-лицевой области являются стафилококки, стрептококки, кишечная и синегнойная палочка, протей, анаэробы и другие микроорганизмы, а также их ассоциации. Гнойно-воспалительные процессы имеют полимикробный характер и возникают в результате действия аэробных, факультативных и анаэробных бактерий. Усовершенствование микробиологических методов исследования позволило получить убедительные доказательства того, что возбудителями одонтогенной инфекции могут быть анаэробы. При этом значительное место среди них занимают бактероиды, фузобактерии, пептококки, пептострептококки, вейлонеллы и другие анаэробные микроорганизмы. Патологический процесс, вызванный этими возбудителями, характеризуется различной локализацией и многообразием клинических проявлений, зависящих от видового состава возбудителей. Кроме того, устойчивость бактероидов к широкому спектру антибиотиков, особенно вида фрагилис, создает трудности в лечении больных. Исследованиями последних лет отмечено, что к основным возбудителям острой одонтогенной инфекции относятся не только стафилококки, но и различные представители грамотрицательной микрофлоры: протей, кишечная палочка, Klebsiella и др. Все чаще появляются сообщения о том, что гнойное содержимое очагов одонтогенного воспаления бывает «стерильным». Причиной такого вывода является то, что в данном случае развитие воспалительного процесса происходит под воздействием анаэробных микроорганизмов, обнаружить которые на обычных средах невозможно. Поэтому для выявления анаэробов применяют специальные транспортные среды.

Учитывая вышеуказанный полимикробный характер гнойного очага для местного лечения гнойных ран, наше внимание привлек водный антисептик – препарат «Октенисепт» (производство Германии, эксклюзивный импортер продукции «Schulke & Mayr GmbH» в Украине). Данный препарат имеет очень широкий спектр антимикробного действия. Действие осуществляется за счет гидрофобного взаимодействия дегидрохлорида октенидина и феноксиэтанола с цитоплазматическими мембранами патогенных микроорганизмов. Спектр антимикробного действия охватывает как грамположительные, так и грамотрицательные (аэробные и анаэробные) микроорганизмы, грибковую флору, вирусы, микобактерии туберкулеза, стафилококки (включая полирезистентные формы), стрептококки, энтерококки, протей, кишечную палочку, хламидии, микоплазмы, трихомонады и многие другие. С целью профилактики и местного лечения воспалительных процессов ротовой полости и носоглотки Октенисепт необходимо развести дистиллированной (кипяченой) водой в соотношении 1:2 или 1:3, а при промывании полостей (верхнечелюстной или лобной пазухи) – в соотношении 1:6 (приказ Министерства здравоохранения Украины № 717 от 15.12.2005 г., Регистрационное свидетельство № UA/4056/01/01). Октенисепт не совместим с йодсодержащими препаратами (антисептиками). Кратность использования Октенисепта – 2–3 раза в сутки, при необходимости – до 6-ти раз в сутки.

Современный уровень достижений медицинских и общебиологических наук дает нам возможность с новых позиций подойти к решению проблемы повышения местного медикаментозного лечения больных с этой патологией.

Цель данного исследования – определить эффективность современных мазевых препаратов (мазь-нитацид, мазь-мирамистин, атоксил и кверцетин) совместно с Октенисептом для местного лечения наркозависимых больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всех 60 обследуемых наркозависимых больных с флегмонами мы разделили на три группы наблюдения: I группа – 20 больных, у которых для местного лечения использовали многокомпонентную мазь на гидрофильной основе «Нитацид» (два раза в день) с промыванием гнойной раны Октенисептом; II группа – 20 больных, которым для местного воздействия применили многокомпонентную мазь «Мирамистин» на гидрофильной основе (два раза в день) с промыванием гнойной раны Октенисептом; III группа – 20 больных, у которых для лечения флегмон были использованы препараты «Атоксил» (в гнойно-некротической фазе раневого процесса) и «Кверцетин» (в гнойно-некротической фазе раневого процесса и в


Информация

» **Словарь стоматологических терминов**

Архивы

Архив публикаций журнала "Современная стоматология"

 Август, 2006

 Июль, 2006

 Июнь, 2006

 Май, 2006

 Апрель, 2006

 Март, 2006

 Февраль, 2006

 Январь, 2006

регенераторной стадии) с промыванием гнойной раны Октенисептом.

Всем больным проводили хирургическое лечение (удаление причинного зуба и вскрытие гнойника) с последующим медикаментозной терапией, которая включала: антибактериальное, дезинтоксикационное (по показаниям), общеукрепляющее и симптоматическое лечение, иммунотерапию. **Разница в проводимом лечении между обследуемыми группами заключалась только в используемом местном лечении.**

При госпитализации и в динамике лечения больных им проведено микробиологическое (идентификация выявленной микрофлоры и установление ее антибиотикочувствительности) и общеклиническое обследование. Последнее включало осмотр, пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию челюстей и другие методы. Дифференциальную диагностику между абсцессами и флегмонами проводили по предложенному способу А.А. Тимофеева (1988). Изучены края послеоперационной гнойной раны (выраженность гиперемии и их инфильтрация), ее стенки (в зависимости от выраженности налета фибрина, наличия участков некроза, их гнойного или серозного пропитывания), отделяемое из гнойной раны, сроки появления грануляций, изменения площади гнойной раны. Нами также была изучена выраженность воспалительной инфильтрации окологлазничных мягких тканей.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При госпитализации 60-ти наркозависимых больных с одонтогенными флегмонами в стационар жалобы, как правило, сводились к наличию болезненной припухлости мягких тканей, которая локализовалась в той или иной анатомической области. Боли иррадиировали в височную область, ухо, глазницу и усиливались при открывании рта. У некоторых больных появлялись боли во время глотания, жевания, нарушение речи и дыхания (в зависимости от локализации патологического очага). Все обследуемые жаловались на слабость, недомогание, головные боли, потерю аппетита, нарушение сна, озноб.

Общее состояние больных при госпитализации в 75,0 % случаев (45 больных) расценивали как состояние средней тяжести и в 25,0 % (15 больных) как тяжелое.

В анамнезе встречались следующие перенесенные и сопутствующие заболевания: наркозависимость – 100 % (в течение одного-четырех лет); частые острые респираторные заболевания (более трех раз в год) – у 100 % обследуемых; хронический тонзиллит и ринит – у 81,7 % (49 чел.); болезни пародонта (пародонтит, гингивит) – у 100 %; наличие кариозных зубов (более трех) – у 100 %; обильные зубные отложения – у 100 %.

Аллергические заболевания наблюдались у 55,0 % больных (33 чел). Развитию острого воспалительного процесса предшествовали парааллергические реакции (физическое перенапряжение, переохлаждение, перегрев и т. п.) у 51-го обследуемого (85,0 %). Заболевания зубов, которые повлекли за собой развитие одонтогенных абсцессов, распределялись следующим образом: обострившийся хронический периодонтит, острый одонтогенный периостит (серозная и гнойная форма); затрудненное прорезывание зубов мудрости, альвеолиты. Причиной одонтогенных абсцессов были следующие зубы: на верхней челюсти – моляры, премоляры и клыки, а на нижней челюсти – моляры, премоляры, клыки, резцы.

При клиническом обследовании установлено, что у всех больных этой группы имела асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей соответствующей анатомической области. Пальпаторно определялось болезненное, с нечеткими границами уплотнение мягких тканей, малоподвижное или неподвижное. Кожа над припухлостью была гиперемированной.

У всех обследуемых имелась гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка и переходной складки. В 63,3 % случаев (38 чел.) причинные зубы ранее удалены не были. При рентгенологическом исследовании челюстей у больных, которым не были удалены причинные зубы, выявлены: фиброзный периодонтит, гранулирующий периодонтит, гранулематозный периодонтит.

Число лейкоцитов крови было следующим: $3-6 \times 10^9/\text{л}$ – 10,0% (6 чел.); $6-8 \times 10^9/\text{л}$ – 31,7 % (19 чел.); $8-10 \times 10^9/\text{л}$ – 23,3 % (14 чел.); более $10 \times 10^9/\text{л}$ – 35,0 % (21 чел.). Изменение скорости оседания эритроцитов во время поступления обследуемых было таковым: до 10 мм/час – 5,0 % (3 чел.); от 10 до 19 мм/час – 15,0 % (9 чел.); от 20 до 29 мм/час – 38,4 % (23 чел.); от 30 до 39 мм/час – 33,3 % (20 чел.); более 40 мм/час – 8,3 % (5 чел.). Белок в моче обнаруживался у 100 % госпитализированных в отделение больных.

Далее будут нами представлены результаты клинического обследования больных с флегмонами в зависимости от примененного местного лечения.

Были изучены изменения выраженности гиперемии краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 1). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны выраженная гиперемия краев гнойной раны была отмечена в 100 % случаев в первой (у 20-ти из 20 чел.), 100 % – второй (20 из 20 чел.) и 100 % – в третьей (13 из 20 чел.) группе наблюдения. На 3–4-й день проводимого местного лечения в первой группе выраженная гиперемия краев гнойной раны наблюдалась у 13-ти больных (в 65,0 %), а умеренная – у 7-и больных (в 35,0 %), а во второй группе выраженная гиперемия краев раны была у 14-ти больных (в 70,0 %), умеренная – у 6-ти больных (в 30,0 %). На 3–4-й день проводимого лечения в третьей группе наблюдения выраженная гиперемия краев гнойной раны встречалась у 15-ти больных (в 75,0 %), а умеренная – у 5-ти обследуемых (в 25,0 %). На 8–10-й день лечения в первой группе наблюдения умеренная гиперемия наблюдалась у 4-х больных (в 20,0 %), у остальных гиперемии краев раны не было, а во второй группе умеренная гиперемия краев раны была зарегистрирована у 3-х обследуемых (в 15,0 %), у остальных больных гиперемии не выявлено. На 8–10-й день проводимого местного лечения умеренная гиперемия краев гнойной раны обнаружена у 6-ти обследуемых (в 30,0 %), а у остальных она отсутствовала.

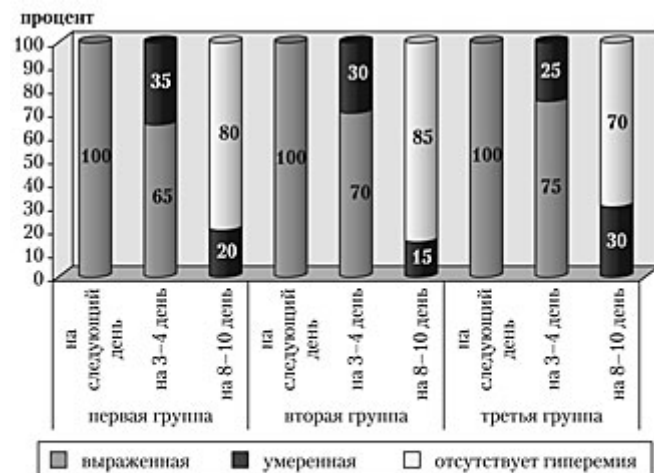


Рис. 1. Изменения выраженности гиперемии краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

Выявлены изменения выраженности воспалительной инфильтрации краев гнойной раны у наркозависимых больных с флегмонами в динамике лечения (рис. 2). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны была отмечена в 100 % случаев как в первой и второй, так и в третьей группе наблюдения. На 3-4-й день проводимого местного лечения выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны в первой группе наблюдалась у 10-ти больных (в 50,0 %) и умеренная – у 10-ти больных (в 50,0 %), во второй группе – соответственно у 9 (45,0 %) и 11-ти (55,0 %) больных, а в третьей группе наблюдения выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны встречалась у 11 больных (в 55,0 %), умеренная – у 9-ти обследуемых (в 45,0 %). На 8-10-й день лечения в первой группе умеренная воспалительная инфильтрация наблюдалась у 5-ти больных (в 25,0 %), у остальных воспалительная инфильтрация краев раны была незначительной, во второй группе умеренная инфильтрация выявлялась у 4-х больных (20,0 %), у остальных обследуемых этой группы инфильтрация незначительная, а в третьей группе умеренная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны обнаружена у 7-и обследуемых (в 35 %), а у остальных воспалительная инфильтрация краев раны была незначительной.

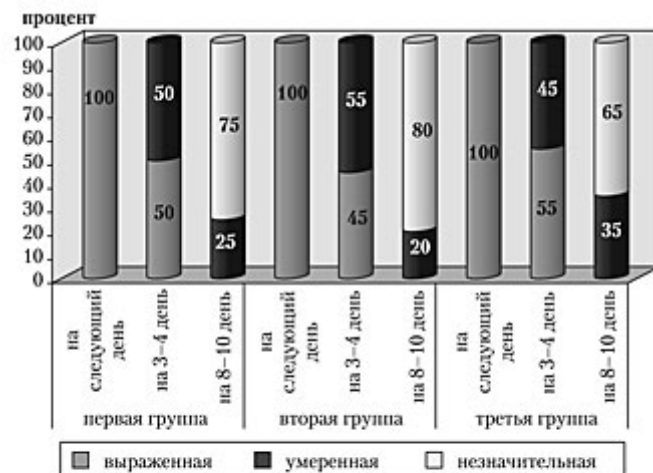


Рис. 2. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

Определены изменения выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с флегмонами в динамике проводимого лечения (рис. 3). На следующий день после вскрытия флегмоны выраженный налет фибрина стенок гнойной раны был отмечен в 100 % случаев во всех трех группах наблюдения. На 3-4-й день проводимого местного лечения в первой группе выраженный налет фибрина стенок гнойной раны наблюдался у 8-и больных (в 40,0 %) и умеренный – у 12-ти больных (в 60,0 %), во второй группе – соответственно у 6 (30,0 %) и у 14-ти (70,0 %) больных, а в третьей группе наблюдения выраженный налет фибрина стенок гнойной раны встречался у 9 больных (в 45,0 %), а умеренный – у 11-ти обследуемых (в 55,0 %). На 8-10-й день лечения у больных первой группы наблюдения умеренный налет фибрина стенок гнойной раны наблюдался у 2-х больных (в 10,0 %), а у остальных – 18 чел. (90,0 %) – налет фибрина стенок гнойной раны был незначительным, во второй группе – у 1-го больного (в 5,0 %) умеренным, а у 19-ти чел. (95,0 %) незначительным, а в третьей группе умеренный налет фибрина стенок гнойной раны обнаружен у 3-х обследуемых (в 15,0 %), а у 17-ти больных (85,0 %) налет фибрина стенок гнойной раны был незначительным.

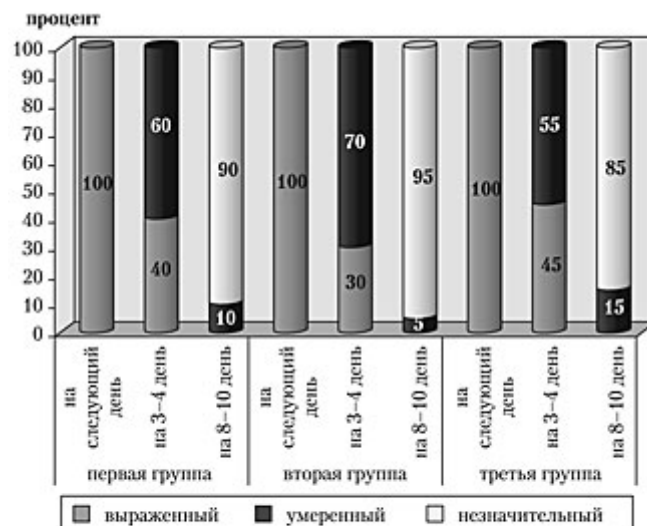


Рис. 3. Изменения выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

Наличие у больных с флегмонами гнойно-серозного пропитывания стенок гнойной раны установлено челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 4). На следующий день после вскрытия флегмоны гнойное пропитывание стенок гнойной раны было отмечено в 100 % случаев во всех трех группах наблюдения. На 3-4-й день местного лечения в первой группе гнойное пропитывание стенок гнойной раны наблюдалось у 6 больных (в 30,0 %), а серозное – у 14-ти больных (в 70,0 %), во второй группе соответственно: у 5 чел. (25,0 %) и 15 чел. (75,0 %), а в третьей группе наблюдения гнойное пропитывание стенок гнойной раны встречалось у 7-и больных (в 35,0 %), а серозное – у 13-ти обследуемых (в 65,0%). На 8-10-й день лечения в первой группе серозное пропитывание стенок гнойной раны наблюдалось у 2-х больных (в 10,0 %), а у 18-ти обследуемых (90,0 %) пропитывания стенок гнойной раны уже не было, во второй группе – соответственно у 3-х больных (в 15,0 %), а у 17-ти обследуемых (85,0 %), а в третьей группе серозное пропитывание стенок гнойной раны обнаружено у 4-х обследуемых (в 20,0 %), а у 16-ти больных (в 80,0 %) пропитывание стенок гнойной раны отсутствовало.

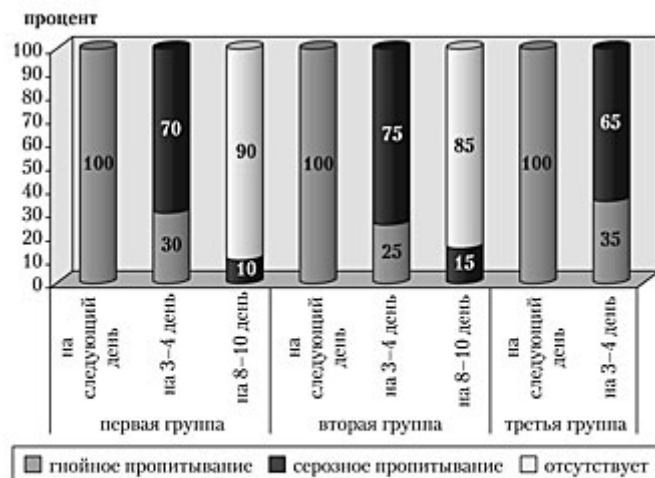


Рис. 4. Наличие гнойно-серозного пропитывания стенок гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шев в динамике проводимого лечения.

Определено наличие отделяемого из гнойной раны у больных с флегмонами в динамике проводимого лечения (рис. 5). На следующий день после вскрытия флегмоны гнойное отделяемое из послеоперационной раны было отмечено в 100 % случаев во всех трех группах наблюдения. На 3-4-й день проводимого местного лечения в первой группе гнойное отделяемое наблюдалось у 3-х больных (в 15,0 %), а серозное – у 17-ти больных (в 85,0 %), во второй группе соответственно: у 4-х больных (20,0 %) гнойное и у 16-ти обследуемых (80,0 %) серозное отделяемое, а в третьей группе наблюдения гнойное отделяемое из послеоперационной раны встречалось у 6-ти больных (в 30,0 %), а серозное – у 14-ти обследуемых (в 70,0 %). На 8-10-й день соответствующего лечения серозное отделяемое из раны в первой группе наблюдалось у 2-х больных (в 10,0 %), а у остальных отделяемого из раны уже не было (90,0 %), во второй группе соответственно: у 2-х больных (10,0 %) серозное отделяемое и у 18-ти больных (90,0 %) отделяемого не было, а в третьей группе серозное отделяемое из гнойной раны обнаружено у 4-х обследуемых (в 20,0 %), а у 16 чел. отделяемое из послеоперационной гнойной раны отсутствовало (80,0 %).

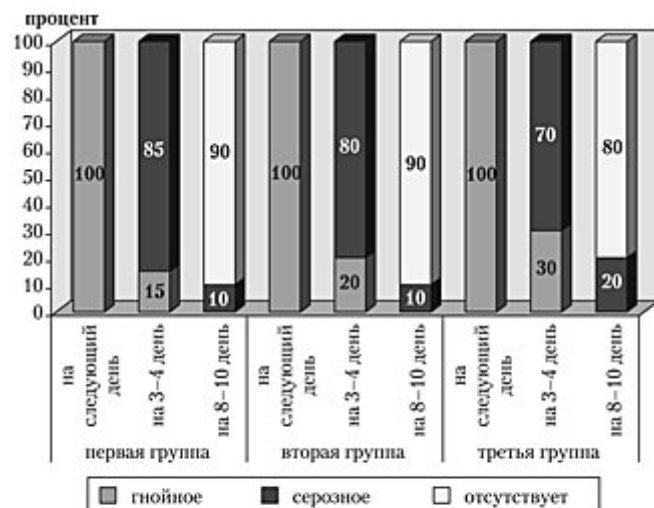


Рис. 5. Наличие отделяемого из гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны выраженная воспалительная инфильтрация (рис. 6) околожелюстных мягких тканей у больных с флегмонами была отмечена в 100% случаев во всех трех группах наблюдения. На 3-4-й день проводимого местного лечения в первой и второй группах выраженная воспалительная инфильтрация околожелюстных мягких тканей наблюдалась у 8-и больных (в 40,0 %) и умеренная – у 12-ти больных (в 60,0 %), а в третьей группе выраженная воспалительная инфильтрация околожелюстных мягких тканей встречалась у 9 больных (в 45,0 %), а умеренная – у 11-ти обследуемых (в 55,0 %). На 8-10-й день местного лечения в первой группе умеренная воспалительная инфильтрация околожелюстных мягких тканей наблюдалась у 2-х больных (в 10,0 %), а у остальных 18-ти обследуемых отсутствовала или была незначительной (90,0 %), во второй группе соответственно: у 1-го (5,0 %) и 19-ти (95,0 %) больных. На 8-10-й день проводимого местного лечения в третьей группе умеренная воспалительная инфильтрация околожелюстных мягких тканей обнаружена у 3-х обследуемых (в 15,0 %), а у 17 чел. (85,0 %) воспалительная инфильтрация околожелюстных мягких тканей была незначительной или отсутствовала.

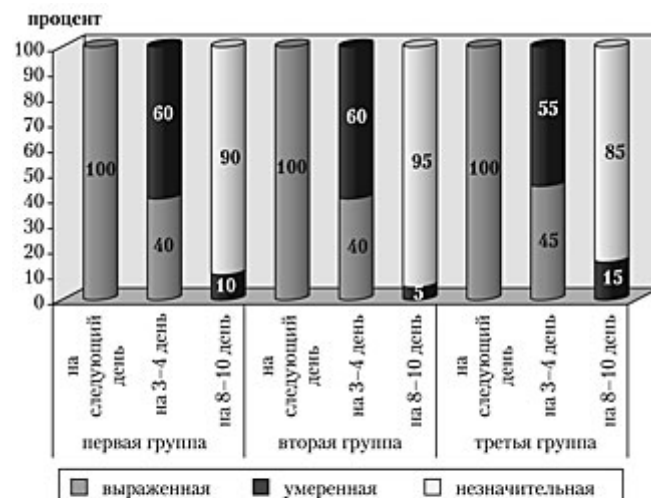


Рис. 6. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации околожелюстных мягких тканей у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шен в динамике лечения.

Определены сроки появления грануляций в гнойной ране у больных с флегмонами в динамике проводимого лечения (рис. 7). На 3-4-й день проводимого местного лечения в первой группе наблюдения появление первых ярко-красных грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с абсцессами наблюдалось у 4-х больных (в 20,0 %), во второй группе – у 5-ти обследуемых (25,0 %), а в третьей – у 6 больных (30,0 %). На 5-6-й день проводимого соответствующего лечения появление ярко-красных грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных первой группы наблюдалось у 13 больных (в 65,0 %), во второй – у 16 обследуемых (80,0 %) и в третьей группе – у 17-ти больных (85,0 %). На 8-10-й день проводимого местного лечения появление ярко-красных грануляций в гнойной ране у больных с флегмонами обнаружено у всех обследуемых (в 100 %) во всех группах наблюдения.

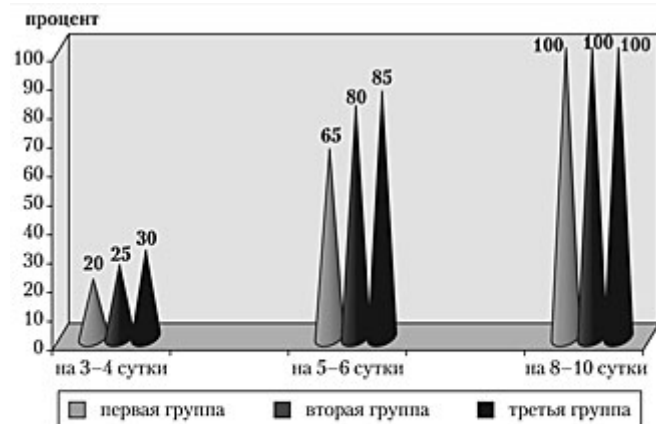


Рис. 7. Сроки появления грануляций в ране у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

Определены сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 8). На 3-4-й день проводимого местного лечения уменьшение гнойной раны у больных первой группы зарегистрировано у 4-х больных (в 20,0 %), во второй группе – у 5 обследуемых (25,0 %), а в третьей группе – у 5-ти больных (25,0 %). На 5-6-й день проводимого местного лечения уменьшение гнойной раны у больных первой группы зарегистрировано у 10 больных (в 50,0 %), во второй группе – у 12 обследуемых (60,0 %), а в третьей группе – у 14-ти больных (70,0 %). На 8-10-й день проводимого местного лечения уменьшение гнойной раны выявлено у всех обследуемых (100 %) как в первой и второй, так и в третьей группе наблюдения.

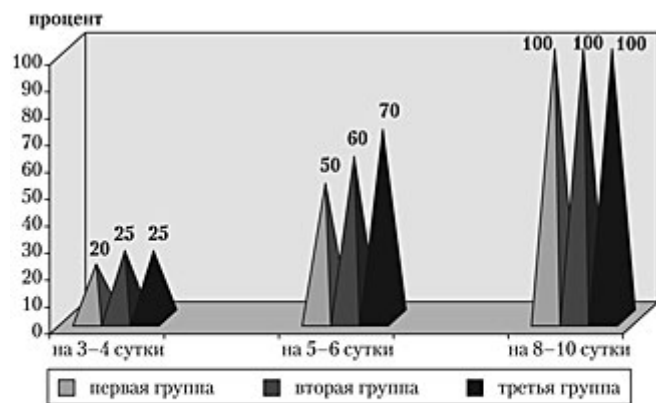


Рис. 8. Сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

ВЫВОДЫ

На основании проведенных обследований больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и шеи объективно доказано, что современные отечественные препараты «нитацид», «мирамистин», «атоксил» и «кверцетин» при использовании совместно с Октенисептом для местного лечения гнойных ран имеют выраженное противовоспалительное действие. Побочного эффекта при применении данных препаратов мы не обнаружили. Больным с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и шеи перечисленные препараты могут быть рекомендованы для местного лечения гнойных ран с целью профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев. – 2004. – 1062 с.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ

О.О. Тимофєєв, А.В. Дакал

Резюме. Проведені дослідження доводять високу ефективність сучасних вітчизняних препаратів «нітацід», «мірамістин», «атоксіл» і «кверцетин» при сумісному використанні з Октенісептом у комплексному лікуванні одонтогенних флегмон щелепно-лицьової ділянки та шиї. Дані препарати мають виражений протизапальний ефект і не мають побічної дії.

Ключові слова: гнійні рани, флегмони, нітацид, мірамістин, атоксіл, кверцетин.

LOCAL MEDICAL TREATMENT OF ODONTOGENNIC PHLEGMONS AT NARCODEPENDENT PATIENTS

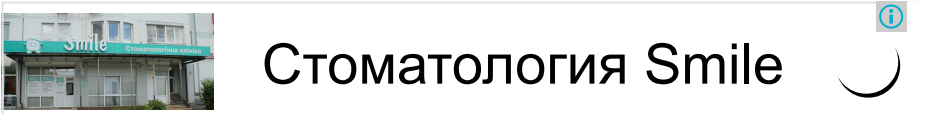
O. Tymofieiev, A. Dakal

Summary. Conducted studies show high efficacy of contemporary domestic medications «Nitacid», «Myramistin», «Atoxil», «Quercetin», «Octenisept» in the treatment of the odontogenic abscesses of the soft parts of maxillofacial area and neck. These medications have a significant anti-inflammatory effect and are not accompanied by side-effects.

Key words: festering wounds, phlegmons, Nitacid, Myramistin, Atoxil, Quercetin, Octenisept.

Реклама от Google

Dental root Teeth Dent Зубы



Стоматология Smile

Реклама

Опубликовано: 8.11.10 18:38 3832

Читайте в этом разделе:

» Другие статьи раздела **Хирургическая стоматология**

Самое читаемое из раздела Хирургическая стоматология:

- » Современная технология местного обезболивания в стоматологии
- » Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией
- » А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
- » Использование современных препаратов для местного лечения гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами
- » Использование Фарингосепта для профилактики постэкстракционных воспалительных осложнений у больных с обострившимся хроническим периодонтитом
- » Применение иммунокорректирующей терапии рибомунилом в комплексном лечении больных с одонтогенными абсцессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи
- » Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных
- » Метод изготовления и способ фиксации защитной небной пластинки при ураностафилопластики (уранопластике)

Последнее из раздела Хирургическая стоматология:

- » Современная технология местного обезболивания в стоматологии
- » Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных
- » Использование Фарингосепта для профилактики постэкстракционных воспалительных осложнений у больных с обострившимся хроническим периодонтитом
- » Клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией
- » Использование современных препаратов для местного лечения гнойных ран у наркозависимых больных с одонтогенными абсцессами
- » Метод изготовления и способ фиксации защитной небной пластинки при ураностафилопластики (уранопластике)
- » А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
- » Применение иммунокорректирующей терапии рибомунилом в комплексном лечении больных с одонтогенными абсцессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

- » Перевести в страницу для печати
- » Послать ссылку на статью

Комментарии

Реклама:

Stomatology.org.ua – интернет-сообщество стоматологов Украины

RSS экспорт новостей

Сайт публикует статьи из журналов "Современная стоматология" и "Зубное протезирование".
Любая републикация этих статей возможна лишь с разрешения правообладателя.
Copyright © AdverMAN, 2005-2011



Новости Украины. Здоровье. Технологии и наука

Стоматология. Современная стоматология и зубное протезирование. Для стоматологов и зубных техников. О стоматологах и зубных техниках. Стоматологическая техника, технологии, материалы.

стоматология :: детская стоматология :: институт стоматологии :: стоматология цены :: стоматология круглосуточная :: центр стоматологии :: эстетическая стоматология :: стоматология ортопедическая :: стоматология клиника :: стоматология дента :: центральный институт стоматологии :: стоматология работа :: центр эстетической стоматологии :: стоматология протезирование :: терапевтическая стоматология :: цнии стоматологии :: доктор стоматология :: нии стоматологии :: стоматология форум :: институт стоматологии :: хирургическая стоматология :: стоматология зубов :: научно исследовательский институт стоматологии :: новое стоматологии :: центральный исследовательский институт стоматологии :: стоматология отзыв :: стоматология мастер :: центральный научно исследовательский институт стоматологии :: стоматология материалы :: стоматология наркоз :: стоматология мастер дент :: лазерная стоматология :: цниис стоматологии :: современная стоматология

Интернет-реклама. Реклама в интернете. | Продвижение сайтов | Раскрутка | Создание сайтов
Промышленность | Строительство | Бизнес | Медицина | Отдых и путешествия, туризм | Новости Украины | Мания | Безопасность

Создание и поддержка сайта – AdverMAN