

чений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Однако зарегистрировано в 2-х случаях развитие послеоперационного «хвостового» некротизирующего панкреатита, в связи с чем в одном случае выполнялось дренирование затека чрескожно под УЗИ контролем, в другом – возникла необходимость в чрезбрюшинном дренировании. Один больной погиб от рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Литература

1. Aksnes J., Abdelnoor M. Risk Factors Associated with Mortality and Morbidity After Electiv Splenectomy // Eur. J. Surg. – 1995. Vol. 161, -- P. 253 – 258.
2. Is Splenectomy More Dangerous for Massive Spleens? / D.McAneny, W.W.LaMorte, T.E.Scott e.a. // The Amer. J. of Surg. – 1998. – Vol.175. – P. 102 –107
3. Ziernski J. M., Rudovski W. J., Jaskowiak W. e.a. Evaluation of postsplenectomy complications // Surg. Gynec. Obst. – 1987. Vol. 165, -- P. 507 – 514.
4. Бекназаров Я. Причины и профилактика осложнений спленэктомии у гематологических больных: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: / Центр. НИИ гематологии и переливания крови. – Москва, 1986. – 22 с.
5. Бетанели М.А. Спленэктомия (показания, техника, осложнения): Автореф. дис. ...канд. мед. наук: / Тбилиси, 1989. – 20 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Е.А. Борисенко

Научный руководитель – к.м.н. *Н.А. Юдина*

Белорусский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ заболевания периодонта широко распространены среди населения всего земного шара [3, 4].

По данным эпидемиологического обследования республики Беларусь, в возрастной группе 35-44 года 75,8 % населения имели карманы по индексу CPITN, при интенсивности 2,4 секстанта на человека [1]. Поэтому актуальным является выявление факторов риска и разработка эффективных мероприятий по их устранению [2].

Цель исследования: изучение гигиенических навыков по уходу за полостью рта, информированности населения по вопросам этиологии и профилактики заболеваний периодонта.

Материалы и методы: проведено анкетирование 100 человек в возрасте 30-50 лет. Анкета включала вопросы о методах и средствах индивидуальной гигиены полости рта, факторах риска стоматологических заболеваний (роли питания, вредных привычках и общих заболеваниях).

Анализ результатов анкетирования показал, что 34% людей чистят зубы 1 раз в день, 60% – 2 раза в день и 6% – более 2 раз в день. Фторсодержащие зубные пасты использует 98% населения и только 4% применяют фторированную зубную нить. Нами выявлен низкий уровень информированности взрослого населения о дополнительных средствах гигиены полости рта. Так, 44% людей не пользуются дополнительными средствами гигиены, 50% респондентов используют в качестве дополнительных средств зубочистки, всего 10% населения используют зубную нить.

В нашем исследовании мы не установили факторов риска стоматологических заболеваний, связанных с частотой приема пищи. Однако, большая часть опрошенных (72%) употребляет сладости между основными приемами пищи.

Следует отметить, что 60% населения не владеют информацией о причинах развития заболеваний периодонта и только 40% связывают возникновение заболеваний периодонта с нерегулярными гигиеническими процедурами и общими заболеваниями.

Результаты нашего исследования выявили, отсутствие заинтересованности у врачей-стоматологов заниматься профилактикой заболеваний периодонта: профессиональная гигиена проводилась только 18% из числа обратившихся за лечением. Беседа о причинах развития стоматологических заболеваний проводилась с 30% респондентов. На вопрос "Проводилось ли хирургическое лечение заболеваний периодонта" положительных ответов получено не было.

Таким образом, выявлен низкий уровень знаний населения о выборе средств индивиду-

альной гигиены и этиологии болезней периодонта. Стоматологи не доводят до пациентов информацию о причинах заболеваний и методах их профилактики, с этим связан низкий уровень грамотности населения по этим вопросам. Поэтому врачам-стоматологам необходимо более внимательно относиться к составлению плана лечения периодонта, а так же к вопросам профилактики и мотивации.

Литература

1. Леус П.А. Коммунальная стоматология. –Мн.,1997, -с.242.
2. Carranza F.A , Newman M.G. Clinical Periodontology. 8-th edition. Saunders, Philadelphia, 1994. –1174р.
3. Goodman, Gilman's. The Pharmacological basis of Therapeutics. 9-th ed. / Joel G. Hardman, A. Goodman, L.E. Limbirt. – 1996. – P.1027-1174.
4. People at risk for periodontitis / J. of Periodontol. – 1994. – Vol.65,Suppl.5.

УДЛИНЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Д.В. Букач

Научный руководитель - к.м.н., доцент *С.И. Киричек*
Белорусский государственный медицинский университет

В настоящее время наряду с костно-пластическим методом восстановления длины конечности используется внеочаговый чрезкостный остеосинтез. Тема нашего исследования - показать эффективность последнего.

Под нашим наблюдением находились 17 больных с укорочением верхних и нижних конечностей различной этиологии. Лиц женского пола было 3, мужского – 14 в возрасте от 4 до 57 лет. Врождённые укорочения наблюдались у 3, приобретённые - у 14. Причиной приобретённых укорочений явились: пупочный сепсис с гематогенным остеомиелитом (2), перенесённый полиомиелит (2), открытые переломы костей конечностей, приведшие к инфицированному несращению с дефектом кости (10).

По локализации укорочения конечностей распределились следующим образом: укорочение плеча – 1 (вследствие гематогенного остеомиелита); укорочение бедра – 4 (в 1 случае - врождённое, в 1 – вследствие остеомиелита, ещё в 2 - вследствие перенесённого полиомиелита), укорочение голени – 12 (врождённые – 2; после травматического остеомиелита с дефектами кости – 10).

Величина укорочения конечностей у наблюдаемых больных была от 4 до 10 см.

Удлинение костей конечностей проводилось методом дистракционного остеосинтеза с помощью аппаратов внешней фиксации. Использовались спицевые (15) и спице-стержневые (2) аппараты. При укорочениях неинфекционной этиологии выполнялась остеотомия кости и дистракция. У больных с укорочением инфекционной этиологии выполнялась некрэктомия и компрессионный остеосинтез в инфекционном очаге. В неинфицированном очаге выполняли кортикотомию и дистракционный остеосинтез, т.е. применялся бифокальный остеосинтез.

Дистракция в области намечаемого удлинения проводилась после стихания болей на 3-5 день и выполнялась 2 раза в сутки по 0,5 мм. Фиксация сегмента конечности аппаратом внешней фиксации в большинстве случаев проводилась до полного сращения в области перелома (резекции или дефекта) и полной оссификации регенерата, что позволяло заниматься разработкой движений в смежных суставах конечности.

У 4 больных произошло воспаление мягких тканей в области проведения спиц. В этих случаях аппарат был снят и наложена циркулярная гипсовая повязка до полного сращения.

Во всех случаях были получены хорошие анатомические и функциональные результаты: длина конечности восстановлена, объём движений в близлежащих суставах сохранён.

Выводы:

1. Основной причиной укорочения конечностей являются перенесённые заболевания и травмы.
2. В большинстве случаев к укорочению нижней конечности приводят открытые переломы голени и их инфицированное несращение.