

ги, а также различные психоневрологические заболевания. Исход повреждений, особенно тяжелых и опасных, часто решается в течение нескольких минут после происшествия и зависит, прежде всего, от своевременности и качества ПМП, которую получит пострадавший, задача которой состоит в том, чтобы путем проведения простейших мероприятий спасти жизнь пострадавшему, уменьшить его страдания, предупредить развитие возможных осложнений и облегчить тяжесть течения травмы или заболевания. Своевременная и правильно оказанная медицинская помощь имеет решающее значение для сохранения жизни и здоровья пострадавших, возвращения их к труду, снижения инвалидности и летальности.

**Секция «Стоматология хирургическая»,
научный руководитель – Гандылян К.С.**

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И СИСТЕМАТИЗАЦИЯ
ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ
БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Абрегова К.А., Темирканова Б.В., Саркисов А.Я.
*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия, nina070@bk.ru*

Актуальность. В современной стоматологии синдром болевой дисфункции ВНЧС весьма актуален. По результатам исследований отечественных и зарубежных авторов, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – одно из наиболее распространенных заболеваний среди лиц, обращающихся к стоматологу, встречается у 31-85%. Различная этиология, отсутствие алгоритма диагностики, разнообразие и обилие симптомов, многообразие медикаментозных средств, отсутствие возможности контроля над результатом лечения создают трудности в выборе тактики для практического врача, проведение диагностики, дифференциальной диагностики и создания оптимального плана лечения. Поэтому необходимо проведение полных общеклинических и специальных методов исследования.

Цель исследования. Анализ возможных методов диагностики и систематизация плана лечения.

Материал и методы исследования. Общеклинические методы исследования включают жалобы больного: боли, шумовые явления, ограничение или увеличение открывания рта, нарушение окклюзии, отолгические симптомы; данные анамнеза жизни, анамнеза заболевания, внешнего осмотра, осмотра полости рта, положения зубов и зубных рядов, пальпации ВНЧС и жевательных мышц. К специальным методам исследования относят: изучение диагностических моделей, окклюзиографию, рентгенографию ВНЧС, контрастную рентгенографию, компьютерную томографию височно-нижнечелюстного сустава в боковой и аксиальной проекциях, магнитно-резонансную томографию ВНЧС, электромиографическое исследование жевательных мышц, графическую регистрацию движений нижней челюсти, электронную аксиографию.

Результаты и обсуждение. Для решения поставленных задач нашего исследования были проанализированы методы диагностики и систематизирован план лечения. Мы разделили диагностику на субъективные, объективные и специальные методы исследования. Изучили механизм и проведение специальных методов. Сгруппировали этапы лечения:

Список литературы

1. Алборова М.А., Доника А.Д. Монооксид углерода как токсический маркер урбанизированных территорий // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С. 80.
2. Доника А.Д. Психоэмоциональное состояние студентов в условиях крупного промышленного города нижнего Поволжья – Экология человека. 2006. С. 42.
3. Доника А.Д. Чрезвычайные ситуации в проблемном поле текущего национального законодательства: медицинский аспект // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 3-3. С. 295-296.
4. Меркешкина Р.С., Доника А.Д. Экоотоксиканты в проблемном поле токсикологии // Успехи современного естествознания. 2014. № 6. С. 91.
5. Ревина Е.А., Доника А.Д. Проблемы мотивации безопасного поведения молодежной популяции // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 100.

- Санация полости рта.
- Избирательное шлифование.
- Нормализация окклюзионных соотношений.
- Шинная терапия.
- Миорелаксанты.
- Антидепрессанты.
- НПВС.
- Блокада двигательных ветвей.
- Коррекция эмоциональной составляющей.
- Миогимнастика.
- Физиотерапия.
- Коррекция гипокальциемии.

Заключение. Анализ отечественной и зарубежной литературы позволяет сделать вывод о том, что синдром болевой дисфункции ВНЧС является одной из форм хронической боли, присутствующей у 12 % людей, причем у 20-80 % взрослых выявляется как минимум один её признак. Болевая дисфункция – одно из самых распространенных заболеваний ВНЧС. При наличии большого разнообразия методов специальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, до сих пор допускаются ошибки в проведении дифференциальной диагностики, постановке диагноза и назначении соответствующего лечения. Таким образом необходимо учитывать этиологические факторы, клиническое состояние пациент, а также проводить всевозможные методы диагностики для выбора оптимального объема диагностических мероприятий и разрабатывать новые методы лечения.

Ключевые слова: синдром, болевая дисфункция, сустав, височно – нижнечелюстной.

Список литературы

1. Семенов Р.Р., Гандылян К.С., Караков К.Г., Карпов А.С., Карпов С.М. Качество жизни при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 160-163.
2. Семенов Р.Р., Гандылян К.С., Караков К.Г., Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М. Оценка состояния мозговой гемодинамики у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Фундаментальные исследования. 2012. № 7-2. С. 390-393.
3. Гандылян К.С., Пузин М.Н. Патология магистральных сосудов головы и шеи, как факторов риска развития миофасциального болевого синдрома лица и синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Российский стоматологический журнал. 2010. № 4. С. 26.
4. Гандылян К.С., Карпов С.М., Пузин М.Н. Патогенетические механизмы формирования хронических непароксизмальных прозопалгий на примере височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы) // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 3-2. С. 39-45.
5. Гандылян К.С., Пузин М.Н. Патология магистральных сосудов головы и шеи, как факторов риска развития миофасциального болевого синдрома лица и синдрома болевой дисфункции височно-

нижнечелюстного сустава. Российский стоматологический журнал. 2010. № 4. С. 26.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

Амирчупанов М.Д., Романенко И.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, m005mm05@mail.ru

Введение. Проблема ранней диагностики и терапии пациентов с острыми гнойно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) является актуальной и в настоящее время. Так по данным ряда авторов, численность больных с одонтогенными флегмонами, занимает от 60 до 70% коечного фонда челюстно-лицевых хирургических стационаров (Шаргородский А.Г., 2002; Дурново Е.А., 2003; Фазизов Т.Т. с соавт., 2004; Богатов В.В., Бурова Н.М., 2008, Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. 2010). Несмотря на повышение качества оказания стоматологической помощи, усовершенствование известных и применение современных методов диагностики и лечения данной патологии, количество больных с одонтогенными флегмонами продолжает расти.

Цель исследования: исследовать клинические варианты формирования одонтогенных флегмон.

Материалы и методы. Нами за период с января 2010 по декабрь 2014 года на базе отделения челюстно-лицевой хирургии ГКБСМП г. Ставрополя и кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета проведено исследование и наблюдение 88 пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями. Характеристика по полу и возрасту пациентов представлена в таблице 1. Все пациенты были в возрасте от 20 до 45 лет, средний возраст их составил $30,2 \pm 6,9$ года. Регионарные клиничко-инфекционные проявления у больных оценивались по глубине поражения и распространенности инфекционного процесса. Все случаи формирования флегмон были одонтогенного происхождения. В группу наблюдения и исследования были включены только пациенты, у которых распространение гнойно-воспалительного процесса ЧЛО протекало с гиперреактивной формой.

Локализация гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных была в различных количествах клетчаточных пространств.

Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц без сопутствующей патологии в возрасте от 20 до 45 лет. Полученные результаты исследований у данной группы добровольцев, нами принимались за нормативные и в последующем называли "контрольными".

Результаты и их обсуждения. Базовыми критериями диагностики гиперергии явились клиничко-воспалительные признаки формирования и течения флегмоны, в основе которых было острое начало заболевания, симптомы распространенного инфекционно-воспалительного процесса и выраженные признаки эндогенной интоксикации, а также результаты исследования функциональной активности лейкоцитов, в частности их возможности кислородзависимого метаболизма, что является основным критерием для выбора варианта реактивности организма (Воложин А.И., 1996). С учетом количественной локализации гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных было сформировано 5 групп.

Первую группу составили 24 (27,3%) пациента, которые отмечали дебют заболевания от появления первых признаков болевого симптома в области "при-

чинного" зуба до момента госпитализации в течение $6,1 \pm 1,8$ дней. Флегмона локализовалась в области 3 - 4 клетчаточных пространств и носила характер умеренно выраженных общих и местных клинических проявлений, а общее состояние пациентов расценивалось как средней степени тяжести. Наличие признаков отека мягких тканей выявлялось в течение $4,3 \pm 1,3$ дня. Было выявлено повышение температуры тела в догоспитальном периоде у всех больных и составляла в пределах до $38,1 \pm 0,15^\circ\text{C}$. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев у больных 1 группы "причинным" зубом развития флегмоны явился второй моляр нижней челюсти (4.7 или 3.7 зуб). Лишь в 3 случаях был выявлен "причинным" 3.8 зуб и в 2 случаях - 1.6 зуб.

Вторую группу составили 23 (26,1%) больных, имеющих 4-5 пространств, вовлеченных в воспалительный процесс, и имел тенденцию к распространению. Начало заболевания от появления болевого синдрома в области "причинного" зуба до момента госпитализации составило $3,9 \pm 1,4$ дня, а появление отека мягких тканей ЧЛО составило $2,3 \pm 0,9$ дня до времени госпитализации. В данной группе в большинстве случаев "причинным" зубом явились третьи моляры нижней челюсти (3.8, 4.8 зубы), лишь у 7 больных был отмечен "причинным" зубом 4.7, а у 2 больных 4.5, 4.4 зубы. Общее состояние пациентов в момент поступления было расценено как средней тяжести. Были отмечены более выраженные, в сравнении с 1 группой пациентов, местные и общие признаки воспалительного процесса, в том числе и интоксикационного процесса.

Третья группа, где в воспалительный процесс вовлекалось 6-7 пространств составили 11 (12,5%) пациентов. Болевой синдром в области "причинного" зуба больные отмечали за $3,4 \pm 0,4$ дня до времени госпитализации в стационар. Отек мягких тканей ЧЛО за $2,6 \pm 0,45$ дня. Следует обратить внимание на тот факт, что "причинным" зубом одонтогенных флегмон у пациентов явился третий моляр (4.8, 3.8 зуб). В целом общее состояние пациентов было расценено как тяжелое с выраженными признаками интоксикации, где общие и местные клиничко-инфекционные проявления течения флегмоны были существенно значимее.

Четвертая группа больных, где в основе лежало вовлечение 8-9 пространств с одонтогенными флегмонами ЧЛО и было отмечено прогрессирующее течение локализованного инфекционного процесса с развитием осложнений составили 17 (19,3%) пациентов. Время от начала заболевания до госпитализации составило $4,1 \pm 0,6$ дней, отек мягких тканей ЧЛО в среднем составил 3,0 дня. Повышение температуры тела в догоспитальном периоде больные отмечали в большинстве случаев до $38,5 \pm 0,4^\circ\text{C}$. "Причинными" зубами явились моляры нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.8, 4.7 зубы). Определенной корреляционной зависимости между "причинными" зубами и локализацией гнойно-инфекционного процесса ЧЛО не было выявлено. Состояние всех пациентов расценивалось как тяжелое. Признаки клиничко-воспалительного процесса, как общие, так и местные были резко выражены, с выраженными признаками интоксикации.

Пятая группа пациентов составила 13 (14,8%) пациентов, где клиничко-воспалительный процесс с одонтогенными флегмонами ЧЛО составил 10 и более пространств. У больных данной группы были отмечены развитие различных грубых осложнений в виде медиастинита, сепсиса, вторичный менингоэнцефалитов, ДВС-синдрома. Время от начала заболевания до момента госпитализации составило $4,2 \pm 0,55$ дней, в то время как появление отека мягких тканей ЧЛО