

составило $3,4 \pm 0,45$ дней. Особенностью клинического состояния больных данной группы в до госпитальном периоде было повышение температуры тела до $39,5 \pm 2,1^\circ\text{C}$. "Причинным" зубом одонтогенных флегмон в основном являлись первый или второй моляр нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.6, 4.7 зубы). Общее состояние пациентов в момент госпитализации было расценено как крайне тяжелое. Эндогенная интоксикация характеризовалась как значительной степени выраженности с тенденцией к генерализации общих и местных признаков воспалительного процесса.

В 56 (63,6%) случаях в зависимости от локализации и распространенности воспалительного процесса в отдаленные органы и мягкие ткани были диагностированы одонтогенные флегмоны ЧЛО. В 15 (17,1%) случаях флегмоны были осложнены распространением на глубокие клетчаточные пространства шеи, медиастинитом, сепсисом, а также в 2 случаях вовлечением оболочек головного мозга. У всех пациентов общие и местные проявления гнойно-инфекционного процесса носили характер гиперергического варианта воспаления.

Особенностью воспалительного процесса у пациентов с наличием от 8 и более клетчаточных пространств имел четкую направленность к последующему прогрессированию процесса, где коллатеральный отек мягких тканей носил выраженный характер. Локально определялся плотный и резко болезненный инфильтрат, не имеющий четких границ и во всех случаях имел наличие симптомов крепитации и флюктуации. Кожные покровы над инфильтратом была гиперемирована, без возможности собраться кожу в складку. Хирургическое вскрытие гнойного очага позволяло отметить умеренное гнойное отделяемое, в том числе выраженные деструктивные изменения в раневой поверхности. У всех пациентов четвертой и пятой групп было отмечено острое и бурное начало заболевания. Время, от момента воспалительного процесса до госпитализации составило в среднем от 3 до 6 дней ($4,9 \pm 1,6$ дня), а наличие отека мягких тканей ЧЛО от 2 до 4 дней ($3,1 \pm 1,3$ дня). Проводимые терапевтические мероприятия, которые были использованы на до госпитального этапе носили неоднозначный характер и зависели от времени обращения пациентов к стоматологу и объемом воспалительных пространств. Обращает на себя внимание, что 28 пациентов не обращались за врачебной помощью и проводили лечение самостоятельно, используя антибактериальную терапию в самостоятельно выбранной дозе, НПВС, санацию и полоскание ротовой полости содовым раствором. Обращение за врачебной помощью было в тех случаях, когда отсутствовал положительный эффект от проводимого лечения с нарастанием воспалительных проявлений, значительным ухудшением самочувствия пациента с нарастанием как местной, так и общей реакции. Как правило, после проведенного осмотра хирургом-стоматологом, все пациенты в экстренном порядке были направлены в отделение челюстно-лицевой хирургии. Хирургические вмешательства в ЧЛО пациентам на амбулаторном этапе не проводились. Следует отметить, что только в 25 (28,4%) случаях обращения за медицинской помощью по месту проживания было на 2-3 сутки от времени появления отека мягких тканей ЧЛО. В этих случаях больным было проведено удаление "причинного" зуба, а в 9 (10,2%) случаях была выполнена периостотомия в области "причинного" зуба. В 3 (3,4%) случаях больные были госпитализированы в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства, где было проведено неадекватное хирургическое вмешательство с вскрытием гнойного очага со стороны кожных покровов.

Заключение. Таким образом, клиническая картина одонтогенных флегмон во многом зависит от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс, времени обращения больных за медицинской помощью и времени госпитализации от момента заболевания.

Клинические проявления носили схожий характер, с особенностью усиления гиперергической реакции в зависимости от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс.

Следует отметить низкую информативность населения о возможных серьезных последствиях одонтогенных флегмон, о которых больные с данной патологией не знают.

Ключевые слова: флегмона, одонтогенная, клиника, зуб, клетчаточные пространства, отек, боль.

Список литературы

1. Гандылян К.С. Эффективность комплексного лечения больных с остеомиелитом нижней челюсти одонтогенного или травматического генеза. автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2007.
2. Гандылян К.С., Карпов С.М., Пузин М.Н. Патогенетические механизмы формирования хронических пароксизмальных пролопалгий на примере височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы). Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 3-2. С. 39-45.
3. Волков Е.В., Карпов С.М., Гандылян К.С., Гольяпина И.А., Караков К.Г., Алагуни А.Э. Сочетанная черепно-лицевая травма у детей как фактор нарушения нейродинамических процессов головного мозга. Фундаментальные исследования. 2014. № 10-6. С. 1071-1075.
4. Караков К.Г., Гандылян К.С., Карпов С.М., Кошель И.В., Елисеева Е.В. Тактика стоматолога при вторичных иммунодефицитах (учебное пособие). Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 10-2. С. 128.
5. Карпов С.М., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю., Елисеева Е.В., Суюнова Д.Д., Волков Е.В. Клинико-психоневрологические проявления при сочетанной черепно-лицевой травме. Российский стоматологический журнал. 2014. № 4. С. 45-48.
6. Карпов С.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисеева Е.В., Христофорандо Д.Ю., Волков Е.В., Карпова Е.Н. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 3. С. 61-65.
7. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями. Клиническая неврология. 2009. № 2. С. 3-5.
8. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. Вестник Медицинского стоматологического института. 2009. № 1. С. 15-17.
9. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батурин В.А., Гандылян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Институт стоматологии. 2013. № 2 (59). С. 59-61.
10. Яхьяев С.Х., Хадж Е.А.С., Долгова И.Н., Карпов С.М. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных. Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 10-5 (17). С. 39.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗИРОВКИ "АРТИКАИНА ИНИБСА 1:100000" ПРИ ПРОСТОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Асланукова Д.Р., Гукежева Л. М., Кражан С.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, as_diana09@mail.ru

Актуальность. Комбинированный препарат артикаин инибса, содержит в качестве действующих веществ Артикаин и Эпинефрин. Эпинефрин проявляет сосудосуживающий эффект в месте введения препарата, тем самым увеличивает время его всасывания, удлиняя действие. Как известно карпула артикаина инибса содержит стандартный объем анестетика – 1,8 мл. Большинство стоматологов утверждают, что для полноценного обезболивания, лечения и удаления зубов на верхней челюсти, они используют только часть анестетика из карпулы.

Цель исследования. Определить оптимальный объем анестетика для полноценного обезболивания зубов на верхней челюсти.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе хирургического кабинета кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ.

В исследовании были включены 40 пациентов обоего пола (28 женщин и 12 мужчин), в возрасте от 20 до 40 лет. Все пациенты были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 20 пациентов (5 мужчин и 15 женщин), которым вводился анестетик в объеме — 1,8 мл, а в основную группу были включены 20 пациентов (7 мужчин и 13 женщин), которым вводилось половина карпулы. Для премоляров и моляров применялась инфльтрационная и небная анестезии.

Для резцов и клыков – инфльтрационная и резцовая анестезии.

Критериями оценки были субъективные ощущения больного при удалении зубов и частота сердечных сокращений (ЧСС).

Статистическая обработка проведена с помощью методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждения. Как показало проведенное обследование у всех пациентов контрольной группы все манипуляции были безболезненными, а показатели ЧСС были

91±1,15.

У всех пациентов основной группы удаление зубов также проходило безболезненно, а ЧСС составляло 84±1,17.

Заключение. Эффективное обезболивание при простом удалении зубов на верхней челюсти достигалось введением половины дозы артикаина инбиса 1:100000, что сопровождалось менее выраженной вегетативной реакцией организма.

Рациональным является организация выпуска карпул, содержащих 0,6-1,0 мл анестетика, что проявляется клинически и экономически целесообразным.

Ключевые слова: анестезия, инфльтрационная, эпинефрин, артикаин.

Список литературы

1. Кражан С.Н., Гандылян К.С., Шарипов Е.М., Волков Е.В., Письменова Н.Н. Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии: учеб. пособие / Ставрополь: Издательство СтГМУ. 2014. С. 43-45.
2. Хирургическая стоматология под редакцией профессора Т.Г. Робустова, издание третье переработанно и дополненное, М.: Медицина, 2003. С. 62.
3. Кражан С.Н., Гандылян К.С., Шарипов Е.М., Волков Е.В., Письменова Н.Н. Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии (учебное пособие) // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 10-2. С. 129-130.

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ (ОТП) В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ

Барабанова А.С., Карагезова Д.П., Конев С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, asb161@yandex.ru

Актуальность. В современной хирургической стоматологии для заполнения костных дефектов применяют различные остеозамещающие материалы «аутогенные, аллогенные, ксеногенные и аллопластические». Эффективность регенерации костной ткани напрямую зависит от вида применяемого материала. Синтетические остеозамещающие материалы не всегда возможно применить, ввиду реакции организма на чужеродные антигены и сопровождающимися воспалительными реакциями в послеоперационном периоде. В связи, с чем все более широко распространение получают технологии с использованием аутоотрансплантатов, в том числе и использование ОТП.

Цель исследования. Выявить преимущества использования ОТП для заполнения полости лунок удаленных ретенированных зубов на нижней челюсти над стандартными методиками.

Материалы и методы. Всего на приеме по поводу удаления ретенированных 8 зубов на нижней челюсти находилось 15 пациентов в возрасте от 21 до 26 лет, которые были разделены на 3 группы, по 5 человека в каждой. В первой группе после экстракции 38,48 зубов костная полость была заполнена ОТП и наложены узловые швы. Во второй группе, после удаления ретенированных 38,48 зубов, в лунке сформировали кровяной сгусток. В третьей группе, в лунку удаленных зубов рыхло уложили йодоформенную турунду. Антибактериальную терапию провели всем пациентам.

Результаты и обсуждение: проведенное исследование показало, что в первой группе, с применением обогащенной тромбоцитарной плазмой уже к концу первых суток после оперативного вмешательства был купирован болевой синдром, а гиперемия и отек слизистой исчезли к третьим суткам. Тогда как в оставшихся двух группах вышеуказанные жалобы сохранялись до 6-8 дней.

Заключение. Таким образом, применение обогащенной тромбоцитами плазмы позволяет оптимизировать период послеоперационной реабилитации пациентов при хирургических стоматологических манипуляциях по поводу удаления ретенированных зубов на нижней челюсти.

Ключевые слова: обогащенная тромбоцитарная плазма, ретенированные зубы.

Список литературы

1. Робустова Т.Г. Плазма, обогащенная тромбоцитами, при костно-восстановительных операциях на челюстях / Т.Г. Робустова, И.П.Гребенникова // Российский стоматологический журнал. 2005. №2. С 19-22.
2. Островский А. Остеопластические материалы в современной пародонтологии и имплантологии // Новое в стоматологии М., 1999. №6 (76). 39-52.
3. Азда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина / Ф. Азда // Институт стоматологии. 2003. №1. С 67-69.

УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТКИ С РЕДКИМ СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Нартикова Р.В., Ижаева М.М.,
Спевак Е.М., Христофорандо Д.Ю.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь,
cymbal.elena@mail.ru

Наследственный ангионевротический отек (НАО) – редкая генетическая наследственная патология с аутосомно-доминантным механизмом наследования. Причина заболевания – снижение функции белка, ингибирующего С1 – эстеразу, что приводит к неконтролируемому запуску классического пути активации комплемента и брадикининового каскада. Возникает отек мягких тканей лица и тела, некупируемый глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами, адреналином [1]. Дебют заболевания случается обычно до 20 лет и провоцируется различными факторами – стресс, травма, оперативное вмешательство. Пациенты с НАО получают индивидуальную гормональную терапию и подлежат постоянному наблюдению иммунолога, гематолога и других специалистов.

Успешное проведение оперативных вмешательств у больных с подобной сопутствующей патологией – ответственная задача для хирурга, так как требует тщательной предоперационной подготовки, внесения изменений в протокол операции и особого послеоперационного ухода.

Цель исследования. Составить алгоритм ведения больных с НАО, которым предстоит оперативное вмешательство в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы – клиническое наблюдение