

В челюстно-лицевое отделение ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя поступила пациентка А., 18 лет, с целью планового удаления ретенированных зубов по ортодонтическим показаниям. В анамнезе – наследственный ангионевротический отек, дефект в системе комплимента (код по МКБ – 10 D84.1).

Согласно рекомендациям иммунолога пациентке была проведена предоперационная подготовка: Чарозетта (антигистаген) по 0,075 мг 1 раз в сутки вечером в течение длительного времени, с целью гормональной коррекции. На случай возникновения некупируемого отека пациентка обеспечена препаратом Фиразир в дозировке 30 мг в шприцах-ручках (по программе ДЛО). Периоперационно большой перелито 250 мл нативной плазмы, с целью возмещения дефицита комплимента. Далее проведена стандартная премедикация, анестезиологическое пособие, дополнительно выполнена двусторонняя мандибулярная анестезия – Sol.Ultracaini DS – 6 ml. Под ЭТН максимально атраматично проведено удаление ретенированных 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, с тщательным гемостазом и мед. обработкой. Послеоперационные раны ушиты полиэфирной нитью. В раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Пациентке назначена антибактериальная (цефтриаксон по 1 г 1 раз в сутки в/м в течение 7 дней, флуконазол 150 мг однократно), десенсибилизирующая (1% р-р димедрола по 1 мл на ночь в течение 5 дней), симптоматическая терапия (кеторолак по 2 мл в/м 2 раза в день и при боли). Проводились ежедневные перевязки, мед. обработка полости рта 0,02% р-ром хлоргексидина.

Результаты и обсуждение. Степень послеоперационного отека мягких тканей, а также сроки его убывания, у пациентки с НАО не отличались от таковых у других 4 пациентов, которым также произведено удаление четырех ретенированных зубов. На 10 сутки после операции сняты швы с ран, пациентка выписана с выздоровлением. Дополнительных назначений не потребовалось.

Заключение. На примере клинического наблюдения пациентки с НАО составлен алгоритм ведения больных с подобной патологией, которым предстоит оперативное вмешательство в челюстно-лицевой области, обязательным пунктом которого является консультация профильного специалиста с рекомендациями по ведению пациента в пред- и послеоперационном периоде. Таким образом оперативное лечение при условии тщательного соблюдения предписаний у пациентов с НАО возможно проводить с минимальным риском для здоровья.

Список литературы

1. Дробик, О.С. Наследственный ангиоотек / О.С. Дробик // Медицинский алфавит. 2012. Т.3. №15. С. 48-53.
2. Васильева, А.А. Острая крапивница и ангиоотек в практике семейного врача / А.А. Васильева, Р.Ф. Хакимова // Вестник современной клинической медицины. 2011. Т. 4. Вып. 4. С.54-59.
3. Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек». Рекомендации для практикующих врачей / под ред. И.С. Гушина, Н.И. Ильиной. М.: ФармарусПринт Меди, 2007. 128 с.

ИЗОЛИРОВАННОЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Изварина Л.В., Ирицяи М.Н., Конев С.С.

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

Актуальность. Больные с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ составляют около 50% хирургических больных, обращающихся в челюстно-лицевые

стационары. При этом все больше внимания специалистов уделяется поиску возможных альтернатив стандартной антибиотикотерапии при воспалительных заболеваниях в связи с все чаще наблюдающимися в последние годы случаями неэффективности данных лекарственных препаратов (резистентность микроорганизмов к применяющимся антибиотикам, органотоксическое действие, непереносимость препаратов, изменение реактивности организма пациента).

Цель исследования. Выявить возможные преимущества метода изолированного ультрафиолетового облучения крови в комплексной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Всего под наблюдением в стационаре находилось 18 пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области в возрасте от 25 до 48 лет. Все больные были разделены на две группы по 9 человек в каждой: основную с использованием УФО крови и контрольную. Всем пациентам провели вскрытие гнойного очага и установили трубчатые дренажи, была назначена антибактериальная терапия: цефазолин 1,0 в/м 2 раза в день. В основной группе дополнительно проводили интравасальную фотомодификацию (ИФМ) крови аппаратом ОВК-3 с длинноволновым излучением более 280 нм семь процедур по 30 мин каждая. Сравнивались общие показатели крови до операции и после.

Результаты и обсуждение. Пациенты основной группы с использованием в комплексном лечении внутри сосудистого ультрафиолетового облучения крови аппаратом ОВК-3 в течение первых трех суток отмечали значительное улучшение общего состояния. Клинически наблюдалось уменьшение перифокального отека, качественно изменялось количество и характер отделяемого из раны, нормализовалась температура тела и реологические показатели крови.

Заключение. Применение УФО аутокрови на фоне стандартной терапии является доступным и эффективным методом лечения больных с гнойными заболеваниями, позволяющим снизить побочные эффекты антибактериальной терапии, снизить риск осложнений и сократить сроки лечения больных в челюстно-лицевых отделениях.

Ключевые слова: фотоаутогемотерапия, ультрафиолетовое облучение

Список литературы

1. Осипян Э.М., Гандьян К.С. Эффективность комплексного лечения больных с остеомиелитом нижней челюсти одонтогенного или травматического генеза (клинико-экспериментальное исследование) // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2008. Т. 12. № 4. С. 43-46.
2. Гандьян 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
3. Осипян Э.М., Иванюта И.В., Гандьян К.С., Василенко И.А., Мальченко Н.В., Унанова И.А. Компьютерная морфометрия нейтрофилов в диагностике гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами нижней челюсти // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2006. Т. 2. № 2. С. 49-52.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АРТИКАИНА ИНИБСА 1:100000 И УЛЬРАКАИНА D-S. FORTAE

Исфандиев М.Ю., Бабучиева М.М., Кражан С.Н.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь, Россия, as_diana09@mail.ru

Актуальность. Одним из наиболее эффективных и безопасных современных анестетиков считается артикаин, обладающий высокой диффузной способностью и быстрым действием. Содержание в ампуле вазоконстриктора значительно увеличивает длительность анестезии.

Согласно литературным данным лучшим коммерческим вариантом является ультракаин фирмы НОЕСНСТ, практически не содержит балластных веществ. Вместе с тем практикующие врачи утверждают, что артикаин инибса имеет больше побочных действий общего характера.

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности и безопасности применения ультракаина D-S. fortae и артикаина инибса при удалении зубов.

Материалы и методы. Работа проведена на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ. В исследование были включены 40 пациентов обоего пола (16 муж и 24 жен), возрасте от 20 до 40 лет, без противопоказаний к применению вазоконстриктора. В основную группу были включены 20 пациентов (9 муж и 11жен), которым проводилась анестезия артикаином инибса. В контрольную группу были включены 20 пациентов (7 муж и 16 жен) которым анестезия проводилась ультракаином D-S fortae. Критериями исследования являлись эффективность обезболивания и развитие осложнений общего характера.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что ни один пациент основной и контрольной группы не испытывал болевых ощущений при удалении зубов. Трое пациентов основной группы испытывали ощущение легкой дрожи во всем теле. В контрольной группе после проведения анестезии ощущение дрожи отмечалось у 12 пациентов. В 8 случаях больные отмечали выраженное сердцебиение, холодный пот. Пятеро пациентов испытывали чувство жара и тошноты, которые купировались после придания телу горизонтального положения.

Заключение. Результаты исследования позволили сделать выводы, что артикаин инибса обладает более мягким клиническим действием, чем ультракаин D-S. fortae, который вызывает вегетативную реакцию, обусловленную высокоочищенным вазоконстриктором.

Ключевые слова: артикаин, анестезия, ультракаин, вазоконстриктор.

Список литературы

1. Кражан С.Н., Гандылян К.С., Волков Е.В., Шарипов Е.М., Н.Н. Письменова. Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии: учебное пособие / Ставрополь: Издательство СтГМУ. 2014. 204 с.
2. Новое в теории и практике стоматологии. Сборник научных работ (под редакцией д.м.н., профессора Е.А.Брагина; д.м.н., профессора К.Г.Каракова)-Ставрополь. Изд. СтГМА, 2007. С. 252-257.
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.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Лобжанидзе Д.А., Камышан М.А., Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, somerdisha@gmail.com

Актуальность. Одной из важных проблем в челюстно-лицевой хирургии является диагностика и лечение нейростоматологических заболеваний. Данная проблема определена основным клиническим проявлением, которым является болевой синдром, а также неврологическими проявлениями в челюстно-лицевой области. Невралгия тройничного нерва (НТН) является один из самых частых вариантов прозопалгии, которая обусловлена первичным поражением системы тройничного нерва. Заболевание имеет хронический рецидивирующий характер, которое протекает с периодами ремиссий и обострений. НТН характеризуется внезапной, интенсивной приступообразной, стреляющей болью в зонах иннервации 3, 2, реже 1,

ветвей тройничного нерва. Терапия невралгии тройничного нерва в настоящее время все еще достаточно сложна и малоэффективна. Распространенность тригеминальной невралгии составляет 30-50 больных на 100.000 населения, а заболеваемость, по данным ВОЗ, находится в пределах 2-4 человек на 100.000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет и преобладает у женщин.

Цель исследования. Определить клинику – неврологические особенности проявлений невралгии тройничного нерва.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 30 пациентов с невралгией ветвей тройничного нерва на базе ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя в отделении челюстно-лицевой хирургии. Обследование проводилось челюстно-лицевым хирургом совместно с неврологом. Клинико-неврологический осмотр проводился по общепринятой схеме, где основной упор был сделан на оценку функционального состояния черепной иннервации и особенно состояния тройничного нерва.

Результаты и обсуждение. Отмечено, что большое количество случаев возникновения НТН является следствием компрессии тригеминального корешка в зоне его входа в ствол мозга. Другими факторами возникновения НТН являются последствия стоматологических вмешательств, хронические инфекции в области лица, переохлаждение лица, аневризма, опухоли головного мозга, вследствие нарушения кровообращения в сосудах мозга.

Проведенное клинико-неврологическое обследование больных с НТН дало возможность выявить, что основной жалобой пациентов являлась во всех 30 случаях боль в области лица. Около 80 % пациентов с НТН отмечали, что боль носила внезапный, интенсивный и приступообразный характер, а 20 % – не могли четко ее охарактеризовать и описывать, как дергающую и пронизывающую. Локализация боли была строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5% случаев 1 ветвь). Обязательным было и наличие триггерных точек или зон, слабое раздражение которых вызывало у пациентов типичный пароксизм. Чаще триггерные зоны располагались на альвеолярном отростке в орофациальной области, при поражении первой ветви – у медиального угла глаза.

Причем провоцирующими факторами являлись прикосновение к лицу, умывание, разговор, прием пищи, чистка зубов, бритье, дуновение ветра. Характерной чертой для всех больных НТН являлось предупреждение приступа посредством замирания в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Во время болевого приступа больные отвечали на наши вопросы односложно, едва приоткрывая рот. У всех обследованных больных не определялось чувствительных нарушений в области лица. Все 30 пациентов как при обострении, так и в период ремиссии использовали для жевания «здоровую» сторону рта. А в мышцах гомолатеральной стороны лица со временем начинали преобладать дегенеративные процессы с последующим развитием типичных мышечных уплотнений. Также пациенты отмечали нарушение сна, связанное с болевым феноменом при НТН. Диссомнические нарушения имели место у 92% больных, что дополнительно приводило к неустойчивости в эмоциональной сфере. В большинстве случаев больные отмечали необъяснимую повышенную утомляемость при умственно-физических нагрузках.

Заключение

Клинико-неврологическое обследование больных позволило определить основные клинические особенности проявления НТН: