

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:

1. Наличие внезапной, приступообразной боли, высокой интенсивности, усиливающейся при воздействии на триггерные зоны.

2. Локализация боли строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва.

3. Отсутствие чувствительных нарушений в области лица.

4. Степень эмоционально-личностных нарушений у пациентов с НТН имеют прямую зависимость от выраженности болевого синдрома.

Ключевые слова: невралгия, тройничный нерв, триггерная зона.

Список литературы

1. Гандылян К.С., Пузин М.Н. Клинические критерии диагностики хронических непароксизмальных прозопалгий // Клиническая неврология. 2010. № 3. С. 16.

2. Гандылян К.С., Пузин М.Н. Современные подходы к диагностике и лечению хронических непароксизмальных прозопалгий // Российский стоматологический журнал. 2009. № 3. С. 26.

3. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопалгии: клиника, диагностика, лечение // Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства". Москва, 2011

4. Карпов С.М., Ивенский В.Н., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Психосоматическое состояние больных с невралгией тройничного нерва // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2013. Т. XLV. № 2. С. 13-17.

5. Саркисов А.Я. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у больных с невралгией тройничного нерва // Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. Ставрополь, 2012.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ**

Маликова К.А., Агаджанян К.Э.,
Габараева Б.А., Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, lina.minaeva.87@mail.ru

Актуальность. Казалось бы, нашему головному мозгу мало что угрожает. Ведь он надежно защищен костями черепа, его также омывает ликвор, который не только обеспечивает мозгу дополнительное питание, но и служит своеобразным амортизатором. Тем не менее, травмы головы приводят к достаточно выраженным расстройствам здоровья. Сочетанная черепно-лицевая (СЧЛТ) травма является одной из наиболее значимых проблем в современном здравоохранении.

В мире черепно-мозговая (ЧМТ) травма как причина смерти населения занимает третье место, уступая лишь сердечной - сосудистой и онкологическим заболеваниям. Черепно-мозговая травма является одной из ведущих причин инвалидизации населения. Частота СЧЛТ у мужчин в два раза превышает такую у женщин с сохранением этой зависимости во всех возрастных группах. Причинами чаще всего являются автомобильная травма и бытовой травматизм.

Цель исследования

Выявить важность ранней современной диагностики черепно-мозговой травмы у пациентов, вследствие перенесенной челюстно-лицевой травмы.

Материалы и методы

Работа основана на анализе 500 архивных историй болезни за 5 лет (с 2010 по 2014 год) пациентов с травмами челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), которые проходили лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя.

Результаты и обсуждение

Сочетанные повреждения головного мозга и челюстно-лицевой области в связи с большой распространенностью бытового и автомобильного травматизма являются серьезной междисциплинарной

медицинской и социально-экономической проблемой. Повреждения мягких тканей лица, зубов и челюстей нередко сочетаются с черепно-мозговой травмой, повреждениями конечностей, позвоночника, внутренних органов. Особенности оказания помощи таким больным, последовательность и объем лечебных мероприятий зависят от общего состояния пострадавшего, а также от степени повреждения того или иного органа. Наиболее часто травмы лица сочетаются с черепно-мозговой травмой (30 – 98%). Анализ наиболее характерных соотношений челюстно-лицевых и черепно-мозговых повреждений указывает на высокую вероятность развития легкой (сотрясение головного мозга) или среднетяжелой (геморрагический ушиб головного мозга) черепно-мозговой травмы в случае переломов верхней челюсти и множественных травм. Высокая вероятность (23%) тяжелой ЧМТ у больных с множественными повреждениями лицевого скелета предполагает необходимость более широкое использование инструментальных методов диагностики для целенаправленного исключения субарахноидального кровоизлияния, ликвореи, пневмоцефалии, повреждения черепных нервов, а также возможных осложнений этих состояний.

За последнее десятилетие повреждение костей лицевого скелета увеличилось почти в 2 раза, что необходимо учесть при организации стационарного, а также амбулаторного лечения. Эти данные могут стать основой для планирования стоматологического лечения, а также исходными данными для определения количества больничного фонда, расчётах нужного числа материалов, приборов для лечения больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области. В обследовании и лечении данной категории больных принимают участие специалисты разного профиля – челюстно – лицевые хирурги, неврологи, нейрохирурги, стоматологи, оториноларингологи и офтальмологи. В последнее время наблюдается постоянное совершенствование оснащения учреждений здравоохранения и все более широкое использование методов нейровизуализации в нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии и другим смежных специальностях.

Наличие множественных сочетанных повреждений в пределах одной анатомической области обуславливает взаимное отягощение и появление новых проявлений травмы. Тем не менее, до сих пор существуют определенные трудности достоверного распознавания всех компонентов травматического повреждения в связи с отсутствием единой систематизации, общей схемы обследования, а также надежного научно обоснованного алгоритма ведения пострадавших, который позволяет определить ведущий симптомокомплекс, исключить дублирование диагностических процедур и предупредить возможность развития опасных осложнений. Указанные обстоятельства обуславливают дальнейшие поиски путей решения проблемы своевременной и качественной диагностики, лечения и реабилитации травм ЧЛЮ. В последние годы во все сферы медицины активно внедряются компьютерные технологии и телемедицина, призванные не заменить врача-клинициста, а предоставить в его распоряжение максимально широкий выбор инструментов для ранней и полной диагностики травмы, а также решения тех или иных клинических задач.

Тяжесть повреждений челюстно-лицевой области и головного мозга имела слабую корреляцию в случае повреждения одной или двух костей лица, но усиливалась по мере возрастания тяжести травмы ЧЛЮ. Наибольшую сложность в диагностике составляли случаи с легкой ЧМТ, поскольку основные симптомы