

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 смежным специальностям.

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

её часто смазывались картиной повреждения лица. Причем пациенты в остром периоде травмы не могли точно указать причину головной боли, двоения в глазах и т.д. Кроме того, к ошибкам могла привести изначальная склонность к гиподиагностике таких повреждений.

Наиболее сложными в плане диагностики, как со стороны повреждений лица, так и со стороны неврологических повреждений были пациенты в состоянии алкогольного опьянения из-за того, что продуктивный контакт не всегда был возможен, а амнезия, тошнота и рвота, как характерные симптомы ЧМТ могут объясняться алкогольной интоксикацией. Поэтому у таких пациентов очень сложно точно определить наличие или отсутствие ЧМТ, её тяжесть, степень экстренности и объём необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Диагностика тяжелой и средней тяжести ЧМТ в плане их наличия, как правило, не составляла труда. Точный клинический и топиический диагноз выставляется только после всестороннего инструментального обследования.

Заключение

Для обеспечения ранней и точной диагностики СЧЛТ необходим простой алгоритм, позволяющий определить с высокой степенью вероятности необходимость пациента в инструментальном обследовании. Единый и простой алгоритм позволит снизить экономические затраты на проведение обследования пациентов.

Активное и адекватное использование полного спектра возможностей современной диагностической аппаратуры, компьютерной техники и телекоммуникационных технологий даст возможность своевременно и точно диагностировать СЧЛТ, что в свою очередь поможет объективно проводить лечебные мероприятия в двух направлениях. Во - первых, непосредственно проводить лечебные манипуляции по восстановлению целостности костей лицевого скелета, во-вторых, параллельно выполнять терапию возможных осложнений со стороны нервной системы, что непременно сократит сроки реабилитации и снизит инвалидизацию такой категории больных.

Ключевые слова: челюстно-лицевая, черепно-мозговая, травма, головной мозг.

Список литературы

1. Елисеева Е.В., Шарипов Е.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9, № 3. С. 217-220.
2. 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 (145). С. 61-65.
3. Karpov S.M., Gandylyan K., Eliseeva E., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Golovkova O., Ivinsky V. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms // European science review. 2015. № 3-4. С. 25-28
4. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисеева Е.В. / Нейрофизиологическое состояние цнс в остром периоде сочетанной черепно-лицевой травмы // Фундаментальные исследования. 2014. № 4-1. С. 81-85.
5. Хирургическая стоматология: учебник / Афанасьев В. В. и др.; под общ.ред. В.В. Афанасьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 704-708.

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

Матюта М.А., Трегубов А.Н., Саркисов А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, magnum26m@yandex.ru

Актуальность. В настоящее время дентальная имплантация становится все более востребованным направлением в современной стоматологии. Это связано, прежде всего, с глубоким изучением процессов, происходящих при операции имплантации. Полное

изучение всех особенностей данного направления позволяет влиять на ту или иную стадию. Также полное изучение данной темы позволяет проводить подобные операции при различных системных заболеваниях, например, таких как сахарный диабет. До недавнего времени сахарный диабет являлся для пациентов ужасным заболеванием, диагноз которого звучал как приговор. Но благодаря быстрому развитию медицины и прикладных наук, стало возможным влияние на течение этого заболевания и расширение возможностей лечения пациента не только в связи с основным диагнозом, но и устранение других нарушений в организме. Примером таких нарушений может служить частичная вторичная адентия. Тем не менее, операции дентальной имплантации у пациентов, больных сахарным диабетом, имеют свои особенности.

При сахарном диабете II типа происходит два основных процесса, затрудняющих течение остеоинтеграции при дентальной имплантации. Это нарушение всасывания кальция и активация остеокластов, резорбирующих костную ткань при гипергликемии. Благодаря приему препаратов, регулирующих содержание уровня сахара в крови, стало возможным нивелировать данные патологические изменения.

Целью исследования является изучение возможности дентальной имплантации при сахарном диабете II типа, регулируемом приемом препаратов.

Материалы и методы. Исследования проводились на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ. Пациенты, нуждающиеся в дентальной имплантации, были разделены на две группы по десять человек. В первую группу входили пациенты, страдающие сахарным диабетом II типа менее десяти лет и удерживающие уровень сахара до 10 ммоль/л. Во вторую группу были включены пациенты, страдающие данным заболеванием более десяти лет, с нестабильным содержанием сахара в крови. Было осуществлено наблюдение за этими двумя группами. Данные о содержании сахара в крови предоставлялись в течение каждых двух недель на период дентальной имплантации.

Результаты и обсуждение. У пациентов с управляемым уровнем сахара в крови процессы остеоинтеграции и заживления происходили быстрее, чем у пациентов с нестабильным уровнем. Была проведена постановка шестнадцати-семнадцати имплантатов в каждой из исследуемых групп. У первой группы имеющей стабильные показатели содержания сахара в крови на уровне до 10 ммоль/л, отсутствовали какие либо осложнения. У двух пациентов второй группы произошло отторжение трех имплантатов из шестнадцати установленных.

Заключение. Таким образом, являясь относительным противопоказанием для дентальной имплантации, сахарный диабет II типа не становится причиной отказа для такого вида замещения дефекта в ротовой полости. Данное исследование показало, что благодаря стабилизации уровня сахара в крови на уровне ниже 10 ммоль/л происходит успешная остеоинтеграция имплантата и отсутствуют какие-либо осложнения. Однако, вследствие замедления репаративных процессов на фоне повышенного уровня сахара в крови ортопедический этап замещения дефекта был отсрочен на срок, в среднем равный одному месяцу. На основании данного исследования можно утверждать, что даже при таком тяжелом заболевании как сахарный диабет II типа, не исключается дентальная имплантация, как метод реабилитации стоматологического больного.

Ключевые слова: дентальная имплантация, диабет, сахар крови, остеоинтеграция.