

Эффективность карбамазепина на ранних этапах заболевания послужила поводом для дискуссии о том, является ли невралгия тройничного нерва (НТН) заболеванием центральной или периферической нервной системы. После обнаружения W. Dandy нейроваскулярного конфликта у больных НТН, после подтвержденного P. Jannetta большим количеством успешных операций микровазкулярной декомпрессии корешка тройничного нерва (КТН), избавляющей пациентов от страдания, основным механизмом в патогенезе заболевания стали рассматривать периферический.

Постоянное давление и ритмичные удары артериальных петель в месте конфликта формируют эктопический очаг возбуждения.

Экспериментально доказано, что эктопические импульсы могут исходить из демиелинизированных волокон. Пульсирующая компрессия демиелинизированных аксонов А-волокон в области конфликта КТН с сосудом становится источником периферического очага возбуждения. Интенсивность болевого пароксизма зависит от синхронизации возбуждения большого количества нейронов ганглия. Взаимодействуют два процесса – эфapticкое возбуждение и распространение импульса с аксонов А – волокон на С – волокна. В связи с этим незначительная болевая стимуляция триггерной зоны вызывает взрыв импульсации продолжительностью в несколько секунд.

Заключение. Таким образом лечение возможно как консервативное так и хирургическое. Основным методом который позволяет полностью избавиться от НТН и не принимать в дальнейшем противосудорожные препараты, является хирургическое лечение. Вариантами хирургического лечения являются прежде всего деструктивная операция на корешке тройничного нерва, так называемая селективная ризотомия, и второй вариант это микровазкулярная декомпрессия (МВД).

Ключевые слова: тригеминальная невралгия, карбамазепин, тройничный узел.

Список литературы

1. Пузин М.Н. Нервные болезни. 2013.
2. 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.
3. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Карпов А.С., Ивенский В.Н. Качество жизни при невралгии ветвей тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2012. № 12-1. С. 62-65.
4. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 298-302.
5. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопагии: клиника, диагностика, лечение: Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства". Москва, 2011.
6. Гандылян К.С. Современные представления о этиопатогенезе и методах лечения патологии системы тройничного нерва (обзор литературы) // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 4-2. С. 314-317.
7. Ярошкевич А.В., Гандылян К.С. Краткий толковый словарь медицинских терминов, используемых в стоматологии и челюстно – лицевой хирургии.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Назаренко Н.Н., Чернышова С.Г., Саркисов А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, nikniknaz27@gmail.com

Актуальность. Общий рост травматизма за последние годы сопровождается также возникновением осложнений в виде неврологических патологий. В связи с этим, вопросом изучения клиники, диагности-

ки и лечения подобных проблем в челюстно-лицевой области уделяется большое внимание как отечественным, так и зарубежным исследователям и клиницистам.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения переломов при наличии повреждения нижнего альвеолярного нерва.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 2 группы пациентов с переломами нижней челюсти, осложненными повреждениями нижнего альвеолярного нерва. У первой группы применялись только стандартные методы лечения в виде шинирования, УВЧ и электрофореза. У второй группы помимо стандартных методов применялись: местная дарсонвализация поочередно с электрофорезом кальция через полумаску Бергонье и в виде воротника в сочетании с инъекциями АТФ, витаминов В1,В6,В12 и Е и последующим приемом внутрь препаратов поливитаминов и глютаминовой кислоты. Также применялся электростимулятор – анальгезатор для стимуляции нервного волокна в зоне повреждения и дистальнее её.

Результаты и обсуждения. После применения дополнительных методов в совокупности с основными у второй группы, скорость репаративных процессов в нервной ткани увеличилась, а качество лечения осложнений значительно улучшилось, что наглядно показывает целесообразность их применения в практической стоматологии.

Заключение. Помимо применения стандартного плана лечения стоит уделять внимание выбору различных дополнительных методов лечения неврологических осложнений и их сопоставления друг с другом для повышения эффективности.

Ключевые слова: особенности, повреждение нижнего альвеолярного нерва, травматизм.

Список литературы

1. Пузин М.Н. Нервные болезни. М., 2013. С. 133.
2. Васильев А.В., Девдариани Д.Ш. Профилактика травматического паротита при переломах ветви нижней челюсти. // Материалы 3-ей международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб. 1998. С. 21.
3. Козлов В.А., Васильев А.В., Трошкова Г.Б., Камалов Р.К. Оценка функционального состояния нервно-мышечного аппарата жевательной группы мышц при высоких переломах ветви нижней челюсти. // Клиническая имплантология и стоматология. 2001. №4-5. С. 98-101.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА

Чурикова В.Ю., Оганесова И.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, vika.churikova.93@mail.ru

Актуальность. В настоящее время известным является тот факт, что фурункулы занимают одно из ведущих мест среди острых неodontогенных воспалительных заболеваний ЧЛО (около – 16%). В более чем 80% случаев встречаются фурункулы, в остальных случаях – карбункулы лица. Фурункул – это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка и сальной железы, сопровождающееся частичным центральным некрозом волосяного фолликула и окружающей клетчатки. Возбудителями заболевания является золотистый, реже белый стафилококк. К предрасполагающим факторам в возникновении фурункулов лица относят загрязнение кожи, неблагоприятные метеорологические условия (повышенная влажность), охлаждение или перегревание организма, нарушения нервной, эндокринной системы, авитаминоз, интоксикация.

Цель исследования. Изучить методы лечения фурункулов и выявить наиболее эффективный.

Материалы и методы. Нами были обследовано 24 пациента, находившихся на лечении в отделение

челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК ГKB СМП г.Ставрополя. Из них количество мужчин и женщин было почти равным- 11(46,8%) и 14(53,2%) соответственно. Было проведено разделение пациентов на две группы. В каждой из групп было одинаковое количество мужчин и женщин. В группе №1 проводилось лечение методом вакуум - аспирации, а группе №2 проводилось лечение с помощью методики накладывания повязок с гипертоническим раствором.

Результаты и обсуждение. Фурункул лица может осложниться образованием карбункула, при котором одновременно поражается несколько волосяных: фолликулов. При лечении фурункулов используются самые различные методики: от малоинвазивных до хирургических. К первым можно отнести методику накладывания повязок с гипертоническим раствором, к последним хирургическое лечение. Так же существует методика, подходящая для использования как «обычных» и «абсцедирующих» фурункулов - вакуум аспирация. Для этого необходим многоразовый стеклянный шприц, который разбирается, напр. «Chirana». Канюлю шприца выкручивают, а поршень со штоком вставляют с противоположного конца. После обработки кожи, один конец шприца накладывают на фурункул. Потягивая за конец штока, создают вакуум в цилиндре шприца, что способствует отхождению гнойно- некротического стержня и аспирации гноя, если имеется абсцесс.

Методика накладывания повязок с гипертоническим раствором осуществляется таким образом: кожа вокруг фурункула обрабатывается 70% спиртом, 3% раствором перекиси водорода от периферии к центру для предотвращения дессименации процесса. Пинцетом удаляется гнойная корочка с поверхности фурункула. Накладывают стерильный марлевый шарик, который фиксируют лейкопластырем. Шарик обильно смачивают 10% раствором NaCl, который пациент может «подливать» каждые 4 – 5 часов. В результате влажной среды и разности осмотического давления гнойно-некротический стержень «вытягивается» в повязку, для чего необходимо 2 – 3-е суток.

Хочется отметить, что при фурункулах протекающих с выраженными явлениями интоксикации и повышенной температурой тела, обязательно проводят активную антибактериальную, десенсибилизирующую, детоксикационную терапию.

Заключение. В целом, оба метода показали хорошие результаты: гарантированное выздоровление и отсутствие осложнений течения гнойного процесса. Но лечение с помощью метода накладывания повязок с гипертоническим раствором требует более длительного времени, в отличие от второй методики вакуум – аспирации.

Таким образом, фурункулы лица остаются актуальной проблемой медицины, их появления не связано с социальным положением, полом, при этом они чаще поражают лиц молодого возраста. Выявлены сопутствующие заболевания, способствующие развитию фурункулов челюстно-лицевой области в каждой возрастной группе иотягощающие их течение. Необходимо проводить профилактику развития фурункулов среди населения с фоновыми заболеваниями, которая заключается в предотвращение гнойничковых заболеваний кожи, санации хронических очагов инфекции, недопущение попыток выдавливания гнойничков на лице.

Ключевые слова: фурункул, вакуум – аспирация, гипертонический раствор, гнойно-некротический стержень, абсцесс, шприц, осмотическое давление.

Список литературы

1. Дяченко Ю.В. Микробиологические аспекты патогенеза и лечения стафилококковой инфекции в стоматологии: Автореф. дис. канд. мед. наук. Киев, 1982. 36 с.

2. Романенко И.С., Конев С.С., Гандылян К.С., Караков К.Г., Карпова Е.Н., Апагуни А.Э. Клинико-функциональная характеристика пациентов с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 347.

3. Караков К.Г., Гандылян К.С., Карпов С.М., Кошель И.В., Елисеева Е.В. Тактика стоматолога при вторичных иммунодефицитах. Ереван, 2015.

4. Конев С.С., Гандылян К.С., Караков К.Г., Христофорандо Д.Ю., Елисеева Е.В. Клинические варианты формирования одонтогенных флегмон // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6; URL: <http://www.science-education.ru/130-23437>

5. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1964.-169с.

6. Робустова Т.Г. Абсцессы и флегмоны лица и шеи: Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. -М.: Медицина, 2000. Т.1. - Гл.9. - С.245-280.

7. Лечение фурункулов и карбункулов лица у больных сахарным диабетом / А. В. Лепилин, В. А. Булкин, П. Ф. Шашков, Т. С. Галкина // Сахарный диабет: сб. науч. тр. Саратов. гос. мед. ин-т. Саратов, 1990. С. 120-124.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ

Шамсадова С.А., Хубаев Т.С.-., Саркисов А.Я.

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

Актуальность. Рано или поздно каждый стоматолог имплантолог сталкивается с развитием различного вида осложнений после проведенной операции имплантации. Стоит обратить внимания на то, какие осложнения возникают чаще для последующей профилактики их возникновения.

Цель исследования. Выявить виды наиболее часто возникающих осложнений после операции имплантации.

Материалы и методы. В исследовании использовались истории болезни 100 пациентов с постимплантационными осложнениями. По виду осложнений они разделились на 5 группы. 1 группа самая многочисленная-38% пациентов с мукозитами, 2 группа пациентов с переимплантатами-33%, 3 группа пациентов с прободением гайморовой пазухи-18%, 4 группа пациентов с переломом нижней челюсти-1%, 5 группа пациентов с повреждением нижнелуночного нерва-10%.

Результат и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что наиболее часто возникающими осложнениями после операции имплантации являются такие осложнения, как мукозит(38%) и переимплантит(33%).

Заключение. Послеоперационные осложнения отрицательно влияют на результат имплантологического лечения. Профилактика осложнений является приоритетной задачей хирурга. Тщательное клиническое и рентгенологическое исследование, правильное планирование лечения и использование оптимальных методов и материалов позволяют снизить риск развития указанных осложнений.

Ключевые слова: осложнение, переимплантит, мукозит, прободение гайморовой пазухи, перелом нижней челюсти.

Список литературы

1. Сирак С.В., Слетов А.А., Гандылян К.С., Дагуева М.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. 21. № 1. С. 51-54.

2. Сирак С.В., Слетов А.А., Гандылян К.С., Дагуева М.В. Способ непосредственной дентальной имплантации у пациентов с включенными дефектами зубных рядов патент на изобретение RUS 2447859 15.12.2010

3. Сирак С.В., Нечаева Н.К., Слетов А.А., Гандылян К.С. Дентальный имплантат с возможностью внутрикостного введения лекарственных средств патент на полезную модель RUS 117289 17.01.2011