

Цель исследования. Определение эффективности применения общей анестезии в комбинации с местной инфильтрационной анестезией (МИА) при оперативных вмешательствах у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области (ВПЧЛО).

Материалы. За период с 2007-20011 гг. в клинике кафедры стоматологии прооперировано 28 детей с ВПЧЛО. Возраст больных был от 3 месяцев до 18 лет (от 3 месяцев до 3 лет - 40,4 %, от 3 до 6 лет – 30, 76 %, от 6 до 18 лет 28,83 %).

Методы: У детей с ВПЧЛО часто патология была сочетанной и наряду с патологией челюстно-лицевой области у больных имели место врожденные пороки развития сердца, хронические заболевания верхних дыхательных путей, аномалии развития легких, эндокринными заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, синдромом Pierre-Robin и Klippel-Fiel, с различной степенью нарушения психического развития. В таких случаях очень важно слаженное взаимодействие хирурга и детского анестезиолога в предоперационной подготовке. Анестезиологическое обеспечение операций у детей с ВПЧЛО должно проводиться детским анестезиологом, имеющим опыт работы и знания особенностей челюстно-лицевой хирургии.

Детям с ВПЧЛО до 3-х лет обязательно обследовали вилочковую железу.

Дети были разделены на 2 группы. Первой группе детей(14 человек) проводилась общая анестезия с МИА. Второй группе детей(14 человек) - общая анестезия без МИА.

Всем детям проводилась общая анестезия с использованием назотрахеальной интубации и тампонадой ротоглотки. Челюстно-лицевые хирурги в ходе операции использовали местные анестетики: ультракаин, ксилонест в возрастных дозировках с учётом роста - весовых показателей.

После премедикации дети доставлялись в операционную в состоянии наркотического сна, что уменьшало стрессовый фактор смены обстановки и обеспечения венозного доступа.

Релаксацию проводили антидеполяризующими миорелаксантами средней продолжительности действия – рокурония бромид (эсмерон), векурония бромид (норкурон). ИВЛ обеспечивалась аппаратом «Бриз» с использованием бактериальных фильтров. Тщательная тампонада исключила аспирацию крови и слизи. Использовались назотрахеальные трубки фирмы "Rusch" и "Portex" с манжетами низкого давления. Использование анатомических назофарингеальных трубок полностью исключают нарушения вентиляции, связанные с перегибами интубационной трубки.

Результаты эффективности использования местных анестетиков оценивали клинически и лабораторно (определение гематокрита, гемоглобина, количества эритроцитов, времени свёртывания).

Результаты. В 1 группе было отмечено уменьшение использования интраоперационно наркотических анальгетиков на 30 %, лабораторно подтвержденная кровопотеря во время операции была меньше и не требовала дополнительной коррекции, раньше отмечалось восстановление адекватного спонтанного дыхания и не требовало перевода детей в палату ОАИТ, в отличие от 2 группы.

Таким образом, в результате наблюдений, мы определили целесообразность использования комбинированного обезболивания. Использование МИА позволило уменьшить операционную кровопотерю и дозу использованных наркотических анальгетиков и в целом благоприятно отразилось на общем состоянии пациентов в послеоперационном периоде.



УДК 616.314.17-008.1-053+616.716.4-001.5

Л. А. Анісімова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ФПО

ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЄМОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Проблема лікування хворих з переломами кісток лицевого скелета є найактуальнішою у клініці щелепно-лицьової хірургії. Значний науковий і практичний досвід впровадження нових методів репозиції та фіксації кісткових фрагментів, методик оптимізації процесів репаративного остеогенезу, різноманітних фізіотерапевтичних засобів не дозволяють уникнути ускладнень, рівень яких, за даними різних авторів, сягає 8-40 %.

Найбільш часто серед постраждалих ми зустрічаємо чоловіків працездатного віку. Україні захворювання пародонту діагностують у 50-80 % молодих і у 100 % населення після 40 років.

Безумовно, така ситуація пов'язана із низкою причин: падіння життєвого рівня, зниження культурного рівня та загально соматичного здоров'я населення, несприятливі екологічні умови, зростання стресових впливів, нерациональна антибактеріальна терапія із використанням антибіотиків. Тому закономірно виникнення питань

ня: як часто ми у хворих із переломом нижньої щелепи (ПНЩ) у межах зубного ряду захворювання тканин пародонта.

Мета дослідження. вивчити частоту зустрічаємості захворювань тканин пародонта у хворих із ПНЩ промислового регіону, що проходили стаціонарне лікування.

Об’єкти і методи дослідження. Епідеміологічне обстеження було проведене серед 717 хворих.

У всіх хворих визначали захворювання тканин пародонту за індексом РМА із додатковим використанням проби Шиллера-Пісарєва і СРІТН. Для характеристики гігієнічного стану порожнини рота використовували індекси Silness-Loe і Stallard.

Обговорення результатів. Захворювання тканин пародонта були виявлені у 466 (65 %) хворих із ПНЩ. Гінгівіт виявлений у 9,5 % -у 44 хворих. Локалізований пародонтит зустрічався у 18 хворих (4 %). Переважно зустрічався генералізований пародонтит у 404 хворих (51,75 %).

До стоматологічних закладів із метою лікування тканин пародонта зверталось лише 15 хворих.

У хворих віком 18-20 років індекс гігієни: Silness-Loe становив $0,34 \pm 0,02$, Stallard - $0,32 \pm 0,04$ бали. У хворих із ПНЩ у межах зубного ряду у віці 21-30 років і 31-40 років показники індексів гігієни були підвищені. У хворих у віці 21-30 років індекси гігієни становили: Silness-Loe - $1,05 \pm 0,04$ бали, Stallard - $1,42 \pm 0,02$ бали, у хворих у віці 31-40 років - Silness-Loe - $1,41 \pm 0,04$ бали, Stallard - $1,67 \pm 0,03$ бали. У хворих у віці 31-40 років, індекс гігієни: Silness-Loe становив $1,82 \pm 0,02$, Stallard - $2,26 \pm 0,04$ бали, при цьому переважав "незадовільний" (65,0 %) и "поганий" (18,4 %) рівень гігієни і зовсім не було хворих із "добрим" рівнем.

Таким чином, ми спостерігали поступове зниження кількості хворих із "задовільним" (41,6 % и 66,7 % відповідно) і "добрим" рівнем гігієни (1,7 % и 3,30% відповідно), і підвищенням "незадовільного" (на 13,3 % и 35,0 % відповідно) рівня, "поганий" рівень гігієни у 31-40 років, що підвищився на 13,4 %, а у віці 30-40 років. У віці 41-50 років ми не виявили ні одного хворого з добрим рівнем гігієни порожнини рота. На перевагу тому, у віці 18-20 років ми не виявили хворих із поганим рівнем гігієни порожнини рота.

У віці 31-40 років відмічається незначне зменшення кількості хворих із симптомами запалення до 3,4 %, (індекс РМА - $9,74 \pm 2,7\%$, проба Шиллера-Пісарєва - $1,41 \pm 0,02$ бала) і кровоточивість до 28,3 % (індекс кровотечі - $0,32 \pm 0,02$ бали). Відмічається зростання кількості хворих із ПНЩ із зубним камінням до 46,7 %.

Виходячи із наведених даних поширеність захворювань серед хворих із ПНЩ у межах зубного ряду у хворих промислового регіону, що проходили стаціонарне лікування значна і становить 65% від загальної кількості хворих із ПНЩ. Комплекс лікування хворих із ПНЩ на тлі захворювань тканин пародонта потребує залучення медичних засобів, що мають комплексну дію на пародонтит і на перелом.



УДК 616-089.843+616716.8

Е. С. Буцнева, Г. Г. Бойко, К. А. Семенов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Стоматологическая поликлиника № 2» г. Кривой Рог.

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА

Период заживления лунки удаленного зуба продолжается от 8 до 12 месяцев иногда больше. Этот период можно сократить при проведении имплантации непосредственно после удаления зуба. Это стало возможным для практикующих стоматологов – хирургов с появлением костнозамещающих материалов.

Непосредственная имплантация (сразу же после экстракции зуба) позволяет: установить имплантат и добиться хорошей фиксации за счет кристаллизации биоинертного материала, вводимого в лунку перед имплантацией.

Нами было проведено по одной непосредственной имплантации у 8 пациентов. Для проведения хирургических вмешательств пациенты были обследованы следующим образом: общий анализ крови, сахар крови показатели свертываемости крови, рентгенограмма участка кости в области предполагаемого удаления зуба. Тщательный сбор анамнеза о состоянии здоровья пациента на наличие хронической соматической патологии.

Одним из важных условий для непосредственной имплантации является отсутствие хронических воспалительных процессов в области зубов и тканей пародонта, в зоне оперативного вмешательства, а также достаточный объем костной ткани между дном лунки и дном верхнечелюстной пазухи – до 4 мм, или нижнечелюстным каналом нижней челюсти – до 5 мм.

Основным требованием для проведения непосредственной имплантации являлось атравматичное удаление