

## Тези

УДК 614.253(079.5)-056.22

*Л. И. Авдонина, О. В. Авдонина, Г. Е. Христьян, Л. В. Петрова,  
М. С. Озернова, Е. Б. Нагибина, К. А. Семенов*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
«Полимед-академия», г. Днепропетровск.

### **СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ АНКЕТЫ «ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА»**

Микроскопические специфические очаги поражения в различных органах, в том числе пульпе и периодонте, являются источником туберкулёзной интоксикации всего организма. Установлено, что поражение пульпы и периодонта имеет специфический, туберкулёзный характер у 28% практически здоровых в отношении туберкулёза лёгких лиц. Туберкулез относится к наиболее распространённым СПИД - ассоциированным заболеваниям. Разделение симптомов на патогномичные для туберкулёзной интоксикации и ВИЧ является весьма условным, в связи с тем, что большая часть из них характерна в целом для иммунодефицита.

Общие симптомы туберкулёзной интоксикации выражены как у детей и подростков, так и у взрослых с длительным рецидивирующим течением осложнённого кариеса. На ранних стадиях они характеризуются общим недомоганием, быстрой утомляемостью, усиленной потливостью, длительным субфебрилитетом, повышенной чувствительностью к метеофакторам. В анамнезе пациенты отмечают болезненное прорезывание зубов, сопровождавшееся диареей, судорогами, лихорадочным состоянием.

Примером может служить клиническая ситуация с пациенткой Н., 33 лет, обратившейся в стоматологическую клинику по поводу обострения хронического периодонтита. Внимание лечащего врача привлекли ответы пациентки на вопросы анкеты о состоянии здоровья. В перечень вопросов анкет, заполняемых пациентами, были внесены вопросы, характеризующие туберкулёзную интоксикацию: наличие субфебрильной температуры по вечерам, повышенной потливости, летучих болей в суставах, положительных проб Манту в анамнезе, на которые был дан положительный ответ. Не отмечала пациентка таких симптомов, как наличие длительной диареи, кашля, уменьшение массы тела, повторные ОРВИ, рецидивирующие бронхит, отит, пневмонию. Через неделю у пациентки был диагностирован СПИД и туберкулёз почек.

Указанные симптомы имеют существенное значение не только для диагностики СПИДа и туберкулёза, но и для выбора тактики ведения пациента на стоматологическом приёме. Знание симптомов туберкулёзной интоксикации позволит провести прогнозирование возможных клинических ситуаций: высокую частоту кариеса и его осложнений, быстрый переход кариеса в пульпит и периодонтит, развитие радикулярных гранулём, кистогранулём, кист и др.



УДК 161-089.5-053.2/.6+616.314-089.28/.29

*Л. А. Анисимова, Н. М. Гордиюк, А. В. Федорченко,  
А. А. Дмитриева, И. В. Бурка, А. А. Венту*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Показатель рождаемости детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области (ВПЧЛО) остается высоким и имеет тенденцию к росту.

В Днепропетровской области относительный показатель рождаемости детей с ВПЧЛО составляет - 1,2, что выше, чем в Винницкой (0,96), Киевской (0,89) и в Закарпатской (0,69) областях. Но ниже чем в Сумской (2,21), Черновицкой(1,8), Волынской (1,5) и в Донецкой (1,3) областях. Среднеевропейский показатель рождаемости детей с врожденными аномалиями развития составляет 1:500 – 1:700, на Украине 1:900. Одно из ведущих мест среди врожденных пороков развития занимают расщелины губы и неба. Поэтому разработка более эффективных методов лечения является актуальным.

©Авдонина Л. И., Авдонина О. В., Христьян Г. Е., Петрова Л. В.  
Озернова М. С., Нагибина Е. Б., Семенов К. А., 2012.  
© Анисимова Л. А., Гордиюк Н. М., Федорченко А. В., Дмитриева А. А.,  
Бурка И. В., Венту А. А., 2012.

**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