

Цель настоящего исследования. Изучение распространения анестезирующего раствора в анатомо-топографической области целевого пункта мандибулярной анестезии.

Материалы и методы. Анатомические исследования проводились на базе кафедры анатомии человека Одесского национального медицинского университета. Изучено строение целевых пунктов мандибулярной анестезии на 21 сагитальном распиле головы человека. Анализ вариантов анатомической нормы и распространения инфузионного раствора в соответствующей анатомической области проводился методом препарирования и компьютерной томографии. Компьютерная томография с контрастным веществом «Верографин» проведена на 4 сагитальных распилах головы человека.

Результаты исследования и их обсуждение. Целевой пункт мандибулярной анестезии, которая проводится по общепринятой методике, находится на 0,5 см выше нижнечелюстного отверстия и находится в крыловидно-нижнечелюстном пространстве. Соответственно в этом пространстве создается депо анестетика. Непосредственный интерес для нас представляло то, как распространяется раствор анестетика из своего депо. Чем больше область распространения анестетика, тем меньше будет его концентрация на целевых нервах. Для изучения области распространения анестезирующего раствора при проведении мандибулярной анестезии по общепринятой методике было проведено четыре таких анестезии на сагитальных распилах головы человека. Местный анестетик при этом был заменен на рентгенконтрастный раствор. Спустя три минуты после инъекции проводилась компьютерная томография сагитальных распилов. На всех томограммах отмечалось схожее распределение раствора.

На полученных томограммах видно, что раствор из крыловидно-нижнечелюстного пространства в значительной степени попадает в смежные анатомические пространства, окологлоточное и межкрыловидное. При этом он распространяется на большой площади, начиная от проекции переднего края венечного отростка и до заднего края суставного. При препарировании данных анатомических областей на трупах мы убедились в том, что на такое распределение раствора при мандибулярной анестезии непосредственное влияние оказывает межкрыловидная фасция. В данном случае она препятствует омыванию раствором анестетика целевых нервов.

Выводы. Проведенные исследования позволяют предположить, что наличие определенного количества неудач при выполнении проводниковой анестезии на нижней челюсти может быть обусловлено низкой диффузией анестетика к целевым нервам, за счет распространения его в смежные анатомические пространства.



УДК 616.31-85:621.386.85:62.404.8:628.17

А. О. Бас, к. мед. н., Л.С. Кравченко, к. біол. н., Н.А. Івченко, к. мед. н.

Одеський Національний медичний університет

МІСЦЕВЕ ЗАСТОСУВАННЯ АПІГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Клінічні дослідження проведені в 42 пацієнтів з ураженнями слизової оболонки порожнини рота (СОПР) після променевого лікування новоутворів у ділянці голови і шиї. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи: контрольну і основну. У контрольній групі (20 осіб) проводили загальноприйнятні лікувальні заходи, в основній крім загальноприйнятої терапії призначали місцево на уражені ділянки СОПР аплікації з новоствореного апігелю, який володіє протизапальною, регенеративною діями. Хворих спостерігали через 2 тижні, місяць, 3, 6, 12 місяців після лікування.

У всіх пацієнтів після променевої терапії визначали виразну сухість в ротовій порожнині, гіперемію, набряк, втрату блиску і появу складок на слизовій оболонці щік, губ, на м'якому піднебінні. На язиці гіперемія була на бокових поверхнях. Ерозії, покриті фібрином, локалізувалися на слизовій оболонці та червоній облямівці верхньої губи.

Фіксували симптоми променевої реакції СОПР: гіперемію, набряк, кровоточивість ясен,вогнищевий або зливний епітеліт, ерозивні та виразково-некротичні процеси. У 50-60% пацієнтів після опромінення (20-40 Гр) виявляли явища променевого стоматиту.

В основній групі в процесі лікування суттєво слабшали прояви променевого ускладненя. Кровоточивість ясен, ерозії та виразки СОПР визначали в 2 рази рідше через місяць після лікування, ніж у контрольній групі. При цьому явища некрозу та зливний епітеліт не спостерігалися в жодного пацієнта цієї групи через місяць після початку лікування.

У пацієнтів основної групи після місцевого застосування апігелю спостерігалось тимчасове усунення сухості в роті, купірування відчуття дискомфорту, покращення стану СОПР, визначалися позитивні зрушення якісних характеристик ротової рідини (зменшувалися в'язкість, пінистість), що значно підвищувало якість життя хворих.

У порівнянні з пацієнтами, яким проводили терапію традиційними методами, у хворих при застосуванні апігелю швидко знижувалася частота виявлення набряку, ерозій СОПР, менше визначалося кровоточивість ясен, явищ вогнищового і зливного епітеліту, виразково-некротичних процесів. Спостерігалось зниження ступеня виразності ксеростомії, що сприяло покращенню гігієнічного стану порожнини рота, запобіганню вторинній мікробній колонізації уражених слизових поверхонь. Застосування нового апігелю скорочувало строки відновлення структурно-функціональної цілості СОПР, що сприяло реабілітації хворих.



УДК 616.316-008.8-053.2/.6:577.128

Л. Н. Билищук

Ужгородский национальный университет

МИНЕРАЛИЗУЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ГИПОСАЛИВАЦИЕЙ

Слюна является комплексной биологической жидкостью, осуществляющей минерализацию зубов после их прорезывания и обеспечивающей оптимальный состав при функционировании (Бутвиловский А.В. и соавт., 2011; Eubanks D.L., Woodruff K.A., 2010). Четко установлено, что гипосаливация является одним из фактором риска развития кариеса ([Терешина Т.П. и соавт., 2008; Levine M., 2011). И связано это с нарушением одной из важнейших ее функций, а именно минерализующей.

Цель исследований заключалась в изучении минерализующего потенциала ротовой жидкости у детей со сниженной функциональной активностью слюнных желез.

Материалы и методы исследования. В исследованиях приняли участие 40 детей 12-летнего возраста со скоростью слюноотделения менее 0,5 мл/мин. Были изучены интенсивность кариеса, скорость саливации, кристаллообразование слюны, содержание в ротовой жидкости Са, Р и фтора.

Результаты. У детей были зафиксированы следующие показатели: скорость слюноотделени - $0,34 \pm 0,04$ мл/мин (индивидуальные отклонения 0,15.....0,42 мл/мин), интенсивность кариеса - КПУ $4,8 \pm 0,05$ усл.ед (индивидуальные отклонения 6.....3 усл.ед), минерализующий потенциал ротовой жидкости – по типу кристаллизации слюны $1,7 \pm 0,1$ балла (индивидуальные отклонения 0.....2 балла), содержание кальция $0,29 \pm 0,03$ ммоль/л (индивидуальные отклонения 0,05.....0,45 ммоль/л), а фосфора $3,63 \pm 0,49$ ммоль/л (индивидуальные отклонения 2,5.....4,8 ммоль/л), в связи с чем и коэффициент Са/Р низкий – $0,080 \pm 0,001$ (индивидуальные отклонения 0,03.....0,115), что свидетельствует о превалировании процессов деминерализации над реминерализацией. Также ниже значений нормы была концентрация фтора в ротовой жидкости - $0,24 \pm 0,03$ мг/л (индивидуальные отклонения 0,11.....0,62 мг/л).

Вывод. У детей со сниженным минерализующим потенциалом ротовой жидкости, обусловленным, как гипосаливацией, так и другими внутренними и внешними факторами, для предупреждения деминерализации эмали и профилактики кариеса необходимо проводить активную реминерализующую терапию.

