

3. Хоменко Л.А., Кисельникова Н.И., Смоляр Ю.Б. и соавт, Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев: Книга плюс, 2013. - 859 с.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/#!po=27.3585>
5. https://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИКОСТНОЙ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ЯЦЕНКО И.В., ИВАНИЦКАЯ Е.С., РОЗКОЛУПА А.А.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

У 80 пациентов была проведена операция удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита латеральных и медиальных резцов верхней челюсти. У 40 (50%) из них использовали инфраорбитальную и резцовую анестезии (ТРА). При этом полное обезболивание было отмечено у 99,3% пациентов, у 0,7% анестезия была частичной. У другой группы 40 (50%) пациентов, была выполнена внутрикостная анестезия (ВКА). Полное обезболивание отмечено у всех пациентов.

Внутрикостная анестезия проводится уже очень давно, данная методика возродилась после появления специального набора Stabident, включающего в себя сверло для перфорации компактной кости и соразмерную короткую иглу для инъекции непосредственно в губчатую кость. Однако, нами не найдено в специальной литературе сравнительных данных при использовании ВКА и других видов местной анестезии при удалении зубов. В тоже время получение таких данных представляет вполне закономерный интерес.

Целью исследования было провести сравнительную оценку эффективности ВКА и терминальной анестезии при операции удаления резцов верхней челюсти.

У 80 пациентов в возрасте 20- 30 лет, по соответствующим показаниям, была проведена операция удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита латеральных и медиальных резцов верхней челюсти. Мужчин было 38 (47,2%), женщин – 42 (52,8%). Выбор верхней челюсти связан с ее анатомическими особенностями строения. ТРА выполняли по стандартной методике у 40 (50%) пациентов. ВКА была применена при удалении 40(50%) зубов набором Stabident. Для этих целей использовали точку в губчатой кости, между резцами верхней челюсти, в зависимости от локализации больного зуба. В качестве анестетика использовали раствор убистезина форте 4% с эпинефрином. Объем вводимого анестетика при ТРА составил 1,7 мл, при ВКА – 0,5- 0,7 мл. Эффективность анестезии оценивали стандартным методом как полная, частичная и недостаточная. Достоверность полученных результатов оценивали посредством критерия достоверности t.

При удалении зубов с использованием ТРА полное обезболивание было отмечено у 99,3% пациентов, у 0,7% анестезия была частичной. Следует отметить, что все пациенты отмечали дискомфорт, связанный с онемением верхней губы и слизистой оболочки твердого неба в зоне удаляемых зубов, который проходил по окончании действия анестетика. Анестезия наступала через 5- 7 минут и продолжалась в течение 30-60 минут. При удалении зубов с использованием ВКА полное обезболивание было достигнуто у всех пациентов (100%). При этом анестетик вводился только из одной точки. Дополнительная резцовая анестезия не проводилась. ВКА наступала в течение 20-30 секунд после введения анестетика и продолжалась в течение 30-60 минут. Считаем необходимым отметить тот факт, что во всех случаях ВКА парестезии мягких тканей не наблюдалось.

Таким образом, результаты исследования показали некоторые преимущества ВКА перед ТРА. ВКА анестезии зубов достигается за короткое время, с вестибулярной и небной поверхностями челюсти, при этом не происходит онемения верхней губы и крайне редко бывает неэффективной.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**ЯЦЕНКО П.И., РИБАЛОВ О.В., НОВИКОВ В.М., ИВАНИЦКАЯ Е.С.,
КОРАСТАШОВА М.А.**

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Несмотря на большое количество методов исследования пациентов с патологией ВНЧС (аксиография, окклюзиография, артрофонография, артроскопия, КТ, МРТ и др.) методики рентгенографии не устарели и используются в местностях, где отсутствует дорогостоящая техника.

Целью исследования явилась оценка клинико-рентгенологических характеристик ряда заболеваний ВНЧС, сопровождающихся его функциональными нарушениями.

Объектами исследования явились 52 пациента, обратившихся в ПОКСП с симптомами дисфункции ВНЧС. У 27 из них диагностирована гипермобильность суставных головок нижней челюсти с признаками вправляемого вывиха; у 11 – травма ВНЧС; у 9 – воспалительная контрактура жевательных мышц; у 5 – двусторонний застарелый вывих суставных головок с явлениями мышечного и скуло-мышечного блока.

Методы исследования – клинические, рентгенологические (укладки по Парма, Шюллеру, ортопантомография, прицельная рентгенография ВНЧС с закрытым и открытым ртом).

Результаты исследования. Ведущими симптомами гипермобильности суставных головок явились: неадекватно широкое открывание рта с заметным даже внешне выхождением суставных головок вперед за пределы вершины суставного бугорка; шумовые явления в суставах в виде шелеста, хруста, клацанья. На прицельных рентгенограммах и КТ-исследованиях ВНЧС характерными были явления неполного вывиха.

У пациентов с травматическими повреждениями ВНЧС (у 4 с явлениями гемартроза, у 5 – недиагностированного перелома основания шейки суставной головки) ведущими жалобами были интенсивные боли в области одного из суставов при открывании рта и в покое, ограничение открывания рта. На прицельных рентгенограммах ВНЧС у пациентов с гемартрозом наблюдалось увеличение суставной щели пораженного сустава как при открытом, так и при закрытом рте. У пациентов с переломами шейки суставного отростка имелись характерные локальные нарушения целостности костной ткани.

У пациентов с мышечными контрактурами в анамнезе имела место инъекционная туберальная анестезия. На прицельных рентгенограммах при открытом и закрытом рте суставные головки не меняли своего положения. Электромиография собственно жевательных и височных мышц отметила выраженное падение их биоэлектрической активности как на стороне контрактуры, так и на симметричной.

У пациентов с полным двусторонним передним застарелым вывихом суставных головок основными жалобами были не возможность закрыть рот, затруднения при приёме пищи и разговоре, слюнотечение. На рентгенограммах ВНЧС характерным было чрезмерное выхождение обеих суставных головок далеко вперед за пределы суставного бугорка.