

вибрационный массаж всех групп жевательных мышц, турманиевая керамика на область сустава с болевым симптомом и локальная лечебная физкультура

Среди больных с окклюзионными нарушениями, приведшими к функциональной нестабильности суставной головки ВНЧС, нами изготавливались зубо-наддесневые шины, повышающие прикус на стороне болевого симптома.

Отдаленные наблюдения результатов проведенного патогенетического лечения показали, что почти у 90 % больных был получен стойкий положительный эффект.

Заключение. Приведенный анализ ошибок в диагностике и лечении больных с компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, основанный на многолетнем опыте работы с этой категорией пациентов, подтверждает необходимость проведения детальных комплексных диагностических действий для однозначной трактовки патогенеза типичных и нетипичных болевых симптомов, которые обычно сопровождают все заболевания ВНЧС. Правомочным является признание достаточно распространенных одновременных нарушений в обоих ВНЧС: в одном в виде смещения (дислокации, гипермобильности) суставной головки, в другом - компрессии мениско-капсулярных элементов, что влечет за собой болевой симптом. Правильная интерпретация результатов субъективных и объективных данных, назначение и проведение адекватных патогенезу заболевания лечебных мер приводит к положительному эффекту у большинства больных.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ОТРИЦАТЕЛЬНОГО КОМПЛАЕНСА В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Аветиков Д.С., Локес Е.П., Яценко И.В., Ставицкий С.А., Ищенко В. В.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой современной хирургической стоматологии. В последнее время отмечается увеличение количества таких пациентов, часто отмечается прогрессирующий характер заболевания, что осложняется распространением гнойно-воспалительного процесса на соседние топографо-анатомические области, острой дыхательной недостаточностью, сепсисом.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении острых одонтогенных воспалительных процессов и их осложнений, летальность остается высокой, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики, прогнозировании течения и эффективности лечения.

Очевидно, что увеличение частоты и тяжести течения воспалительных заболеваний приводят к значительному возрастанию временной нетрудоспособности, а иногда и к инвалидизации активной категории населения. Таким образом, данная проблема имеет не только важное медицинское, но и социальное значение.

В медицинской литературе введено понятие комплаенс (англ. compliance – согласие) – добровольное следование пациентом режима, назначенного врачом. Под комплаенсом понимается правильность приема препаратов и лечебных процедур, выполнение врачебных рекомендаций, ограничение вредных привычек.

Целью исследования было определение факторов, формирующих положительный и отрицательный врачебный комплаенс.

Материал и метод исследования. Основываясь на анализе данных историй болезни и анкетировании пациентов челюстно-лицевого отделения Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского выявлены основные причины неудовлетворительных результатов медикаментозного и хирургического лечения больных.

Результаты лечения. В зависимости от выполнения пациентом назначений определяют положительный и отрицательный комплаенс.

Отрицательный врачебный комплаенс приводит к более тяжелому течению, рецидивированному заболеванию, вторичной госпитализации, инвалидизации пациентов, и в определенных случаях к летальным результатам.

Мы приводим основные причины формирования отрицательного комплаенса у пациентом с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации.

Менталитет пациента и некритическое отношение к состоянию своего здоровья. Пациенты часто длительное время занимаются самолечением: используют спиртово-уксусные компрессы и урилотерапию, выдавливают на лице гноиники и герпетические высыпания. Также имеет место нежелание пациентов обращаться к врачу, что приводит к поздней госпитализации пациентов в лечебные учреждения, что увеличивает термин лечения и период реабилитации таких пациентов.

Низкий общекультурный уровень населения, пациенты не сообщают врачу о состоянии своего здоровья, считая, что общесоматические заболевания не имеют отношения к локальным гнойно-воспалительным процессам.

Общедоступность лекарственных средств в аптечной сети, широкое распространение средств рекламы приводит к самостоятельному выбору медикаментозных препаратов, дозировки и терминов лечения без консультации с врачом. Такая лечебная тактика часто приводит к формированию резистентных штаммов микроорганизмов, что еще более осложняет последующее лечение.

Недостаточное знание врачами закономерностей течения, особенностей диагностики и лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области часто приводит к неправильному проведению дифференциальной диагностики, и как следствие – к неадекватному лечению.

Неконтролируемое назначение тепловых процедур пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации, что приводит к распространению гнойно-воспалительных процессов.

Для формирования положительного комплаенса необходимо учитывать следующие факторы. Необходимость объяснять пациентам применение назначенной схемы лечения, выбор препаратов и небольшой кратностью приема, для пациентов, находящихся на стационарном лечении, преимущественное назначение инъекционным формам лекарственных средств. Необходимо учитывать соотношение «цена-качество». Максимально необходимо использовать возможности всего организма при лечении. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии приводят к возникновению тесной связи «врач-пациент», что положительно влияет на результатах лечения.

Следование таким принципам помогает улучшить эффективность лечения пациентов, уменьшить частоту рецидивов заболеваний и их осложнений.

Вывод. Таким образом, формирование положительного комплаенса способствует улучшению эффективности лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, что сопровождается меньшим термином пребывания на стационарном лечении, уменьшению частоты возникновения осложнений и рецидивов заболеваний.

АНАЛИЗ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОХРАНЯЮЩИХ «ПРИЧИННЫЙ» ЗУБ ОПЕРАЦИЯХ.

Шотт Е. В., Походенько-Чудакова И. О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Наличие в организме человека очагов хронической одонтогенной инфекции может обуславливать развитие и в значительной мере отягощать течение большого числа заболеваний. При клинко-иммунологическом исследовании пациентов с хроническим апикальным периодонтитом установлены изменения значений показателей, как общего иммунитета, так и местных его компонентов. Хроническое течение воспаления в тканях периодонта приводит к нарушению баланса клеточных и гуморальных местных иммунологических реакций. Известно, что наличие длительно существующих множественных очагов инфекции в периапикальных тканях приводит к сенсibilизации организма и вторичной иммунной недостаточности.

Проведение операции сохраняющей «причинный» зуб позволяет избежать последующего дорогостоящего, большего по объему и часто весьма длительного лечения. Вместе с тем актуальным остается вопрос профилактики рецидивов инфекционно-воспалительного процесса после проведения сохраняющих зуб вмешательств.