

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ АНЕСТЕТИКІВ В ПРОФІЛАКТИЦІ АЛЬВЕОЛІТІВ

*Джавадіасл А., Рибачук А.В.
НМУ імені О.О. Богомольця*

Актуальність. Операція видалення зуба виконується ще з давніх часів. Гіппократ, Аристотель та інші вчені давнини в своїх трактатах описували способи та потрібний інструментарій для виконання операції видалення зуба. Однак, добре відомо, що після виконання будь-якої операції можуть виникати ускладнення. Часто після операції видалення зуба через ряд причин виникає запалення альвеоли.

Мета. Порівняти вплив застосування анестетиків із вазоконстриктором з анестетиками, які не містять вазоконстриктори під час операції видалення зуба для профілактики виникнення альвеолітів.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 60 пацієнтів, які мали показання до типового видалення зубів. Усі пацієнти були розділені на дві групи по 30 пацієнтів. У першій групі використали анестетик із вазоконстриктором (Убістезін Форте). У другій групі використовували анестетики, які не містять вазоконстриктори (Мепівастезін). Всі операції з видалення зубів проводились у відділенні хірургічної стоматології Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. В історіях хвороби пацієнтів були зафіксовані загальний соматичний стан та супутні захворювання, які б могли впливати на післяопераційні ускладнення (вагітність, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання та ін.). Деяким пацієнтам після операції перорально призначали антибіотики та нестероїдні протизапальні препарати.

Результати. При застосуванні анестетиків, які не містять вазоконстриктори, було виявлено зменшення кількості запальних симптомів або їх повну відсутність в порівнянні із групою, де анестетики містили вазоконстриктори. При використанні анестетиків із вазоконстрикторами, де додатково чи окремо потрібно було проводити інфільтраційну анестезію, було виявлено значно більше запальних ускладнень, таких як альвеоліт тощо.

Висновок. Застосування анестетиків без вазоконстрикторів, при провідниковому та/або інфільтраційному знеболенні, є ефективним та не заважає утворенню згортку крові в альвеолі, що є суттєвим у профілактиці виникнення запальних ускладнень в альвеолі після операції видалення зубів.

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ РЕЦИДИВУЮЧИМ ГЕРПЕТИЧНИМ СТОМАТИТОМ НА ТЛІ РЕКУРЕНТНОГО ТОНЗИЛІТУ

*Горзов Л.Ф., Романов Г.О.
ВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Хронічні запалення верхніх дихальних шляхів – актуальне питання сучасної оториноларингології, що обумовлюється їх розповсюдженістю та розвитком серйозних ускладнень і хронічних захворювань з боку інших органів і систем організму [1]. Піднебінні мигдалики в нормі є одним із чинників, які забезпечують природню резистентність організму за допомогою клітинних і гуморальних систем, утворюють специфічні захисні речовини [7], в них відбувається синтез інтерферону та інших біологічно активних речовин, які беруть участь у багатьох неспецифічних захисних реакціях організму [4]. Хронічний тонзиліт вважають результатом ослаблення захисно-бар'єрних властивостей самих мигдалин, а також дії різних мікробних чинників [2, 5, 9]. Тонзиліти, які викликані стрептококовою флорою, є найпоширеніші і викликають велику кількість ускладнень [6, 8, 10]. Проте хронічний перебіг запалення глоткових мигдалин може бути вірусної етіології: вірус простого герпесу, вірус Епштейна-Барр, цитомегаловірус, аденовіруси і ентеровіруси [3].

Тож питання визначення мікробного пейзажу піднебінних мигдаликів в осіб із хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом на тлі рекурентного тонзиліту є актуальним.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей мікробного пейзажу піднебінних мигдалин у пацієнтів із хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом на тлі хронічного (рекурентного) тонзиліту для розробки профілактичних та лікувальних заходів у цієї категорії хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 90 пацієнтів (вік від 18 до 35 років), розподілені у групи: контрольна група (КГ) практично здорових осіб (n = 25), 2 групи – особи із хронічним герпетичним стоматитом на тлі хронічного (рекурентного) тонзиліту – основна група (ОГ) (n = 30) та група порівняння (ГП) (n = 35). У пацієнтів груп досліджень збирали матеріал піднебінних мигдалин, дослідження були виконані в бактеріологічній лабораторії ТОВ «ГЕРМЕДТЕХ», м. Одеса.

Результати. Акцент щодо мікробного пейзажу глоткових мигдалин робили на пацієнтів ОГ та ГП. У всіх хворих із рекурентним тонзилітом визначалась наявність певної флори, а саме – *Streptococcus unhaemolyticus* у 53,0 %, *Streptococcus viridans* у 48,4 %, *Streptococcus aureus* і

Staphylococcus haemolyticus у 35,2 %, гриби роду *Candida* у 39,8 %. Представники *Staphylococcus epidermidis*, *Enterobacteriaceae*, *Micrococcus*, *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* зустрічались від 7,6 % до 15,9 %.

Тож звертає на себе увагу маніфестація у посівах *Streptococcus unhaemolyticus* та *Streptococcus viridans*, які асоціюють із грибами роду *Candida* у більшості випадків – 83 % обстежених пацієнтів.

Висновки. Отримані результати підтверджують наявність певної флори у хворих із хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом на тлі хронічного (рекурентного) тонзиліту навіть у період ремісії та викликають необхідність подальшого індивідуального підходу у дослідженнях цього напрямку.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ДИСБАЛАНС ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗИВ У ПАЦІЄНТІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ОБЛИЧЧЯ

Гулюк С.А., Шнайдер С.А.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Міофасціальний больовий синдром обличчя характеризується поєднанням симптомів, які можуть включати біль і дисфункцію скроне-нижньощелепного суглобу, патологію оклюзійних контактів, біль і порушення функції жувальної мускулатури, дентоальвеолярні болі, не пов'язані з патологією кісткової тканини і зубів, головний біль, часто нагадує мігрень, біль в окремих ділянках обличчя, діагностуються як тригемінальна невралгія. У ряді випадків розвиток больового синдрому поєднується з низкою парафункціональних порушень, таких як мимовільні відхилення траєкторії руху нижньої щелепи, обмеження відкривання рота, рухові розлади при пережовуванні їжі і мовленні. Скарги на біль варіюють від гострих (пароксизмальних), так і до хронічних, характерних для клінічних проявів одонтогенних інфекцій. Міофасціальний больовий синдром обличчя супроводжується рядом особливих емоційних і психологічних порушень у пацієнтів.

Приблизно 10% населення страждає від больових синдромів обличчя і щелеп. Їх поширеність становить від 0% до 10% для чоловіків і від 2% до 18% для жінок. Поширеність у дітей і підлітків, за різними оцінками, варіюють від 2% до 6%. Стійкі прояви міофасціального больового синдрому в більшості випадків не знаходять клінічного або рентгенологічного підтвердження, що призводить до діагностичних помилок і неадекватних

лікувальних заходів (аж до видалення «причинного» зуба або навіть – ділянки кісткової тканини, на яку вказує пацієнт).

Значну роль як у патогенезі міофасціального больового синдрому обличчя, так і його диференціальної діагностики грає стан жувальної мускулатури.

Мета дослідження: дослідження змін тонусу жувальної мускулатури у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом обличчя на тлі оклюзійних порушень, асоційованих з клінічними ознаками патології скронево-нижньощелепного суглоба.

Методи дослідження. Було обстежено 30 пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом обличчя на тлі оклюзійних порушень (Л.С. Персін, 1989): мезіальний (прогенічний) прикус, дистальний (прогнатичний) прикус, вертикальна дізоклюзія, диспропорція зубних рядів, перехресний прикус, вторинна адентія, неадекватне протезування. В якості клінічних ознак патології скронево-нижньощелепного суглоба виділяли наступні (Costen J.V., 1934): головний біль (лобно-скронево-тім'яної локалізації), біль у вухах, а також біль і відчуття тиску за очима; «хрускіт» або «кляцання» при відкритті та закритті рота; біль при позиханні і широко відкритому роті; спазм жувальної мускулатури; зміщення центральної лінії щелепи;

Поряд з клінічним обстеженням, всім пацієнтам і 15 здоровим людям контрольної групи проводилася поверхнева електроміографія (FreeEMG, BTS S.p.A., Garbagnate Milanese, Italy). Для проведення дослідження електроди накладали в області жувальних і скроневих м'язів одночасно з двох сторін. В ході проведення електроміографічного дослідження пацієнти основної групи додатково поділялися на групу з міофасціальним больовим синдромом на тлі різних видів дізоклюзії (15 осіб) і міофасціальним больовим синдромом і асоціації порушень оклюзії та клінічними проявами дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. При проведенні зазначених досліджень оцінювали значення асиметрії тонусу жувальних м'язів при максимальному самостійному стисненні щелеп (MVC), були розраховані значення стандартизованих індексів SEMG, що характеризують активність жувальних і скроневих м'язів, також розраховували функціональний індекс (ФІ).

Результати дослідження. У результаті аналізу отриманих результатів було встановлено, що при проведенні MVC тесту у пацієнтів з асоційованими проявами дізоклюзії і патології скронево-нижньощелепного суглоба була виявлена виражена асиметрія тонусу скроневих м'язів. В обох групах обстежених хворих були виявлені показники зниження координат між жувальними та скроневиими м'язами при їх максимальному