

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 4
(81) 2020

30

Особенности эндотрахеального наркоза у детей при операциях в челюстно-лицевой области

52

Методы диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

79

Подготовка имплантационного ложа в зависимости от особенностей гистоархитектоники костной ткани

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ

- Ходжиакбарова Ш.Т., Камиллов Х.П.** Изучение местно-раздражающего действия нового отечественного стоматологического препарата в виде геля «Алнидент».....5
- Гаффоров С.А., Жолудев С.Е., Назаров У.К.** Изучение уровня, функционально-структурных состоянии тканей органов полости рта у лиц, занятых на Алмалыкском и Нижнетагильском металлоперерабатывающих производствах.....7

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

- Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И.** Особенности клинического проявления ХРАС в орофарингиальной области при хроническом холецистите.....11
- Расулова М.М., Шербоева М.Х., Садилова И.Я., Охунжонов Х.Х.** Клиническая оценка эффективности применения топической фаготерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.....14

ОРТОДОНТИЯ

- Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М., Абдуганиева Н.А., Раззаков У.М.** Частота встречаемости перекрестного прикуса у детей сменного прикуса и оказание им стоматологической помощи.....16
- Муртазаев С.С., Махкамova К.Д., Тулаганов Б.Б.** Частота тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти в периоде раннего сменного прикуса у детей.....19

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

- Азимов М., Азимов А.М.** Верификация одонтогенного остеомиелита челюстей на основе разработанной в ТГСИ классификации.....22
- Камалова Ф.Р., Эшонкулов Г.Т.** Диагностика и профилактика зубочелюстных аномалий и кариесогенной ситуации у детей, страдающих сахарным диабетом.....27
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Насретдинов З.Т., Эшбадалов Н.Х.** Особенности эндотрахеального наркоза у детей при операциях в челюстно-лицевой области.....30

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Абдукадыров А.А., Мухамедиева Ф.Ш., Абдукадыров Д.А.** Предоперационные ошибки хирургического лечения верхней микрогнатии ..32
- Нуритдинов У.А., Ризаева С.М., Рахманова О.А., Ризаева О.Н.** Планирование и проведение дентальной имплантации при сложных клинических условиях.....36
- Рахматуллаева О.У., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.** Частота и характеристика течения воспалительных процессов ЧЛЮ после экстракции зубов у пациентов с сопутствующей патологии (гепатиты).....38

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY

- Khodjiakbarova Sh.T., Kamilov Kh.P.** Study of the local irritating effect of the new domestic dental gel form medication "Alnident"5

- Gafforov S.A., Zholudev S.E., Nazarov U.K.** Study of the level, functional and structural state of the tissues of the oral cavity in persons employed in the Almalyk.....7

THERAPEUTIC DENTISTRY

- Kibragimova M.Kh., Ubaydullaeva N.I.** Features of clinical manifestations of RAS in oropharyngeal area in the presence of chronic cholecystitis.....11

- Rasulova M.M., Sherbaeva M.H., Sadikova I.Ya., Okhunjonova H.H.** Clinical evaluation of effectiveness of topical phage therapy application in complex treatment of inflammatory periodontal diseases.....14

ORTHODONTICS

- Nigmatov R.N., Akbarov K.S., Nigmatova I.M., Abduganieva N.A., Razzakov U.M.** Frequency of crossbite occurrence in children with mixed dentition and providing them dental care.....16

- Murtazaev S.S., Makhkamova K.D., Tulaganov B.B.** Frequency of close position of the front teeth of the lower jaw in the period of early mixed dentition in children.....19

PEDIATRIC DENTISTRY

- Azimov M., Azimov A.M.** Verification of the jaws odontogenous osteomyelitis based on the classification developed in TSSI.....22

- Kamalova F.R., Eshonkulov G.T.** Diagnostics and prevention of dental anomalies and caries-induced situation in children with diabetes mellitus.....27

- Eshbadalov H. Yu, Makhkamova F.T., Nasretdinov Z.T., Eshbadalov N.H.** Specifics of endotracheal anesthesia in children during maxillofacial area operations.....30

AID FOR PRACTICING DOCTORS

- Abdukadyrov A.A., Mukhamedieva F.Sh., Abdukadyrov D.A.** Preoperative mistakes of surgical treatment of upper micrognathia.....32

- Nuritdinov U.A., Rizaeva S.M., Rakhmanova O.A., Rizaeva O.N.** Planning and implementation of dental implantation in complex clinical conditions..36

- Rakhmatullayeva O.U., Shomurodov K.E., Olimzhonov K.J.** Frequency and characteristics of the maxillofacial inflammatory processes course after tooth extraction in patients with comorbidities (hepatitis).....38

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Насретдинов З.Т., Эшбадалов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одна из важнейших задач анестезиологии – выбор метода обезболивания, не только обеспечивающего адекватную анестезию и нейровегетативную стабилизацию, но и минимизирующего риск развития осложнений. В отделениях детской оперативной стоматологии достаточно много операций, проводимых в челюстно-лицевой области [3].

Эти больные дети часто имеют сопутствующую патологию: пороки развития других органов и систем, в том числе врожденные пороки сердца, гипотрофию, анемию. Эти дети более подвержены респираторным инфекциям, имеют сниженную жизненную емкость легких, прежде всего, уменьшение резервного объема вдоха [1,4].

При оказании анестезиологического пособия пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области, особенно при сопутствующем синдроме Пьера Робена и микрогнатии, часто возникают случаи трудной интубации. При проведении традиционной эндотрахеальной анестезии при операциях в челюстно-лицевой области у детей для экстубации трахеи требуется полное восстановление сознания и кашлевого рефлекса, чтобы ребенок сам мог эвакуировать скопившуюся слюну и кровь, часты случаи послеоперационной тошноты и рвоты. Общее поле деятельности хирурга-стоматолога и анестезиолога создает определенные затруднения для работы каждого из них [2].

Таким образом, выбор метода анестезиологического пособия, обеспечивающего эффективную и безопасную защиту и гладкое течение послеоперационного периода у детей при операциях в челюстно-лицевой области, остается актуальной проблемой стоматологии [5,6].

Цель исследования

Изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей.

Материал и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз.

Результаты

Из общего количества операций (242) по поводу врожденных расщелин неба было проведено 74; врожденных расщелин губ – 96; гемангиом – 21; других доброкачественных опухолей – 32; рубцовых деформаций лица – 19.

Показаниями к проведению эндотрахеального наркоза у детей при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области служили:

- 1) анатомо-физиологические особенности детского возраста;
- 2) патологические изменения челюстно-лицевой области;
- 3) характер оперативного вмешательства.

Дети в силу анатомо-физиологического строения сердечно-сосудистой и дыхательной систем при проведении эндотрахеального наркоза обладают значительно меньшими адаптационными и компенсаторными способностями, чем взрослые. Дети более чувствительны к кровопотере, гипоксии и гиперкапнии.

Из-за этих особенностей детского организма наркоз у детей дошкольного возраста проводится по полукрытому и полужакрытому способам. У 50 детей мы использовали полукрытый способ эндотрахеального наркоза, у 151 – полужакрытый способ. Следует отметить также лабильность детской психики, их боязнь манипуляций, поэтому при проведении эндотрахеального наркоза подбирается оптимальная методика: ввод в наркоз осуществляется закистью азота с последующей венепункцией с добавочным введением в вену тиопентала. Такие способы вводного наркоза нами использованы у 43 детей; у 258 детей индукция осуществлялась только внутривенным введением

тиопентала натрия.

Характер патологических изменений челюстно-лицевой области и методы оперативного их лечения определяют выбор путей и методов интубации, необходимость применения методов, предупреждающих гипоксические изменения в результате кровопотери, количество переливаний крови для восполнения кровопотери, а в совокупности с особенностями анатомо-физиологического строения детского организма – выбор наркотика для поддержания наркоза.

При проведении эндотрахеального наркоза у детей с патологией челюстно-лицевой области интубация осуществлялась через рот под контролем прямой ларингоскопии у 171 ребенка, через рот тактильным методом – у 3; через нос под контролем прямой ларингоскопии – у 120; через нос «вслепую» – у 6 и через трахеостому – у 1.

Наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58.

Выводы

1. Как показывает наш опыт, для поддержания наркоза у детей наиболее целесообразно использовать закись азота с фторотаном.

2. Наибольшая кровопотери отмечалась при иссечении кавернозных гемангиом лица, резекции нижней челюсти: у 6 детей ее объем составил 750 мл, у 2 – 850 мл, у 3 – 1000 мл.

3. Кровопотеря определялась в процессе операции гравиметрическим методом и полностью восполнялась переливанием крови прямым способом у нескольких больных. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было.

Литература

1. Берлинский В.В., Берлинский В.Ф. Кетамин-клофелиновый наркоз у детей // Анест. и реаниматол. – 1995. – №5. – С. 38-40.

2. Виноградов В.М., Дьяченко П.К. Основы клинической анестезиологии. – Л.: Медицина, 1961. – 359 с.

3. Виноградов В.Л., Ларионов И.Ю. Клофелин в схеме внутривенной анестезии при операциях у тяжелообожженных // Анест. и реаниматол. – 2002. – №3. – С. 49-52

4. Донскова Е.Ю., Конев А.М. Применение даларгина в детской реанимационной и анестезиологической практике // Педиатрическая анестезиология, реанимация и интенсивная терапия: Материалы Рос. конгресса. – М., 2001. – С. 100.

5. Piper S.N., Fent M.T., Rohm K.D. et al. Urapidil does not prevent postanesthetic shivering: a dose-ranging study // Canad. J. Anaesth. – 2001. – Vol. 8 (48). – P. 742-747.

6. Stevard D.J., Lerman J. Manual of pediatric

anesthesia. – Philadelphia: Churchill Livingstoun, 2001. – 559 p.

Цель: изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей. Материал и методы: в клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз. Результаты: наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было. Выводы: наиболее целесообразно для поддержания наркоза у детей использовать закись азота с фторотаном.

Ключевые слова: лечение, наркоз, эфир, врожденные расщелины губы, челюстно-лицевая область, дети, гемангиома.

Purpose: To study the possibility and effectiveness of using in anesthetic support of maxillofacial operations during endotracheal anesthesia in children, depending on the individual anatomical and physiological characteristics. Material and methods: In the clinic of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center in Andijan for the period from 2016 to 2018. endotracheal anesthesia was used in patients aged 6 months to 18 years during surgical interventions for various diseases of the maxillofacial region. Results: Anesthesia was maintained with ether in 77 children, with nitrous oxide – in 160; a mixture of nitrous oxide with ether – in 6, a mixture of fluorothane with nitrous oxide – in 58. There were no life-threatening complications and deaths associated with anesthesia. Conclusions: It is most expedient to use nitrous oxide with fluorothane to maintain anesthesia in children.

Key words: treatment, anesthesia, ether, congenital cleft lip, maxillofacial region, children, hemangioma.