

УДК 616-006.3.03

¹А.В. Иконникова, ¹Ш.Ф. Джураева, ²Х.Р. Турсунова

К ВОПРОСУ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ В ИВАНОВСКОМ РЕГИОНЕ

¹ГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Иваново, Россия

²Таджикский государственный медицинский университет

им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Джураева Шарора Файзовна – зав. кафедрой стоматологии №1 ФГБОУ ВО ИвГМА
Минздрава России, д.м.н.; e-mail: dsharora@mail.ru

Цель исследования. Изучить состояние вопроса активного выявления онкологических заболеваний красной каймы губ врачами-стоматологами на этапах первичной диагностики патологии.

Материал и методы исследований. Учетно-отчетные формы Ивановского областного онкологического диспансера, ретроспективный анализ данных историй болезней хирургического отделения головы и шеи за период с 2010 по 2017 года.

Результаты исследований и их обсуждение. Заболеваемость раком губы в Ивановской области меньше, чем в целом по Российской Федерации. Однако показатели смертности от злокачественных новообразований полости рта в целом выше. Отмечено активное выявление онкостоматологической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме. По поликлиническим данным в 2010 году активное выявление предраковых заболеваний красной каймы губ и первичная диагностика по Ивановской области составила 0%; в 2011 – 15%; в 2012 – 25%; в 2013 – 10,5%; в 2014 – 42,9%; в 2015 – 16,7%; в 2016 – 21,43%; в 2017 – 26,67%.

Заключение. Количество первично выявленных заболеваний раком губы по Ивановской области снизилось. Благодаря раннему выявлению онкопатологии удалось повысить показатели пятилетней выживаемости и справиться с болезнью лучевыми методами лечения с минимальными хирургическими вмешательствами.

Ключевые слова: злокачественные новообразования полости рта, онкопатология красной каймы губ, доброкачественные образования полости рта, рак губы.

¹A.V. Ikonnikova, ¹Sh.F. Juraeva, ²H.R. Tursunova

THE ISSUE OF ONCOLOGICAL DISEASES OF THE RED LIP BORDER IN THE IVANOVO REGION

¹SBEI HE "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Health of Russia, Ivanovo, Russia

²Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Juraeva Sharor Faizovna – head of the Department of Dentistry No. 1 of the State Public Health Service of the Ministry of Health of the Russian Federation, doctor of medical sciences; e-mail: dsharora@mail.ru

Aim. To study the issue of active detection of oncological diseases of the red lip border by dentists at stages of primary diagnostics.

Materials and methods. Following documents were studied in the research: accounting and reporting forms of the Ivanovo Regional Oncology Dispensary; retrospective analysis of the medical records in the surgical department of the head and neck for the period of 2010 - 2017.

Results. The incidence of the lip cancer in the Ivanovo region is less than in Russian Federation in general. However, mortality rates from malignant neoplasms of the oral cavity are generally higher. An active detection of oncological pathology at outpatient dental appointments was noted. According to polyclinic data, in 2010 revealing of precancerous diseases of the red lip border 7 in the Ivanovo region made 0%; in 2011 - 15%; in 2012 - 25%; in 2013 - 10.5%; in 2014 - 42.9%; in 2015 - 16.7%; in 2016 - 21.43%; in 2017 - 26.67%.

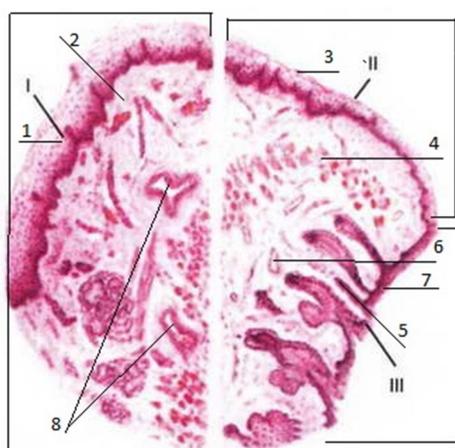
Conclusion. The number of primary detected lip cancer in the Ivanovo region is decreased. Early detection of oncologic pathology helped to increase five-year survival rates and fight disease by radiotherapy with minimal surgical interventions.

Keywords: malignant neoplasms of the oral cavity, oncologic pathology of the red lip border, benign oral cavity formations, lip cancer.

Актуальность. На сегодняшний день диагностика рака полости рта далеко несовершенна, часто злокачественные опухоли данной локализации выявляются лишь на III–IV стадиях развития, что сказывается на эффективности лечения, последующем качестве жизни пациентов данного профиля и их пятилетней выживаемости. Все это в свою очередь должно мотивировать врачей-стоматологов к повышению уровня своей квалификации в плане онкологической настороженности и взаимодействия с врачами-онкологами [3, 5].

Рак губы – это злокачественная опухоль из покровного эпителия красной каймы губ. В структуре онкологической заболеваемости рак губы стоит на 8-9 месте. В целом в России заболеваемость раком губы имеет тенденцию к снижению.

Красная кайма губ – широкая переходная зона между слизистой оболочкой полости рта и кожей, покрытая многослойным плоским эпителием с тонким слоем ороговения [1]. Губа имеет анатомо-гистологические особенности: I – внутренняя часть губы, покрытая слизистой оболочкой; II – красная (переходная) часть губы; III – кожная часть губы (рис. 1).



1. Многослойный плоский неороговевающий эпителий
2. Собственный соединительнотканый слой слизистой оболочки губы
3. Многослойный плоский частично ороговевающий эпителий переходной части губы
4. Пучки поперечнополосатых мышечных волокон
5. Корень волоса
6. Сальная железа
7. Эпидермис (многослойный плоский ороговевающий эпителий)
8. Слюнные железы

Рис. 1. Анатомо-гистологические особенности красной каймы губ

Известно, что любой рак имеет свой предрак. Поэтому нередко опухоль возникает на фоне предраковых заболеваний, таких как лейкоплакии, кератоакантомы, папилломы и т.д. Основными предрасполагающими факторами к запуску канцерогенеза в полости рта являются: хроническая травма губы (механическая – острые края разрушенных зубов, корней; неправильно сделанные протезы; термическая – курение, употребление горячей пищи; химическая – алкоголь, соединения висмута, мышьяка, ртути); неблагоприятные метеорологические условия (чаще инсоляция); профессиональные вредности; вирусная инфекция [3-5].

Зачастую врачи-стоматологи проводят длительное по времени и неэффективное лечение, и при этом предраковые состояния малигнизируются. Возможности стоматологического исследования и вопросы онконастороженности при первичной диагностике являются актуальными и требуют детальной разработки проблемы.

Цель исследования. Изучить состояние вопроса активного выявления онкологических

заболеваний красной каймы губ врачами-стоматологами на этапах первичной диагностики патологии.

Материал и методы исследований. Материалом исследования явились: учетно-отчетные формы Ивановского областного онкологического диспансера, истории болезней стационарных больных. На базе Ивановского областного онкологического диспансера (ИвООД) был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней хирургического отделения головы и шеи за период с 2010 по 2017 годы. В 150 историях болезни зафиксирован морфологически подтвержденный диагноз рака губы за 2010-2017 года, в 110 историях пациентов - доброкачественные новообразования, локализованные в области губ. Детальному исследованию подверглись истории болезней пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении головы и шеи №2 ИвООД.

Результаты исследований и их обсуждение. При изучении полученных данных установлено, что первичная заболеваемость раком крас-

ной каймы губ в Ивановской области с 2010 по 2017 идет на снижение (табл. 1). Так, в 2010 году отмечалось 23 случая на 1060,1 тыс. жителей; в 2011 году – 26 случаев на 1057,1; в 2012 году – 16 случаев на 1054,0 тыс. жителей; в 2013

– 19 случаев на 1046,2 тыс. жителей; в 2014 – 18 случаев на 1040,0 тыс. жителей; в 2015 году – 16 случаев на 1036,9 тыс. жителей; в 2016 году – 16 случаев на 1029,8 тыс. жителей; в 2017 году – 16 случаев на 1023,1 тыс. жителей.

Таблица 1

Сравнительная оценка состояния первичной заболеваемости раком красной каймы губ и смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) полости рта за 2010-2017 гг.

Год	Заболеваемость раком губы			Смертность от ЗНО полости рта (C01 - C14)		
	Ивановская область		РФ	Ивановская область		РФ
	абс.	на 100. тыс. нас.	на 100. тыс. нас.	абс.	на 100. тыс. нас.	на 100. тыс. нас.
2010	23	2,16	2,36	68	6,38	6,36
2011	26	2,46	2,07	81	7,66	6,42
2012	16	1,52	1,97	73	6,94	6,45
2013	19	1,82	1,89	83	7,93	6,58
2014	18	1,73	1,82	77	7,4	6,57
2015	16	1,55	1,75	90	8,71	6,73
2016	16	1,55	1,67	95	9,25	6,96
2017	16	1,56	1,68	Нет данных	Нет данных	Нет данных

Из таблицы видно, что заболеваемость раком губы в Ивановской области меньше, чем в целом по Российской Федерации. Однако показатели смертности от злокачественных новообразований полости рта в целом выше.

В 100% случаев диагноз подтвержден морфологически. Следует отметить, что большинство обращений в поликлинику ООД было на ранней стадии заболевания (I-II). Так, в 2010 году – 81,8%; в 2011 году – 80%; в 2012 году – 93,8%; в 2013 году – 68,5%; в 2014 году – 94,5%; в 2015 году – 93,8%; в 2016 году – 93,75%; в 2017

году – 87,5%. В связи с ранним выявлением данной нозологической формы повысилась пятилетняя выживаемость пациентов. Так, в 2010 году она составила 77,2%; в 2011 году – 75,8%; в 2012 году – 74,9%; в 2013 году – 71,8%; в 2014 году – 72,4%; в 2015 году – 79,5%; в 2016 году – 80,6%; в 2017 году – 82,5%.

В хирургическом отделении головы и шеи №2 по поводу злокачественных новообразований с 2010 по 2017 года проходили лечение (табл. 2), 39 мужчин, 18 женщин. Всего – 57 больных. Возраст варьировал от 34 до 80 лет.

Таблица 2

Распределение больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области (ЧЛО) с учетом пола за 2010-2017 гг.

Год	Распределение больных по возрасту и полу		Всего
	муж	жен	
2010	5	6	11
2011	9	1	10
2012	4	0	4
2013	9	4	13
2014	2	3	5
2015	4	3	7
2016	2	1	3
2017	4	0	4
Всего	39	18	57

В численность пациентов также вошли случаи повторных обращений по поводу: рецидивов после лучевой терапии или комбинированного лечения (19,6%); метастазирования (21,4%); других осложнений (1,8%).

Из первично и повторно обратившихся пациентов подверглись хирургическому лечению в 2010 – 43,5%; в 2011 – 30,7%; в 2012 – 18,75%; в 2013 – 75%; в 2014 – 27,7%; в 2015 – 43,75%; в 2016 – 6,25%; в 2017 – 25%. В остальных

случаях проводилось лечение на базе радиологического отделения ИвООД.

По данным гистологических исследований препаратов превалирует плоскоклеточный ороговевающий рак – 62,5%; метастазы плоскоклеточного рака – 14,3%; плоскоклеточный ороговевающий рак с изъязвлением – 10,7%; плоскоклеточный неороговевающий рак – 10,7%; лейомиосаркома с изъязвлением – 1,7%.

Основная жалоба пациентов при обращении в отделение – на опухоль губы. В случаях раннего метастазирования и рецидивов жалобой выступало увеличение лимфатических узлов шеи. В 74,5% случаев в стационаре проведены операции: трапецевидная резекция губы, субтотальная трапецевидная резекция. В 5,8% случаев в хирургическом лечении отказано ввиду распространенности опухоли и ее нерезектабельности, а также преклонного возраста пациентов.

Заболеваемость раком «молодеет», если раньше средний возраст пациентов составлял около 60 лет, то сейчас снизился до 40 лет. Преимущественно рак губы выявляется у мужчин – 68%, причем в области нижней губы - в 100% случаев. Женщины заболевают реже (32%) и локализация рака также в области нижней губы (100%). Из сопутствующей патологии у пациентов преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, ПИКС, АГ и т.д.) – 33%; кроме того, встречаются хронические бронхиты – 4%; сахарный диабет – 4%; язвенная болезнь желудка – 4%.

За период с 2010 по 2017 года рак губы выявлен на I стадии у 34,5%; на II стадии - у

37,5%; на III стадии - у 25%; на IV стадии - у 3% из числа первично обратившихся пациентов. Из числа повторно обратившихся пациентов на I стадии - у 45,8%; на II стадии - у 41,6%; на III стадии - у 12,6%.

Повысить данные показатели, приблизить к нулю процент выявления рака данной локализации в запущенных стадиях (III-IV) позволяет активное выявление онкостоматологической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме. Так, по поликлиническим данным, в 2010 году активное выявление предраковых заболеваний красной каймы губ и первичная диагностика по Ивановской области составила 0%; в 2011 – 15%; в 2012 – 25%; в 2013 – 10,5%; в 2014 – 42,9%; в 2015 – 16,7%; в 2016 – 21,43%; в 2017 – 26,67%. Таким образом, чем выше процент активного выявления факторов, являющихся пусковым механизмом для развития патологических состояний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, тем больше вероятность диагностирования заболевания на ранней стадии.

В структуре доброкачественных новообразований красной каймы губ, выявленных у пациентов, обратившихся в ООД, зафиксированы (рис. 2): гемангиомы, папилломы, кератоакантомы, фибромы, лейкоплакии, ретенционные кисты, хронические язвы. Так, за 2010 год было 17 обращений, в 2011 году – 16, в 2012 году – 13, в 2013 году – 11, в 2014 году – 4, в 2015 году – 16, в 2016 году – 25, в 2017 году – 8 обращений.

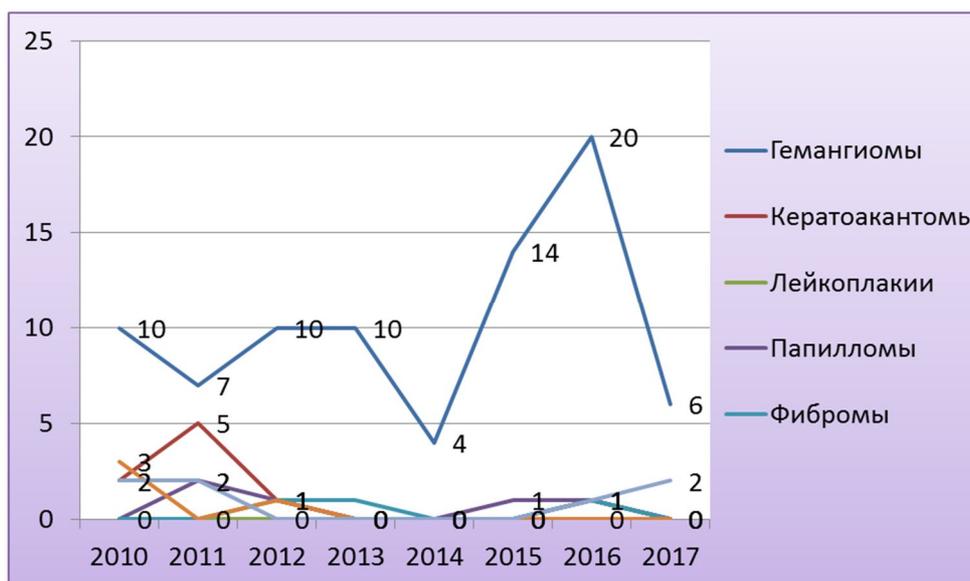


Рис. 2. Структура доброкачественных новообразований красной каймы губ

Среди обратившихся преобладают женщины – 69%. Средний возраст пациентов, обратившихся в 2010 году, - 53 года, в 2011 – 50,3

года; в 2012 – 65,7 лет; в 2013 – 66 лет; в 2014 – 56,7 лет; в 2015 – 39,4 года; в 2016 – 54,8 лет; в 2017 – 53,3 года.

Показатели по доброкачественным новообразованиям красной каймы губ условны и не отражают всей масштабности проблемы, так как часть опухолей удаляется на базе ИВОКБ.

Пациенты обращаются в ООД с жалобой на опухоль губ. Часть пациентов не обращает внимания на опухоль в течение 2, 5, 10 лет и обращаются с данной жалобой, когда масштаб хирургического вмешательства в разы больше, чем у пациентов при раннем обращении. Данных пациентов можно понять, ведь опухоль чаще не вызывает болевых ощущений, а при механической травме (прикусывании губ) может кровоточить. Поэтому в данном случае врач-стоматолог снова играет одну из главных ролей, ведь большинство пациентов с данной проблемой придут на амбулаторный прием в стоматологическую поликлинику. Большинство предраковых заболеваний и злокачественных опухолей лица и полости рта доступны для осмотра и обследования, то есть они являются визуализируемыми опухолями.

Основной причиной позднего обращения пациентов за помощью является низкий уровень санитарной культуры, плохая осведомленность о клинических признаках предраковых и раковых заболеваний и не только полости рта.

Второй причиной является диагностическая ошибка лечащего врача. Чаще всего она связана не со сложностью течения заболевания, а возникает вследствие неполного обследования пациентов и недостаточной осведомленности врачей-стоматологов в вопросах онкологии. Часто из-за этих причин пациенты теряют много времени. Таким образом после первичного обращения к стоматологу с первичным проявлением болезни иногда проходит 5-6 месяцев до начала квалифицированного лечения на базах онкологических диспансеров.

Поэтому в настоящее время одной из основных задач врача-стоматолога является проявление онкологической настороженности. Каждый пациент с выявленным новообразованием находится в зоне риска. При приеме таких пациентов необходимо проявлять бдительность. Врачу-стоматологу следует уточнять профессию больного, наличие контакта с вредными веществами.

В план обследования необходимо включать осмотр и пальцевое исследование губы, щечно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей; пальпацию подчелюстной области и шеи с обеих сторон; ортопантомография (по показаниям). При невозможности оказания помощи на амбулаторном стоматологическом приеме таких пациентов направляют в поликлинику при областных онкологических диспансерах для дальнейшего

обследования в зависимости от предполагаемого диагноза. В случае выявления предраковых заболеваний они подвергаются консервативному лечению в условиях стоматологического кабинета, проводится лечение, соответствующее основным клиническим рекомендациям. Лечение можно продолжать в течение 2-3 недель, а при отрицательной динамике клинических проявлений болезни – нарастании числа жалоб, увеличении размеров и уплотнении краев новообразования или же вовлечении в процесс близлежащих тканей - необходимо срочно направить пациента в онкологический диспансер.

Заключение. Результаты исследования подтвердили необходимость участия врачей-стоматологов в активном выявлении предрасполагающих факторов, соблюдения принципов ранней диагностики онкопатологии на амбулаторном приеме в стоматологической поликлинике.

1. Отмечена прямая коррелятивная связь между первичной диагностикой онкологических заболеваний красной каймы губ у стоматолога, их ранним лечением и диспансерным наблюдением на приеме у врача-онколога.

2. На сегодняшний день существует необходимость в повышении уровня онкологической настороженности врачей-стоматологов, что диктует обязательное включение в алгоритм обследования больного строгих диагностических критериев выявления патологии.

3. Своевременное выявление злокачественных новообразований ЧЛЮ существенно повлияет на эффективность терапии и продолжительность жизни онкобольных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллэйсона – М., 2001. – 320 с.
2. Давыдова М.И. Рак гортани. Онкология. Клинические рекомендации / Под ред. М.И. Давыдова. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. – С. 209-212.
3. Залуцкий И.В. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. И.В. Залуцкого, Э.А. Жаврида. – Минск, 2007. – 509 с.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – С. 18-143.
5. Кропотова М.А. Злокачественные опухоли головы и шеи / Под ред. Кропотова М.А., Подвязникова С.О., Алиевой С.Б., Мудунова А.М. Клинические рекомендации по лечению опухолей головы и шеи Общенациональной онкологической сети (США) – М.: АБВ-пресс, 2011. – 128 с.

REFERENCES

1. Borovskiy E. V. *Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i gub. Pod red. E. V. Borovskogo, A. L. Mashkileysona* [Diseases of the mucous membrane of the mouth and lips. Ed. E.V. Borovskogo, A.L. Mashkileysan]. Moscow, 2001. 320 p.

2. Davydova M. I. Rak gortani. *Onkologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Pod red. M. I. Davydova* [Cancer of the larynx. Oncology. Clinical recommendations. Ed. M.I. Davydov]. Moscow, Izdatelskaya grupa RONTs Publ., 2015. 209-212 p.

3. Zalutskiy I. V. *Algoritmy diagnostiki i lecheniya zlokachestvennykh novoobrazovaniy. Pod red. I. V. Zalutskogo, E. A. Zhavrida* [Algorithms of diagnosis and treatment of malignant neoplasms. Ed. I.V. Zalutsky, E.A. Zhavrida]. Minsk, 2007. 509 p.

4. Kaprin A. D., Starinskiy V. V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)]. Moscow, Minzdrava Rossii Publ, 2017. 18-143 p.

5. Kropotova M. A. *Zlokachestvennye opukholi golovy i shei. Pod red. Kropotova M.A., Podvyaznikova S.O., Alievoy S.B., Mudunova A.M. Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu opukholey golovy i shei Obshchenatsionalnoy onkologicheskoy seti* [Malignant tumors of the head and neck. Ed. Kropotova MA, Podvyaznikova SO, Alieva SB, Mudunova AM Clinical recommendations for the treatment of head and neck tumors of the National Cancer Network]. Moscow, ABV-press Publ., 2011. 128 p.

А.В. Иконникова, Ш.Ф. Джураева, Х.Р. Турсунова

ОИД БА МАСЪАЛАИ БЕМОРИҲОИ САРАТОНИИ КАНОРАИ СУРҲИ ЛАБҲО ДАР МИНТАҚАИ ИВАНОВО

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши вазъи масъалаи ошкорнамоии фаъоли бемориҳои саратонии канораҳои сурхи лабҳо аз ҷониби дандонпишишкон дар марҳилаи ибтидоии (аввали) таъхиси беморӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар асоси ҳуҷҷатҳои бақайдгири-ҳисоботи Диспансери саратоншиносии вилояти Иваново таҳлили ретроспективи таърихи бемории шӯбаи ҷарроҳии сару гардан дар давраи солҳои 2010-2017 гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дарачаи пахншавии бемории саратони лабҳо дар вилояти Иваново нисбат ба фарогирии умумии он дар Федератсияи Россия кам буда, вале нишондиҳандаҳои фавт аз омосҳои бадсифати даруни даҳон дар умум зиёд мебошад. Дар қабули амбулатории стоматологӣ ошкорнамоии фаъоли бемориҳои онкостоматологӣ ба қайд гирифта шуд. Дар асоси омори дармонгоҳии соли 2010 дараҷаи ошкорнамоии бемориҳои пешазсаратонии канораҳои сурхи лабҳо ва таъхиси ибтидоӣ дар вилояти Иваново 0% бошад, пас соли 2011 – 15%, соли 2012 – 25%, соли 2013 – 10,5%, соли 2014 – 42,9%, соли 2015 – 16,7%, соли 2016 – 21,43%, соли 2017 бошад 26,67%-ро ташкил дод.

Хулоса. Миқдори ошкорнамоии ибтидоии бемориҳои саратонии лабҳо дар вилояти Иваново кам шуд. Ба тӯфайли муайянкунии саривактии бемориҳои саратонӣ нишондиҳандаҳои зиндамонии 5-сола зиёд шуд. Ба мо муяссар шуд, ки тавассути усулҳои шуоии таъобат бо истифодаи камтарини амалиётҳои ҷарроҳӣ аз ӯҳдаи муолиҷаи беморӣ бароем.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои бадсифатии даруни даҳон, бемориҳои саратонии канораҳои сурхи лабҳо, омосҳои хушсифати даруни даҳон, саратони лабҳо.

УДК 616-716.4-001.5-08

¹У.А. Исмаилова, ²И.М. Юлдашев, ¹Ж.Б. Бошқоев, А.Т. ³Борончиев, ² А.Т. Джумаев, ¹А.А Ашырбаев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ОРОШЕНИЯ РАНЫ С ЦЕЛЬЮ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГЛОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

¹Кафедра госпитальной хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

²Кафедра стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии, ортопедической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

³Кафедра хирургической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

Исмаилова Умут Абдиловна - старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина; 720038, Республика Кыргызстан, г. Бишкек, мкр. Джал - 23, д.12, кв. 10; тел.: (+996)555070743; e-mail: sher.umut@yandex.ru

Цель исследования. Изучение эффективности метода послеоперационного обезболивания путем локального орошения раны раствором ксефокама после хирургического лечения угловых переломов нижней челюсти.

Материал и методы исследований. Исследованы 53 больных (46 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 17 до 60 лет, которым проводилось оперативное вмешательство по поводу перелома нижней челюсти в области угла в условиях тотальной внутривенной анестезии пропофолом, кетаминном