

её часто смазывались картиной повреждения лица. Причем пациенты в остром периоде травмы не могли точно указать причину головной боли, двоения в глазах и т.д. Кроме того, к ошибкам могла привести изначальная склонность к гиподиагностике таких повреждений.

Наиболее сложными в плане диагностики, как со стороны повреждений лица, так и со стороны неврологических повреждений были пациенты в состоянии алкогольного опьянения из-за того, что продуктивный контакт не всегда был возможен, а амнезия, тошнота и рвота, как характерные симптомы ЧМТ могут объясняться алкогольной интоксикацией. Поэтому у таких пациентов очень сложно точно определить наличие или отсутствие ЧМТ, её тяжесть, степень экстренности и объём необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Диагностика тяжелой и средней тяжести ЧМТ в плане их наличия, как правило, не составляла труда. Точный клинический и топиический диагноз выставляется только после всестороннего инструментального обследования.

Заключение

Для обеспечения ранней и точной диагностики СЧЛТ необходим простой алгоритм, позволяющий определить с высокой степенью вероятности необходимость пациента в инструментальном обследовании. Единый и простой алгоритм позволит снизить экономические затраты на проведение обследования пациентов.

Активное и адекватное использование полного спектра возможностей современной диагностической аппаратуры, компьютерной техники и телекоммуникационных технологий даст возможность своевременно и точно диагностировать СЧЛТ, что в свою очередь поможет объективно проводить лечебные мероприятия в двух направлениях. Во - первых, непосредственно проводить лечебные манипуляции по восстановлению целостности костей лицевого скелета, во-вторых, параллельно выполнять терапию возможных осложнений со стороны нервной системы, что непременно сократит сроки реабилитации и снизит инвалидизацию такой категории больных.

Ключевые слова: челюстно-лицевая, черепно-мозговая, травма, головной мозг.

Список литературы

1. Елисеева Е.В., Шарипов Е.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9, № 3. С. 217-220.
2. Карпов С.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисеева Е.В., Христофорандо Д.Ю., Волков Е.В., Карпова Е. Н. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 3 (145). С. 61-65.
3. Karpov S.M., Gandylyan K., Eliseeva E., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Golovkova O., Ivinsky V. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms // European science review. 2015. № 3-4. С. 25-28
4. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисеева Е.В. / Нейрофизиологическое состояние цнс в остром периоде сочетанной черепно-лицевой травмы // Фундаментальные исследования. 2014. № 4-1. С. 81-85.
5. Хирургическая стоматология: учебник / Афанасьев В. В. и др.; под общ.ред. В.В. Афанасьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 704-708.

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

Матюта М.А., Трегубов А.Н., Саркисов А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, magnum26m@yandex.ru

Актуальность. В настоящее время дентальная имплантация становится все более востребованным направлением в современной стоматологии. Это связано, прежде всего, с глубоким изучением процессов, происходящих при операции имплантации. Полное

изучение всех особенностей данного направления позволяет влиять на ту или иную стадию. Также полное изучение данной темы позволяет проводить подобные операции при различных системных заболеваниях, например, таких как сахарный диабет. До недавнего времени сахарный диабет являлся для пациентов ужасным заболеванием, диагноз которого звучал как приговор. Но благодаря быстрому развитию медицины и прикладных наук, стало возможным влияние на течение этого заболевания и расширение возможностей лечения пациента не только в связи с основным диагнозом, но и устранение других нарушений в организме. Примером таких нарушений может служить частичная вторичная адентия. Тем не менее, операции дентальной имплантации у пациентов, больных сахарным диабетом, имеют свои особенности.

При сахарном диабете II типа происходит два основных процесса, затрудняющих течение остеоинтеграции при дентальной имплантации. Это нарушение всасывания кальция и активация остеокластов, резорбирующих костную ткань при гипергликемии. Благодаря приему препаратов, регулирующих содержание уровня сахара в крови, стало возможным нивелировать данные патологические изменения.

Целью исследования является изучение возможности дентальной имплантации при сахарном диабете II типа, регулируемом приемом препаратов.

Материалы и методы. Исследования проводились на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ. Пациенты, нуждающиеся в дентальной имплантации, были разделены на две группы по десять человек. В первую группу входили пациенты, страдающие сахарным диабетом II типа менее десяти лет и удерживающие уровень сахара до 10 ммоль/л. Во вторую группу были включены пациенты, страдающие данным заболеванием более десяти лет, с нестабильным содержанием сахара в крови. Было осуществлено наблюдение за этими двумя группами. Данные о содержании сахара в крови предоставлялись в течение каждых двух недель на период дентальной имплантации.

Результаты и обсуждение. У пациентов с управляемым уровнем сахара в крови процессы остеоинтеграции и заживления происходили быстрее, чем у пациентов с нестабильным уровнем. Была проведена постановка шестнадцати-семнадцати имплантатов в каждой из исследуемых групп. У первой группы имеющей стабильные показатели содержания сахара в крови на уровне до 10 ммоль/л, отсутствовали какие либо осложнения. У двух пациентов второй группы произошло отторжение трех имплантатов из шестнадцати установленных.

Заключение. Таким образом, являясь относительным противопоказанием для дентальной имплантации, сахарный диабет II типа не становится причиной отказа для такого вида замещения дефекта в ротовой полости. Данное исследование показало, что благодаря стабилизации уровня сахара в крови на уровне ниже 10 ммоль/л происходит успешная остеоинтеграция имплантата и отсутствуют какие-либо осложнения. Однако, вследствие замедления репаративных процессов на фоне повышенного уровня сахара в крови ортопедический этап замещения дефекта был отсрочен на срок, в среднем равный одному месяцу. На основании данного исследования можно утверждать, что даже при таком тяжелом заболевании как сахарный диабет II типа, не исключается дентальная имплантация, как метод реабилитации стоматологического больного.

Ключевые слова: дентальная имплантация, диабет, сахар крови, остеоинтеграция.

Список литературы

1. Новик А.А., Ионов Т.И., Цыган Е.Н. Методология изучения качества жизни пациентов с остеопорозом // Науч.-практ. ревматология, 2001. № 3. С. 80.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. М.: Медицина, 2002. 752 с.
3. Дедов И.И., Демидова И.Ю. Основные принципы терапии сахарного диабета 2 типа//Сахарный диабет. 1999, № 2.
4. Спрак С.В., Слетов А.А., Гандылян К.С., Дагуева М.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. 21. № 1. С. 51-54.
5. Ortega R.M., Requejo A.M., Encinas Sotillos A. et al. Implication of calcium deficiency in the progress of periodontal diseases and osteoporosis//Nutr. Hosp. 1998. 13(6). P. 316-319.
6. Reid I.R. Glucocorticoid osteoporosis – mechanisms and management // Eur. J. Endocrinol. 1997. 137. P. 209-217

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ
БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА
(АНАЛИЗ АРХИВНЫХ ДАННЫХ)**

Мельникова С.Ю., Попович Я.А., Спёвак Е.М.,
Христофорандо Д.Ю.

*Ставропольский государственный медицинский
университет Минздрава России, Ставрополь,
symbal.elena@mail.ru*

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – грозное осложнение медикаментозной терапии злокачественных новообразований. Характеризуется омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса, при условии отсутствия в анамнезе лучевой терапии на область головы.

В литературе данная патология впервые описана Marx в 2003 году[4]. Заболевание на сегодняшний день трудноизлечимо, в некоторых случаях весьма тяжело для больного и приводят к его инвалидизации. На сегодняшний день БОНЧ – одна актуальных проблем в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, рассматриваемая с множества точек зрения [2].

Цель исследования - изучить частоту встречаемости БОНЧ, используя архивные данные в сравнении с имеющимися в доступной литературе, проанализировать половозрастную структуру контингента больных с остеонекрозом, их урбанизированность и вид первичной онкопатологии.

Материалы и методы. Выполнен анализ доступной литературы. Установлено, что частота встречаемости данного осложнения, по сведениям разных авторов, достигает от 11 до 27% [1,3,5].

Проведен ретроспективный анализ стационарных и амбулаторных карт отделения химиотерапии №1 Ставропольского клинического консультативно-диагностического онкологического диспансера и отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя за 2011-2014 годы, определены две группы для сравнения. В первую отнесены все пациенты отделения химиотерапии №1, получавшие терапию различными видами бисфосфонатов. Во вторую – пациенты челюстно-лицевого отделения, у которых развился остеонекроз челюсти на фоне данной терапии. Рассчитана частота встречаемости остеонекроза среди пациентов, получавших бисфосфонаты, а также произведено распределение всех пациентов по полу, возрасту, месту жительства, онкологическому заболеванию.

Результаты и обсуждение. Из 257 больных, которых за 2011-2014 годы проводилась терапия различными группами бисфосфонатов, у 30 развился остеонекроз челюсти, что в среднем составляет 11,62%. Полученные данные соответствуют тем, которые указаны в доступной литературе по данной тематике. Отмечено увеличение абсолютного количества

больных, получавших БФ (с 45 до 77 человек в год), и заболевших БОНЧ (с 4 до 11 человек в год), а также рост частоты встречаемости остеонекроза – с 8,89% в 2011г до 15,58% в 2014г. Также установлено, что среди больных с остеонекрозом преобладают женщины (на 13,34%), городские жители (на 6,6%). Наивысшая частота встречаемости остеонекроза зафиксирована у пациентов возрастной категории от 60-65 лет (50%), с онкопатологией молочной железы (60%).

Заключение. Изучена частота встречаемости БОНЧ в Ставропольском крае за период с 2011 по 2014 годы (11,62%), зафиксирован ее рост (на 6,69% по сравнению с первоначальной), увеличение количества больных с данной патологией. На основании этого можно сделать вывод о возрастающей актуальности проблемы бисфосфонатного остеонекроза челюстей, что требует привлечения к ней внимания стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, а также онкологов.

Список литературы

1. Мебония Т.Т. Автореферат диссертации Лечение и профилактика патологических переломов у пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами нижней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Т. Мебония. Волгоград, 2015. С. 21.
2. Спёвак Е.М. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей: разработка актуальных вопросов клиники, диагностики и лечения / Е.М. Спёвак // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия: материалы IX международной научно-практической конференции. Новосибирск: Изд-во Международного научного института EDUCATIO, 2015. С. 125-127
3. Dimopoulos M., Kastritis E., Anagnostopoulos A. et al. Osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates: Evidence of increased risk after treatment with zoledronic acid. Haematologica 2006; 91: 968.
4. Marx RE: Pamidronate (Aredia) and Zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:1115-1117.
5. Pozzi S., Marcheselli R., Sacchi S. et al. Analysis of frequency and risk factors for developing bisphosphonate associated necrosis of the jaw. American Society of Hematology Annual Meeting Abstracts. Blood 2005; 106: 5057.

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
РЕВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Мусаева Д.А., Бураева И.С., Саркисов А.Я.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия, lina.minaeva.87@mail.ru*

Актуальность. Самые первые следы ревматоидного артрита найдены в 4500 году до н.э. Их обнаружили на остатках скелетов индейцев в Теннесси, США. Первый документ описывающий симптомы очень напоминающие симптомы ревматоидного артрита датируется 123 годом. Первое клиническое описание этой патологии в 1800 году приписывают Августин-Якобу Ландре-Бовэ. Бенджамин Броди описал медленное прогрессирование синовита путем вовлечения суставной сумки и влагалища сухожилия. А. Б. Гарро предложил термин "ревматоидный артрит" в 1858 году и дифференцировал его от подагры в 1892 году, заболевание получило своё настоящее имя. В настоящее время приблизительно 30% населения земного шара имеют симптомы артрита. Только у 2/3 пациентов проявления достаточно выражены, что заставляет их обращаться за медицинской помощью. Частота встречаемости костно-мышечных нарушений с возрастом увеличивается. Распространенность РА на территории России в среднем составляет 0,61%. И в других странах мира эти показатели приблизительно также высоки.

Одной из самых распространенных патологий височно-нижнечелюстного сустава являются хронические ревматические артриты.

Для выбора тактики комплексного лечения хронических ревматических артритов височно-нижнече-