

люстного сустава требуется всесторонний подход к изучению этой патологии. В терапии применяют локальную, общую медикаментозную и физиотерапию (электрофорез, ультрафонофорез, парафинотерапия, индуктотермия, фонофорез, магнитотерапия и др.). В настоящее время наблюдается снижение эффективности традиционных методов лечения.

**Цель исследования.** Оценить применение новых методов в патогенетическом комплексном лечении больных с хроническим ревматическим артритом височно-нижнечелюстного сустава.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 10 больных с хроническим ревматическим артритом височно-нижнечелюстного сустава, которые получали комплексное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ СМП ГКБ г. Ставрополя за последние два года.

Все больные предъявляли жалобы на локальные боли, ограничение движения нижней челюсти по утрам, ограничение открывания рта, снижение жевательной эффективности челюстей, болезненность движений нижней челюсти при речи, иррадиацию болей в височную, околоушную области и ткани, нижнюю челюсть, вторичную адентию, карнес, общее беспокойство и психоэмоциональное напряжение.

Динамика этих жалоб оценивалась на протяжении курса лечения, который составил в среднем 14-17 дней.

Принимая за основу принципы современного патогенетического лечения, мы применили два новых лечения – селективный ингибитор циклооксигеназы-2 нимесулид и ультразвуковую терапию с гормональным препаратом кортоспан.

Из НПВП мы использовали преимущественно селективный препарат нимесулид. Кортоспан, являясь глюкокортикостероидным препаратом, имеет минералокортикоидные свойства и высокую глюкокортикоидную активность. Глюкокортикостероидная терапия дает стойкий клинический эффект. Ультразвуковая терапия обладает противовоспалительным, анальгетическим, резорбтивным и гипосенсибилизирующим свойствами. Больным была назначена физиотерапия с кортоспаном в течение 15 дней.

**Результаты и обсуждения.** После комплексного лечения у больных с ревматическим артритом отметились позитивные клинические и лабораторные результаты. У больных в 83% случаев наблюдалось прекращение болей, а в 17% – их уменьшение. Расстояние между центральными резцами при открывании рта увеличилось, движение нижней челюсти стало более свободным. Функция жевания у 94% больных нормализовалась. Выполнение функций разговорной речи и функций приема пищи стало безболезненным. Все эти показатели свидетельствуют о правильности и рациональности проведенной комплексной лечебной программы.

В итоге исследование в нашем ЧЛО прошло успешно. Обобщая вышеуказанное, надо отметить, что применение современных лечебных принципов в патогенетическом лечении хронических ревматических артритов височно-нижнечелюстного сустава привело к улучшению внутрисуставных метаболических процессов и восстановлению функций сустава, быстрому выздоровлению больных, предотвращению осложнений хронических воспалительных процессов. Тем самым доказывается эффективность и рациональность проведенного патогенетического лечения.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, височно-нижнечелюстной сустав, нимесулид, ультразвуковая терапия, кортоспан.

#### Список литературы

1. Насонов Е.Л., Насонова В.А. «Ревматология», 2008.
2. Мазуров В.И. «Болезни суставов», 2008.
3. Реуцкий И.А., Маринин В.Ф., Глотов А.В. «Диагностика ревматических заболеваний»
4. Симонова О.В. Ревматоидный артрит: учебное пособие.
5. Семенов Р.Р., Гандылян К.С., Караков К.Г., Карпов А.С., Карпов С.М. Качество жизни при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 160-163.

#### АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА С ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Петренко Ю.М., Мерзжоева А.У., Спевак Е.М., Христофорандо Д.Ю.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, cymbal.elena@mail.ru*

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – осложнение паллиативной терапии злокачественных новообразований при условии отсутствия в анамнезе лучевого лечения на область головы и шеи, которое характеризуется омертвлением и оголением участка кости в течение более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса [3].

Цель исследования – анализ клинического течения заболевания на основе полученных патогистологических данных.

**Материалы и методы.** В исследованной литературе по данной тематике установлено определенное расхождение гистологических данных: от асептического некроза [1] до изменений выраженного воспалительного характера в тканях челюсти [2]. В имеющихся источниках нами не обнаружено соответствие анализа операционного материала и особенностей клинического течения заболевания.

В отделение ЧЛХ ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя за 2011г-2014г обследовано 30 больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей, из них прооперировано 20 человек: кюретаж (10), секвестрэктомия (6), частичная резекция челюсти (4). После анализа операционного материала полученные данные разделены на 3 группы, в соответствии со сложностью гистологической картины.

**Результаты и обсуждения.** В первую группу были отнесены образцы (11), в которых был выявлен тотальный некроз костной ткани, с различной степенью выраженности перифокального гнойного воспаления. Из них 10 получено при кюретаже, 1 – при выполнении секвестрэктомии. В данной группе не удалось ликвидировать участок оголения костной ткани.

Во вторую группу были отнесены препараты (4), полученные при частичной резекции челюсти, в которых имелась картина некробиотических изменений костной ткани разной стадийности: от афункциональных костных структур с неравномерным чередованием компактной и губчатой ткани до наличия единичных костных балок с глубокими дистрофическими изменениями вплоть до некроза. Данная картина указывает на асептическую природу некротического и воспалительного процесса. У двух пациентов хирургическое лечение завершилось заживлением послеоперационных дефектов.

В 5 образцах третьей группы после секвестрэктомии указывается на наличие вокруг некротизированного костного вещества грануляционной ткани, единичных остеокластов. У всех произошло постепенное закрытие послеоперационных дефектов грануляционной тканью с последующей эпителизацией. Отмечено, что у пациентов данной группы течения БОНЧ было наиболее благоприятным как со стороны клинических проявлений, так и по срокам заживления.

**Заключение.** Анализ многовариантного клинического течения бисфосфонатного остеонекроза сопоставлен с патогистологическими данными. В прогнозировании исходов и успешности лечения данного заболевания возможно использование результатов гистологического исследования.

**Список литературы**

1. Заславская, Н. А. Оптимизация профилактики и лечения бисфосфонатных остеонекрозов челюстей у больных со злокачественными новообразованиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Заславская. М., 2014. С. 3-22
2. Христофорандо, Д.Ю. Актуальные вопросы клиник, диагностики и лечения бисфосфонатных остеонекрозов челюстей / Д.Ю. Христофорандо Д.Ю., Е.М. Спевак, Е.М. Шарипов // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. материалов 50 Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию кафедр стоматологического профиля СтГМУ Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2015. С. 248-251
3. Ruggiero S.L., Dodson T.B., Assael L.A., Landesberg, Marx R.E., Mehrotra B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws-2009 Update. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: Suppl 1: 2-12
4. Осипян, Э.М. Эффективность комплексного лечения больных с остеомиелитом нижней челюсти одонтогенного или травматического генеза (клинико-экспериментальное исследование) / Э.М. Осипян, К.С. Гандылян // Мед. вестн. Сев. Кавказа. 2008. Т. 12. № 4. С. 43-46.
5. Гандылян, К.С. Эффективность комплексного лечения больных с остеомиелитом нижней челюсти одонтогенного или травматического генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.С. Гандылян. Воронеж, 2007. С. 3-21.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)**

Пылева Е.А., Толмосов А.М., Саркисов А.Я.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, tom\_at@outlook.com*

**Актуальность.** Применение плазмолифтинга при лечении артроза ВНЧС является инновационной методикой, позволяющей добиться регенерации пораженной соединительной ткани (хрящи, кости, сосуды) за счёт собственных сил организма.

**Цель исследования.** Определить эффективность применения плазмолифтинга при лечении артрозов ВНЧС.

**Материалы и методы.** Аппарат для центрифугирования крови, вакуумная система забора крови, шприцы для инъекции.

Суть процедуры заключается в том, что в суставную сумку вводится обогащённая тромбоцитами собственная плазма крови пациента. Сначала производится забор 15-20 мл крови. Которая обрабатывается в центрифуге, обогащаясь тромбоцитами, и возвращается с помощью инъекций.

**Результаты и обсуждение.** Данная методика для лечения ВНЧС была опробована в слепых плацебо – контролируемых исследованиях в сравнении с гиалуроновой кислотой с выборкой до 80 человек. Плазмолифтинг показал свою эффективность при лечении пациентов среднего возраста с артрозами 1-2 степени. Также отмечено, что инъекции чувствительны для пациента и вызывают увеличение болевого синдрома в первые сутки, но при этом не влияет на конечный результат. По результатам этих исследований стало ясно, что при выраженных артрозах 3-4 степени у пожилых пациентов данный метод мало эффективен. Гиалуроновая кислота показала противоположные результаты, что свидетельствует о ведущей роли регенеративного восстановления и зависимости эффективности от резервных сил организма. В результате применения данного метода в виде внутрисуставных инъекций с частотой 1 раз в неделю в течении трёх недель, отмечалось более выраженное по сравнению с гиалуроновой кислотой уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности сустава и улучшение жевательной эффективности.

Также отмечалось при общем и биохимическом анализе крови уменьшение маркёров воспаления, увеличение соматотропных гормонов, фактора роста фибробластов и эндотелия сосудов, и увеличение выработки факторов тромбоцитарного роста.

**Заключение.** Данные результаты показывают, что при введении в ткань плазмы богатой тромбоцитами и факторами роста в значительной мере усиливают процессы репарации. Освобождённый из обогащённой плазмы фибрин создаёт матрикс, который является основой для регенерации суставной ткани ВНЧС.

**Ключевые слова:** плазмолифтинг, артроз, регенерация, ВНЧС.

**Список литературы**

1. Ахмеров Р.Р., Регенеративная медицина на основе аутологической плазмы. М., 2014.
2. Реуцкий И.А., Маринин В.Ф., Глотов А.В. Диагностика ревматических заболеваний.
3. Симонова О.В. Ревматоидный артрит: учебное пособие.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА**

Текеева А. М., Магаева С.А., Ледовская К.А., Чотчаева А.А., Узденов Р.Х., Елисеева Е.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, aminik0995@mail.ru*

**Актуальность.** Среди травматических неогнестрельных переломов челюстно-лицевой области, несомненно первое место занимают переломы нижней челюсти (от 77% до 95% (Робустова Н.М., 1990; Вернадский Ю.И., 1999). За последние годы отмечается тенденция не только к увеличению числа больных с переломами костей лицевого скелета, но и к утяжелению характера травмы в основном за счет сочетанных повреждений лица и других областей тела, возникающих в результате транспортных и уличных травм. Больные с переломами костей лица составляют до 30% от числа стационарных стоматологических больных. История лечения переломов нижней челюсти насчитывает многие сотни лет. За это время разработано множество методов лечения, фиксирующих устройств, предложены лекарственные и физиотерапевтические методы, ускоряющие регенерацию костной ткани. Анализ литературных данных, посвященных современному состоянию проблемы патологии и терапии переломов челюстей, показывает, что за последние годы в лечении таких повреждений достигнуты немалые успехи. К настоящему времени нам известны методы иммобилизации при помощи шин из металла, пластмассы или других подручных материалов. Временную иммобилизацию осуществляют путем наложения повязок или лигатурного связывания зубов; ранее, еще несколько лет назад, постоянную фиксацию отломков - выполняли, главным образом, только назубными проволочными шинами, реже - зубонаддесневые и наддесневые шинами. Упомянутые выше способы фиксации отломков наряду с положительными качествами имеют и существенные недостатки, которые хорошо известны специалистам.

В основе современного лечения переломов челюстных костей лежит необходимость создания оптимальных условий для ускорения процессов репаративной регенерации, обеспечивающих первичное заживление костной раны. Принципы, которыми следует руководствоваться при этом, сформулированы Л.И. Крупко (1967): точное сопоставление отломков; приведение отломков по всей поверхности излома в положение плотного соприкосновения (сколоченности); прочная фиксация репонированных и соприка-