

**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 клиники, 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 - зубонаддесневными и наддесневными 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-