

**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-

сающихся поверхностями излома отломков, исключая или почти исключая всякую видимую глазом подвижность между ними на весь период, необходимый для полного сращения перелома. Соблюдение указанных положений обеспечивает первичное костное сращение в ближайшие сроки. Всем этим требованиям, по мнению разработчиков, отвечают титановые пластины с минивинтами.

**Цель работы.** Провести сравнительную оценку эффективности применения титановых пластин с минивинтами и проволочных шин при лечении переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда.

**Материалы и методы.** Для выполнения данной работы нами были отобраны пациенты для двух групп. В первую группу исследования были включены 15 пациентов, которым была проведена иммобилизация нижней челюсти проволочной шиной. Во вторую группу - 15 пациентов, лечившихся с помощью методики остеосинтеза с применением титановых пластин и минивинтов.

Клинико-статистические исследования проведены у 30 пострадавших в возрасте 18-45 лет с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда. Обследование пациентов включало опрос, осмотр, клинические, лабораторные методы, а также выполнялось рентгенологическое исследование при поступлении и в послеоперационном периоде. Использовались титановые минивинты диаметром 1,5 мм и длиной 9 мм, титановые пластины, а также проволочные шины из алюминия сечением 1,8-2 мм.

**Результаты исследования и обсуждение.** Исследование состояния больного в послеоперационном периоде было проведено по следующим критериям: степень целостности пародонта и зубов; восстановление трудоспособности; восстановление функции жевания; наличие и риск развития послеоперационных осложнений; обострение каких-либо соматических заболеваний, связанное с проведенными манипуляциями.

В результате выполненных исследований мы получили следующие результаты: во второй группе у 18 пациентов (90%) была отмечена легкая степень травматизации тканей пародонта, у оставшихся 2 (10%) - средняя степень, в то время, как в первой группе 8 пациентов (40%) получили среднюю степень повреждения, а 12 пациентов (60%) - тяжелую, что требовало более длительную реабилитацию.

Функция жевания у пациентов, которым была проведена операция остеосинтеза, восстановилась на 3-5 сутки после операции, нежели у пациентов с проволочными шинами, у которых функция жевания была восстановлена лишь после удаления шин из полости рта через 4 недели.

Также из-за нарушения питания в первой группе исследуемых отмечено обострение желудочно-кишечных заболеваний, таких как хронический гастрит (у 2 больных) и хронический холецистит в единичном случае. Во второй группе таких обострений удалось избежать, в связи с ранним восстановлением функции жевания.

Полное восстановление трудоспособности у пациентов второй группы наблюдалось к 14 суткам, в то время как в первой группе эти данные колеблются от 35 до 43 дней.

**Заключение.** После проведенной сравнительной оценки методов лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда, мы пришли к выводу, что наиболее эффективным методом лечения переломов нижней челюсти является остеосинтез титановыми пластинами, фиксированными титановыми минивинтами. Данный метод позволяет сократить время вре-

менной нетрудоспособности пациентов почти 3 раза, сохранить целостность тканей пародонта и зубов по сравнению с методикой фиксации челюстных отломков проволочными шинами, а также обеспечить быстрое восстановление функции жевания, вследствие чего и риск обострения хронических желудочно-кишечных заболеваний у данной группы пациентов уменьшается. Однако и этот метод не является универсальным. Как и любая методика, она имеет свои строгие показания и противопоказания.

**Ключевые слова:** остеосинтез, перелом, нижняя челюсть, проволочная шина, титановая минипластина, минивинты, зубной ряд, лечение.

#### Список литературы

1. Хирургическая стоматология: учебник / Афанасьев В.В. и др.; под общ. ред. В.В. Афанасьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Елисеева Е.В., Шарипов Е.М., Гандылян К.С., Суянова Д.Д. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9, № 3. С. 217-220.
3. Слётов А.А., Гандылян К.С., Фокин О.Ю., Сарандаев А.А. Оптимизация репаративного остеогенеза с использованием низкочастотной электротерапии при иммобилизации повреждённых челюстных костей // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2010. № 2. С. 142-143.
4. 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.
5. Шарипов Е.М., Письменова Н.Н., Елисеева Е.В. Современные методы лечения переломов нижней челюсти // Сборник статей XL VII итоговой (всероссийской) научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края и СКФО, Ставрополь, изд. СтГМУ 2013, стр 339-342

#### МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, dantist.71@mail.ru*

Невралгия тройничного нерва является наиболее распространенной невралгией, встречающейся в стоматологии. По статистике, распространенность данной патологии достаточно велика и составляет до 50 больных на 100000 населения, а по данным ВОЗ, заболеваемость находится в пределах 2-4 пациентов на 10000 населения. Распространенность, выраженность болевого синдрома, сложность диагностики и лечения, а так же снижения качества жизни больного делают проблему возникновения данного вида невралгии крайне значимой для врача стоматолога.

Помимо значительного дискомфорта при повседневной жизни, невралгия тройничного нерва оказывает негативное воздействие на психоэмоциональное состояние пациента и его социальный статус, так как больной испытывает постоянный дискомфорт от болевых ощущений и не может в полной мере выполнять повседневные функции. Эти факторы негативно влияют на «качество жизни» пациента, снижая его. Под «качеством жизни» ВОЗ подразумевает такое понятие, как восприятие индивидуумом его положение в жизни в контексте окружающей его культуры и системы ценностей, в соответствии с его собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. При длительном снижении такого параметра как «качество жизни» у пациента, на фоне этой патологии, могут возникнуть психоэмоциональные нарушения и депрессия, что в целом при затяжной форме может негативно повлиять как на обычный ход жизни больного, так и на его здоровье как психическое, так и физическое.

Необходимо отметить, что в некоторых случаях невралгия тройничного нерва проявляет значительную резистентность к применению стандартной терапии, что указывает на необходимость совершенствования