

6. Dushmanov S. et al. Effect of anchor guiding sleeve length on accuracy of computer-guided flapless implant surgery: a model study //Journal of Oral Implantology. – 2022.
7. Рахматуллаева, О., Шомуродов, К., Хаджиметов, А., Хасанов, Ш., & Фозилов, М. (2020). Оценка функционального состояния эндотелия у больных вирусным гепатитом перед удалением зуба. in Library, 20(4), 429–432. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13980>
8. Назаров, З., Батиров, Б., Софиева, Н., & Бафоев, Б. (2022). ПЛАНИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 1(1), 33–36. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-1-7>
9. Дусмухамедов, М., Юлдашев, А., Дусмухамедов, Ш., & Худайбердиева, И. (2022). Роль хронических очагов инфекции в носоглотке и легких на функциональное состояние тромбоцитов у детей с врожденной расщелиной неба. in Library, 22(1), 181–184. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14270>

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.

Казахско-Российский Медицинский Университет

Актуальность: Невралгия тройничного нерва в челюстно-лицевой хирургии является одной из актуальных моментов современной медицины. Среди невралгических заболеваний лица - ведущее место занимает синдромы, вызванные поражением ветвей тройничного нерва, уступая по частоте лишь люмбагиям и люмбоишалгиям. Диагностика этого заболевания осуществляется на основании изучения характерных клинических проявлениях в виде пароксизмальных болей на лице больного. Этиология невралгии тройничного нерва до сих пор не установлена. Настоящее время общепринятой является точка зрения о решающей роли в происхождении НТН, сдавления корешка пятого нерва в месте его выхода в мозговую полость патологически извитым кровеносным сосудом, который встречается в 88% наблюдений. В последние годы появились сообщения (Р.Р. Ахмеров, с соавт., 2016г.) об успешном использовании аутологичной плазмы при различных патологиях. Как указывают авторы, аутологичная плазма способствует восстановлению обменных процессов, улучшает микроциркуляцию и метаболизм в клетках тканей, нормализует тканевое дыхание. Перечисленные выше свойства тромбоцитарной аутоплазмы, позволили нам использовать ее в лечении невралгии тройничного нерва

Цель исследования: оценка эффективности применения аутологичной тромбоцитарной плазмы при лечении невралгии тройничного нерва

Материалы и методы: проводили лечение невралгии тройничного путем введения аутологичной тромбоцитарной плазмы с анестетиком у выхода 2, 3 –й ветвей тройничного нерва у основания черепа. Метод получения аутоплазмы был следующий: кровь из вены получали, используя специализированные пробирки Plasmolifting 8.5 ml (стерильные, содержащие гепарин натрия) с использованием венозных катетеров (катетора – бабочки). Полученную в пробирке кровь, центрифугировали в настольной центрифуге 80 – 25 КНР с режимом 3000 об/мин в течение 5 минут. Процедуру проводили 3 раза в неделю, всего до 7 – 8 инъекций. Кроме инъекционного лечения, всем больным с невралгией тройничного нерва проводили комплексную стандартную терапию. Обследовано 30 больных с невралгией и невритом тройничного нерва, находившихся на лечении в ГКБ №5 в челюстно-лицевом отделении с 2019 по 2022 гг. Обследование и комплексное лечение проводилось в остром периоде заболевания с последующим наблюдением. 5 обследовались повторно. Один из них с невралгией тройничного нерва. На примере 30 больных с заболеваниями тройничного нерва будут рассмотрены вопросы лечения. Среди

обследованных больных мужчин – 12 (40%), женщин-18 (60%). Средний возраст, как невралгий, так и неврита у мужчин составил $45 \pm 0,6$ года, женщин – 47 лет, интервал – от 36 до 45 лет. Продолжительность болезни у 6 больных значительная, от 1 до 10 лет, у 7–наблюдалось и более длительное течение- от 21 до 36 лет. Правосторонняя невралгия наблюдалась в 18 (60%) случаях, левосторонняя – в 12 (40%) случаях. Случаев с двусторонней невралгией не наблюдалось. Наиболее часто отмечалось, сочетание второй и третьей ветви тройничного нерва 12 (40%). 8 больных – (26,7%) , изолированное: второй ветви -10 (33,3%) и третьей – 8 больных – 26,7%).

Таким образом, введение в комплексное лечение НТН аутологичной плазмы, обладающей противоотечным, противовоспалительным действием, уменьшает частоту и интенсивность болевых приступов, т.е. улучшает качество жизни больных. Кроме того, у больных время наступления приступов было короче. Универсальный механизм действия, простота и дешевизна получения плазмы, обогащённой тромбоцитарными факторами, позволили нам рекомендовать ее при комплексной терапии невралгии тройничного нерва.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.

Казахско-Российский Медицинский Университет

Актуальность нарушении функции височно – нижнечелюстных суставов обусловлена возросшей распространенности данной патологии и недостаточной эффективности традиционных методов лечения. По этому поводу многие авторы высказывали различные точки зрения по поводу этиологии, патогенеза и клиники заболеваний. Эти вопросы остаются спорными и на сегодняшний день.

Целью настоящей работы явилось уточнение этиологической природы нарушение функции височно – нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 человека с нарушением функции височно – нижнечелюстных суставов, в возрасте от 14 до 50 лет с 2019 по 2022гг. Обследование проводили по обще принятым методом со сбора анамнеза. Клиническое обследование начинали с полости рта, изучали движение нижней челюсти, что туда входило движение нижней челюсти в разных направлениях, отмечали степень открывание рта. При наружной и внутренней пальпации область суставов определяли характер экскурсии суставных головок, а также оценивали состояние жевательных мышц в покое и во время движения челюсти.

На основании наших наблюдения во время опроса и клинического осмотра больных выявлены предположительные причины и установлены возникновения дисфункции височно – нижнечелюстных суставов .Это зубочелюстные аномалии (глубокое резцовое перекрытие 10 (23,8%), аномалия положения отдельных зубов – 15(35,7%), открытый прикус -6 (14,3%), сужение челюстей и зубных дуг -6(14,3), отсутствие моляров - 5(11,90%), а также отмечено вредная привычка двигать нижней челюстью в разные стороны).

Клиническая картина складывалась из жалоб больных и данных обследования. Жалобы были следующие: щелканье, хруст в суставах, которые временами проходили самостоятельно и вновь появлялись, боль, ограниченное или затрудненное открывание рта, привычный вывих, односторонняя головная боль, понижение слуха или чувство присутствие жидкости в ухе. Боль появлялась самопроизвольно или при прикосновении, надавливании на суставы, смещении челюсти в сторону, напряжение жевательных мышц. При пальпации определялось движение суставных головок во время открывания рта было толчкообразное или волнообразное, скованное, а также смещение нижней челюсти в сторону.