

МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА, ВОЗНИКШИХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Жабборова Зарнигор Бозорбой кизи

Самаркандский государственный медицинский университет

Азиз Кубаев Сайдолимович

Аннотация: В данной статье подробно рассказывается о магнитолазерной терапии повреждений нижних альвеолярных нервов, вызванных переломом нижней челюсти, оценка эффективности магнитолазерной терапии в комплексном лечении невропатии после дентальной имплантации.

Ключевые слова: нижние альвеолярные нервы, дентальный имплантат, магнитолазерная терапия, клинические проявления, невропатия.

Введение:

Настоящее исследование основано на результатах анализа клинических, инструментальных и лучевых исследований 27 больных с посттравматической нейропатией нижнего альвеолярного нерва. Диагноз повреждения нижнеальвеолярного нерва ставили на основании клинических проявлений невропатии. Исследование чувствительности кожи нижней губы и подбородка в сегменте дисфункции нижнеальвеолярного нерва и в симметричном сегменте проводили с помощью сенсорных тестов.

Работа основана на результатах анализа клинических, инструментальных и лучевых исследований 27 больных с посттравматической нейропатией нижнего альвеолярного нерва. Методы диагностики включают объективные и субъективные методы, в том числе нейросенсорное тестирование. Диагноз повреждения нижнеальвеолярного нерва ставился на основании клинических проявлений невропатии.

Анализ литературы и методология:

Противовоспалительное, обезболивающее, антиоксиданты, комплекс В группы витаминов. Магнитолазерная терапия включена в комплекс консервативного лечения больных. Большинство пациентов после имплантации предъявляли жалобы на боли различной степени, снижение или отсутствие чувствительности нижней губы, кожи подбородка, слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти, парестезии или гиперестезии.

Имплантация зубов, получившая сейчас широкое распространение, является достаточно популярным видом ортопедической помощи при частичной или полной адентии. В то же время известно, что у 5-26% пациентов после

дентальной имплантации развиваются осложнения, сопровождающиеся комплексом функциональных и структурных нарушений. Одним из хирургических осложнений дентальной имплантации является повреждение нижнечелюстного канала при остеотомии или установке дентального имплантата и послеоперационная непрямая травма вследствие гематомы, вторичной ишемии и термических раздражителей.

Полученные результаты:

Проявляется посттравматической невропатией, характерной клиникой болевого синдрома от легкой парестезии до полной анестезии, сопровождается эмоционально-стрессовыми расстройствами и значительно ухудшает качество жизни больного. Наиболее частым результатом повреждения нерва является потеря чувствительности губ, подбородка. В результате повреждения нерва нарушаются многие функции, такие как речь, прием пищи, питье и др.

Для оценки тяжести повреждения нижнего альвеолярного нерва Jalbout и Tabougian классифицировали три категории нейросенсорных изменений во время установки имплантата на основании динамики во времени и полноты восстановления чувствительности. Диагностика нарушений чувствительности нижнего альвеолярного нерва основывается на субъективных клинических сенсорных тестах и объективных сенсорных тестах.

Клинические сенсорные тесты до сих пор остаются наиболее популярными в повседневной практике, основанные на стимуляции через кожный контакт и включающие тактильную и температурную дискриминацию. В настоящее время существуют различные методы лечения повреждений нижнеальвеолярного нерва, применение медикаментозных средств, иглорефлексотерапия, местная физиотерапия.

Магнитотерапия считается относительно безопасной альтернативой, не имеющей значительных побочных эффектов. Научных публикаций, в которых оценивается влияние магнитолазерной терапии на лечение невропатии после имплантации, немного. Поэтому эффективность магнитолазерной терапии в лечении невропатии нуждается в изучении.

Обсуждение:

Диагноз повреждения нижнеальвеолярного нерва ставился на основании клинических проявлений невропатии. При сборе данных пациентов оценивали изменения чувствительности кожи губ и подбородка, слизистой оболочки полости рта. Для установления диагноза было проведено рентгенологическое исследование для уточнения локализации имплантата.

Пациентов, обратившихся с жалобами на боль, попросили записать баллы боли с помощью бумажной визуальной аналоговой шкалы, чтобы указать интенсивность боли. Результаты лечения показали, что комплексное лечение с

применением магнитолазеротерапии сокращает сроки восстановления чувствительности губ и кожи подбородка, а также облегчает болевую чувствительность и снижает эффективность лечения. Магнитолазерная терапия способствует увеличению кровотока за счет вазодилатации, а также уменьшает отек.

Вывод:

В заключение, если нерв поврежден, обследование и лечение следует начинать сразу же после повреждения, чтобы получить хороший прогноз. Магнитолазерная терапия может быть рекомендована в качестве немедикаментозной альтернативы пациентам с легкой и умеренной болью на следующий день после повреждения нерва, эффекты зависят от степени повреждения нерва. При этом применение магнитолазеротерапии не вызывает побочных эффектов и позволяет добиться стойкого долгосрочного результата.

Использованной литературы:

1. Иваничев Г. А. Комплексный регионарный болевой синдром — регионарная скелетно-мышечная боль / Г. А. Иваничев // Международный неврологический журнал. — 2012.
2. Ешиев А. М. Профилактика и лечение воспалительных осложнений открытых переломов нижней челюсти с применением гидроокиси апатита — коллапанового геля / А. М. Ешиев, Н. Мырзашева // Молодой ученый. — 2013.
3. Закишева С. М. Регионарное введение препаратов в комплексном лечении переломов нижней челюсти / С. М. Закишева, А. Т. Токбергенова // Современные проблемы науки и образования. — 2013.
4. Медведев Ю. А. Тактика лечения пациентов с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда / Ю. А. Медведев, Д. Ю. Милюкова // Стоматология. — 2012.