

the oral cavity, the appointment of antibacterial, immunokorrigiruyuschih, sedatives, painkillers. The inferior alveolar nerve injury requires mandatory surgery to remove dental implant and apical sealing of the mandibular canal. In the rehabilitation process for appointing physiotherapy, acupuncture, vitamin therapy. We observed 16 patients. The degree of damage to the inferior alveolar nerve was assessed by determining the electric potentials of facial skin and electric pulp test of the pulp of teeth premolars and molars. All patients fulfilled the same therapeutic measures that have given positive results. Patients reported improvement and restoration of sensitivity of facial skin after just three weeks after the start of treatment.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Копылова И.А., Сирак С.В., Копылов А.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России», Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: stgma@br.ru

В статье представлена схема лечения травмы нижнего альвеолярного нерва после проведенной операции дентальной имплантации. Даны рекомендации по дооперационной подготовке пациентов, схемы назначения физиотерапевтических процедур для восстановления периферического кровообращения соответствующих зон лица. Хирургический этап лечения: под анестезией проводится разрез, отслойка слизисто-надкостничного лоскута, остеотомия в области перфорации нижнечелюстного канала, с помощью лигатур отодвигается нижний альвеолярный нерв, извлекается имплантат, нерв укладывается на место, фиксируется костное окно, дефект закрывается слизисто-надкостничным лоскутом, накладываются швы. От полости рта рана изолируется с помощью пленки «Диплен». Процессы восстановления чувствительности контролируются с помощью определения показателей электропотенциалов кожи лица (27-35 мкА в норме) и электровозбудимости пульпы зубов (2-6 мкА в норме) на соответствующей стороне.

ON THE TREATMENT OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE IN DENTAL IMPLANTATION

Kopylova I.A., Sirak S.V., Kopylov A.V.

GBOU VPO "Stavropol State Medical University, Russian Ministry of Health", Stavropol, Russia (355000, Stavropol, Mira str., 310), e-mail: stgma@br.ru

The article presents a scheme of treatment of inferior alveolar nerve injury after surgery dental implants. Recommendations are given for the pre-operative preparation of patients, physical therapy regimen with recovery of peripheral blood respective zones of the face. Surgical stage of treatment is carried out under anesthesia, incision, detachment of muco-periosteal flap, osteotomy of the mandibular canal perforation, using ligatures postponed inferior alveolar nerve, the implant is removed, the nerve is placed on the seat, fixed bony window, the defect is closed mucoperiosteal flaps are superimposed seams. From the mouth wound insulated with foil "Diploma". The recovery of sensitivity are controlled by electric potentials identify indicators of facial skin (27-35 mA in normal) and electroexcitability tooth pulp (2-6 mA in normal) on the same side.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Коробкова А.С.¹, Агафонов А.В.¹, Туев А.В.¹, Василец Л.М.¹, Хлынова О.В.¹, Желобов В.Г.¹, Григориади Н.Е.²

1 ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пермь, Россия (614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: rector@psma.ru

2 Пермская краевая клиническая больница, г. Пермь (614990, г. Пермь, ул. Пушкина, д. 85), e-mail: prh@permonline.ru

С целью изучения ультразвуковых признаков синовита и доплерографических признаков локального воспаления коленных суставов при ревматоидном артрите (РА) было обследовано 32 человека (16 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита и 16 практически здоровых лиц). Для оценки анатомических структур сустава использовался В-режим. Допплерометрическое исследование включало в себя оценку спектра кровотока в экстрасиновиальной артерии (собственной коленной артерии), измерение максимальной и минимальной систолической, конечной диастолической, а также средней скоростей кровотока, расчет индексов резистентности и пульсации. Ультразвуковые показатели сопоставлялись с клиническими и лабораторными данными. Выявлены достоверные различия между группами по толщине и длине выпота в суставе и толщине синовиальной оболочки ($p < 0.05$). У больных РА было выявлено уменьшение индекса резистентности в коленной артерии относительно здоровых лиц ($p < 0.05$). Полученные результаты подтверждают возможность использования экстрасиновиальных сосудов для оценки васкуляризации коленного сустава в качестве скринингового метода диагностики артрита.