

ПАСТКИ АЛВЕОЛЯР НЕРВИ ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШИНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШ ЧАСТОТАСИ, САБАБЛАРИ ВА КЛИНИКАСИ



Ризаев Жасур Алимджанович¹, Абдуллаев Афзал Сархадович¹, Шакирова Шахноза Эркиновна²
1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
2 – Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ И КЛИНИКА ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НИЖНЕГО АЛВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Ризаев Жасур Алимджанович¹, Абдуллаев Афзал Сархадович¹, Шакирова Шахноза Эркиновна²
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 – Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

FREQUENCY, CAUSES AND CLINIC OF LOWER JAW FRACTURE WITH DAMAGE OF THE LOWER ALVEOLAR NERVE

Rizaev Jasur Alimdzhanovich¹, Abdullaev Afzal Sarkhadovich¹, Shakirova Shakhnoza Erkinovna²
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: afzal.royal@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Сўнги ўн йилликда юз-жағ шиfoxоналаридаги ҳамроҳ ва кўп сонли шикастланишлар ҳисобига юз скелети синишининг оғир даражаси билан хасталанган беморларнинг сони ортиб бораётгани кузатишмоқда. Хорижий ва маҳаллий муаллифлар маълумотларига кўра, уларнинг 85 фоизгача қисмини пастки жағ синиши ҳолатлари ташкил қилади. Деярли барча вазиятларда пастки алвеоляр нервнинг шикастланиши кузатилади. Ҳамма ҳолатларда шу турдаги патологиялар учун муҳим бўлган оғриқ синдроми қайд қилинади. Беморлар турмуш тарзи ёмонлашади. Бу тоифага мансуб беморлар жағ-юз бўлимлари ва стационардан чиққандан кейин еса уларнинг қошидаги реабилитация хоналарида даволанади. Суяк бўлаклари иммобилизацияси ва суяк бўлақларининг яққол силжиши кузатишган вазиятларда жарроҳлик йўли билан суяк остеосинтези амалга оширилади, консерватив даво муолажалари қўлланилади. Асаб тўқималарининг тикланиши жараёнини яхшилаш ва у орқали асаб импульслари ўтказувчанлигини ошириш мақсадида Б гуруҳига мансуб витаминлар ва бошқалардан фойдаланилади. Мақсад: Пастки алвеоляр нерви жароҳатланиши билан кечадиған пастки жағ синиши билан оғриган беморларни турли даврлардаги учрашани аниқлаш. Материаллар ва услублар. Юз-жағ соҳаси синишлари ва пастки алвеоляр нерв шикастланиши ҳақидаги маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг маълумотлари. Хулоса. Тадқиқотлар натижасида еркакларда олд-орқа ўлчами ва юқори жағ бўшлигининг баландлиги, қозиқ тишлар ва биринчи премолярларнинг илдизлари учлари томонидан юқори жағнинг пастки қисмини тешишлик частотаси пастки жағнинг баландлиги, ўрганилаётган тишлар соҳасидаги алвеоляр қисм (премолярлар ва моларлар), шунингдек, ретромоляр чуқурчанинг ўлчам базаси ҳисобига еканлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткичлар бир босқичли имплантация, алвеоляр жараённи кучайтириш, шунингдек, синусни кўтариш операцияларини режалаштиришда муҳим аҳамиятга эга.

Калим сўзлар: Пастки-жағ синишлари, невритлар, пастки алвеоляр нерв.

Abstract. Relevance. Over the past decade, in hospitals of the facial and maxillofacial hospitals, there has been an increase in the number of patients with severe fractures of the facial bones due to combined and multiple trauma. According to foreign and domestic authors, up to 85% of them are cases of mandibular fractures. In almost all cases, damage to the inferior alveolar nerve is observed. In all cases, there is a pain syndrome, which is important for this type of pathology. Patients have a worsening lifestyle. Patients of this category are treated in the maxillofacial departments and in rehabilitation rooms under their supervision after discharge from the hospital. In cases of immobilization of bone fragments and obvious displacement of bone fragments, bone osteosynthesis is performed surgically, conservative treatment is used. B vitamins and others are used to improve the process of restoration of nervous tissue and increase the conduction of nerve impulses through it. Objective: To determine the incidence of mandibular fractures with damage to the inferior alveolar nerve in different periods. Materials and methods. Data of domestic and foreign authors on fractures of the maxil-

lofacial region and damage to the inferior alveolar nerve. Conclusions. Studies have shown that in men, the anteroposterior size and height of the upper jaw cavity, the frequency of perforation of the lower part of the upper jaw by the apices of the roots of molars and first premolars, the height of the lower jaw, the alveolar part in the area of the examined teeth (premolars and molars) are also due to the measured base of the retromolar fossa. These indicators are important when planning simultaneous implantation, strengthening of the alveolar process, as well as sinus lift operations.

Key words: *mandibular fractures, neuritis, inferior alveolar nerve.*

Кириш. Пастки алвеоляр нерви жароҳати шикастланиш, чўзилиш, пастки жағнинг суяк бўлаклари билан сиқилиши оқибатида юзага келади, натижада 70,1% ҳолатларда чўзилиш, 16,8% ҳолларда контузия (шикастланиш), 12,5% тўлиқ бўлмаган ёки 0,6% тўлиқ узилишлар кузатилади [3,5,12,20]. Пастки алвеоляр нерви жароҳатлари субклиник, йенгил, ўрта, ярим оғир ва оғир даражаларга бўлинади, шу билан бирга иннервация қилинган тўқималарда синиш соҳасидаги остеорепарация жараёнларининг бузилиши, иннервация ҳудудида сезувчанликнинг танқислиги каби нейротрофик ўзгаришлар кузатилади [2, 7, 15].

Ҳамма ҳолатларда шу турдаги патологиялар учун муҳим бўлган оғриқ синдроми қайд қилинади [1, 9, 12, 22]. Беморлар турмуш тарзи ёмонлашади [1,2,16].

Бу тоифага мансуб беморлар жағ-юз бўлимлари ва стационардан чиққандан кейин еса уларнинг қошидаги реабилитация хоналарида даволанади. Суяк бўлаклари иммобилизацияси ва суяк бўлақларининг яққол силжиши кузатилган вазиятларда жарроҳлик йўли билан суяк остеосинтези амалга оширилади, консерватив дори терапияси қўлланилади [18, 23]. Асаб тўқималарининг тикланиш жараёнини яхшилаш ва у орқали асаб импульслари ўтказувчанлигини ошириш мақсадида прозерин, Б гуруҳига мансуб витаминлар ва бошқалардан фойдаланилади [4, 5, 6, 10, 17, 19].

Тадқиқот мақсади: Пастки алвеоляр нерви жароҳатланиши билан кечадиган пастки жағ синиши билан оғриган беморларни турли даврлардаги учрашини аниқлаш.

Тадқиқок объекти: Юз-жағ соҳаси синишлари частотаси, маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, скелетнинг бошқа суяқларига нисбатан олганда 12% дан 26% гачани ташкил қилади. Юз-жағнинг энг кенг тарқалган жароҳати пастки жағнинг синиши бўлиб, у Юз-жағ шикастланишларининг 86 фоизини ўз ичига олади [12, 13, 18, 21]. Йўл-транспорт ходисалари, терактлар, шунингдек, учинчи шахсларнинг ноқонуний ҳаракатлари оқибатида парчали синишлар евазига оғир кечадиган Юз-жағ шикастланишлари сони ошиб бораётганини қайд қилинди [14, 17, 23, 25].

Панкратов А. С. маълумотларига кўра (2005), пастки жағ синиши ҳолатларини сабабига кўра қуйидаги турларга бўлиш мумкин: маиший

жароҳат (81,1%), ишлаб чиқаришда олинган шикастланиш (5,58%), транспортда орттирилган жароҳат (11,49%), спорт машғулотларидан олинган шикастланиш (1,5%). Муаллиф тақдим этган ахборот маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг бошқа натижаларига мувофиқдир.

Пастки жағ синиши, аксарият ҳолларда, суяк мустаҳкамлиги паст жойлар – бурчак соҳаси, қозик тишлар проекцияси, ментал тешик, бўғим ўсиқчаси бўйни ва ўрта чизик бўйлаб юзага келади [1, 4, 17, 22]. Хорижий мутахассислар, масалан, Barera J. E., Batuello S. G. (2006) маълумотларига кўра, пастки жағ синиши қуйидагича тақсимланади: тана соҳасида 29% (ментал тешик соҳаси), бўғим ўсиқчаси- 26%, бурчак проекцияси - 25%, симфиз - 17%, пастки жағ шохи- 4%, шох ўсиқчаси- 1%. Панкратов А. С. маълумотларига кўра (2005), пастки жағ синишлари асосан қуйидаги нисбатларда учрайди: 22,9% - пастки жағ танаси, 62,25% - бурчак, 33,28% - бўғим ўсиқчаси, 0,93% - шох ўсиқчаси, 2,0% - пастки жағ шохи проекцияси. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, пастки жағ синишларининг аксарият қисми пастки жағ бурчаги ва танасига тўғри келади, бу еса деярли ҳаммиша пастки алвеоляр нервнинг шикастланишига олиб келади. Пастки жағ синиши ва пастки алвеоляр нерв (ПАН) жароҳатланиши натижасида регионал қон айланишининг яққол бузилиши кузатилади, бу еса ўз навбатида суяк тўқималарининг қайта тикланиш қобилятини сусайтиради, пародонт тўқималарини ўзгартиради [1, 9, 11, 13, 21, 25, 27]. ПАН функцияларининг ўзгариши шикастланиш, чўзилиш, қисилиш ёки узилиш оқибатида содир бўлади ва келажакда иннервация ҳудудида оғриқ синдромлари ривожланишига туртки беради [6, 12, 19, 24]. Пастки алвеоляр нерв шикастланиши субклиник, йенгил, ўртача, ўртача оғир ва оғир шаклларга ажаратилади [2, 8, 15, 19, 23, 24, 26]. Таъкидландики, пастки жағ суяги бўлаклари горизонтал йўналишда 0,5 см ва вертикалига 1,0 смгача силжиганда пастки алвеоляр нерв жароҳати ўртача-оғир ва оғир даража деб ҳисобланади [11, 18, 22]. Агар суяк бўлаклари силжиши яллиғланиш ҳолатлари мавжуд бўлмаганда ҳам сақланиб қолса, пастки алвеоляр нерв функциялари тикланмайди. Чунки пастки алвеоляр нервнинг ҳаракатчан суяк

парчалари билан мунтазам жароҳатланиши юзага келади.

Бошқа маълумотларга кўра [14, 18, 26, 28, 29] пастки алвеоляр нерв жароҳатланиши куйидагича таснифланади: контузия (шикастланиш), чўзилиш, тўлиқ бўлмаган ва тўлиқ узилиш. ПАН шикастланишларининг пайдо бўлиш частотаси: чўзилиш- 70,1%, контузия (шикастланиш) - 16,8%, тўлиқ бўлмаган узилиш- 12,5% ва тўлиқ узилиш- 0,6%. Пастки жағ синиши ташхиси билан биринчи марта мурожаат қилган беморларнинг 93,8% ида пастки алвеоляр нерв жароҳати аниқланган [15, 19, 28]. Вақт ўтиши билан шикастланиш томонидаги шиллик қават ва тишлар сезувчанлигининг бузилиши 63,2% беморда қайд қилинган. Шу сабабли, 36,8% беморда пастки алвеоляр нерв жароҳати тескари табиатга ега бўлиб, бу ҳолат суяк парчалари босими ёки зарарланиш ортидан келиб чиққан гематома, чайқалиш ва шикастланишдан юзага келган бўлиши мумкин. Шунингдек, пастки алвеоляр нервга стоматологик аралашувлар, эндодонтик манипуляциялар ва дентал имплантация омиллари таъсир кўрсатиши еҳтимоли бор [1, 6, 8, 12, 15, 18, 19, 23, 27]. Келгусида пастки алвеоляр нерв жароҳати билан оғриган 44,5% беморда пастки алвеоляр нерв шикастланиши жараёни қайтариб бўлмас кўриниш олди ва пастки алвеоляр нерв иннервация худуди сезувчанлигининг бузилиши, оғриқ каби жиддий функционал асоратларга сабаб бўлди.

Шунингдек, тадқиқотларда ПАНнинг кўпинча езилгани ёки парчалангани қайд қилинган. Witterwer ва унинг ҳаммуаллифлари (2006) томонидан 40 нафар бемор текширувдан ўтказилганда, уларнинг 39 нафаридан сезувчанлик бузилгани кузатилган, қолаверса, 16 беморда бу ҳолат оғир даражада кечган, бир йил ва ундан ортиқ муддат давомида тикланмаган. Периферик нерв жароҳатининг табиатидан қатъий назар, ушбу нерв иннервация қиладиган тўқималарда нейротрофик ўзгаришлар қайд қилинади [3, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 26]. Шунингдек, шикастланган нерв аксарият ҳолларда чандикқа тортилади, бу еса ўз навбатида клиник жиҳатдан кескин оғриқлар ва трофик бузилишлар билан намоён бўлади [7, 12]. Периферик нерв жароҳатланганда кўпинча суяк, ўраб турган тўқималарнинг дистрофик ўзгаришлари, остеопороз пайдо бўлади, у тиш чиқишининг кечикиши, оғиз шиллик қаватида трофик яралар юзага келиши билан характерланади [12, 16, 25]. Ўраб турган тўқималарнинг токсинлар ажралиши билан кечадиган шикастланиши натижасида пайдо бўладиган ва унинг худудида жойлашган маҳаллий яллиғланиш жараёнлари ҳам ПАН ҳолатига таъсир кўрсатиши мумкин [10, 16, 18,

21, 26, 30]. Асаб жароҳати суяк тўқималари шаклланадиган худудга хос трофик асоратлар табиатининг оғирлашишига олиб келадиган невромаларнинг юзага келишига сабаб бўлиши еҳтимоли бор [24, 25, 28]. Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг фикрича, 12% вазиятларда уч шохли асаб невропатияси Юз-жағ зарарланишидан келиб чиқади [14, 18, 19, 22, 27]. Оғриқ синдроми асаб невропатиясининг энг кенг тарқалган кўриниши бўлиб, у паратезия ходисаларидан устун туради ва ушбу патологиянинг устувор аломатига айланиб қолади [1, 7, 18, 20, 23, 28]. Кўплаб муаллифлар функциянинг чекланишини мавжуд тиббиётнинг суяк тўқималари қайта тикланишининг бузилишидан келиб чиқадиган оламшумул муаммоси деб билишади [6, 8, 11, 15, 19, 24, 29]. Шунинг учун ҳам суяк регенерациясига хос патофизиологияни тушуниш синган жойга таъсир кўрсатишининг турли усулларида фойдаланишга имкон беради ва бу суяк тўқималаридаги метаболик жараёнларнинг яхшиланишига хизмат қилади [5, 7, 8, 12, 14, 26, 30]. Травматик остеомиелит ПАН суяк парчалари билан тўла кесилган ёки езилгани сабабли уларнинг бирикиш имкони қолмаган ҳолатларда ривожланади [10, 15, 27, 30]. Хорижий олимлар маълумотларига кўра, ПАН жароҳатини ўз вақтида ташхислаш ва даволашнинг мавжуд емаслиги ҳам синган жой консолидациясини секинлаштиради, айрим клиник ҳолатларда еса сохта бўғимнинг шаклланишига олиб келади [7, 11, 16, 19, 22, 24, 28].

Шунингдек, улар гомеостаз суяк тўқимаси морфологиясига таъсир кўрсатади деб таъкидлайдилар ва бу суяк тўқимасининг қайта тикланиши юзасидан ўтказилган гистологик тадқиқот натижалари билан ҳам тасдиқланган [15, 17, 18, 20]. Пастки жағи синган беморларда қайта тикланиш жараёнида суяк тўқималарининг зичлиги пасаяди, бу ҳолат ғовакли суяк зичлигининг камайиши ва қувурсимон трабекуллар ўрнига таёксимонлари шаклланишига олиб келади [1,16]. Шу муносабат билан анизотропия даражаси ошади, қолган трабекулалар еса бирламчи ўқи юқламасига нисбатан кўндалангига жойлашадилар. Вилкицкая К.В. (2012) ПАН шикастланиши билан кечадиган пастки жағ жароҳатларида калсий ва аминокислотлар алмашинуви ўзгаришини таъкидлаган.

Терешук С.В., Иванов С.Ю., Деменчук П.А. ва бошқа маҳаллий олимлар маълумотларига кўра (2016, 2017), қон томирлари ва ПАН шикастланиши билан кечадиган пастки жағ синиши ҳолатларининг кўпчилигида қайта тикланиш жараёнлари турли даражада намоён бўладиган яллиғланиш асоратлари билан кечган.

Бу балоғатга йетмаган куёнларда ўтказилган тажрибалар орқали ҳам исботланган. Шунингдек, пастки жағнинг шикастланган томонидаги суяк тўқимаси ва ўраб турган тўқималарда атрофия ва дистрофия, склеротик ўзгаришлар қайд қилинган. Бу еса, ўз навбатида, регенерат қайта қурилишининг секинлиги оқибатида яққол кўзга ташланадиган остеосклероз ҳисобига пастки жағ облитерациясига олиб келади [3, 17]. Худди шундай натижалар хорижий А1- Hashmi A. K. олимларида ҳам қайд қилинган (2008). ПАН жароҳати пастки жағ синишида асоратлар туғилишига сабаб бўлади, шунингдек синган жой суяк тўқималарининг регенератив хусусиятларини сезиларли даражада камайтиради.

Натижалар: Шундай қилиб, пастки жағ синишида кузатиладиган ПАН жароҳати ҳақидаги маълумотлар бу турдаги патологиянинг кенг тарқалганини кўрсатади. Беморлар томонидан кескин ҳис қилинадиган парестетик бузилишлар, сезувчанликнинг йўқолиши ва яққол оғрик синдроми клиник симптоматиканинг ёрқин белгиларидир. Буларнинг бари бу патологияни атрофлича ва чуқур ўрганишни тақозо қилади.

Хулоса: Тадқиқотлар натижасида еркакларда олд-орқа ўлчам ва юқори жағ бўшлигининг баландлиги, қозик тишлар ва биринчи премолярларнинг илдизлари учлари томонидан юқори жағнинг пастки қисмини тешилиш частотаси пастки жағнинг баландлиги, ўрганилаётган тишлар соҳасидаги алвеоляр қисм (премолярлар ва моларлар), шунингдек, ретромоляр чуқурчанинг ўлчам базаси ҳисобига еканлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткичлар бир босқичли имплантация, алвеоляр жараёни кучайтириш, шунингдек, синусни кўтариш операцияларини режалаштиришда муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар:

1. Бочарова И.Г. Восстановление костной ткани альвеолярного отростка при перфорации верхнечелюстного синуса в условиях направленной тканевой регенерации: автореферат дисс... к.м.н. Воронеж: Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2018.
2. Гайворонский, И.В. Сравнительная характеристика краниометрических и компьютерно-томографических исследований строения нижней челюсти в прикладном аспекте имплантации зубов // Морфология. – 2012. – Т. 141, № 1. – С. 71-74.
3. Зекерьяев Р.С., Сирак С.В. Опыт использования остеопластических материалов для пластики дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти при перфорации верхнечелюстного синуса // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2. С. 88.

4. Иванова О.П. Частота встречаемости объемных образований гайморовых пазух на томограммах челюстей // Современные проблемы науки и образования. -2017.-№ 6. -С. 108.
5. Иващенко А.В., Архипов А.В. Предупреждение перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при синус-лифтинге: Самара, 2014. С. 232-234.
6. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Бузкурзода Ж.Д., Имомов К. Опыт использования остеопластических материалов для пластики дефекта перфорации верхнечелюстного синуса. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицине» СамМИ 2018г. С.34.
7. Качалиев Х.Ф., Кубаев А.С., Хазратов А.И., Мусинов О.Ш., & Шавкатов П.Х. (2021). Неотложная помощь при переломе скуловой кости и передней стенки гайморовой пазухи. Наука и образование сегодня, (1 (60)), 74-78.
8. Кошель В.И. Перфорация верхнечелюстного синуса при удалении зуба: хирургические аспекты и использование биоматериалов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 3-4. С. 630-633.
9. Кошель И. В. Новые методы закрытия ороантрального соустья // Научный альманах. 2016. №23 (16). С. 89-94.
10. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Юсупов Ш.Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – №. 2. – С. 117-119.
11. Кубаев А.С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
12. Кубаев А.С., Валиева Ф.С. Морфофункциональное состояние полости носа у больных при верхней микрогнатии // Современные достижения стоматологии. – 2018. – С. 66-66.
13. Кубаев А. С. Разработка алгоритма диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица // Zbiór artykułów naukowych recenzowanych. – 2019. – С. 66.
14. Никитин А.А. и др. Способ пластики ороантрального соустья // Медицинский алфавит. 2017. Т. 1, № 1. С. 10-15.
15. Назарян, Д.Н. Вертикальная 3D-аугментация верхней и нижней челюстей для подготовки к дентальной имплантации // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2012. - № 3. - С. 10-19.

16. Никитенко В.В. Возрастные изменения верхнечелюстного синуса и его стенок у людей старших возрастных групп / Никитенко В.В., Иорданишвили А.К. // Институт стоматологии. – 2013. – № 1 (58). – С. 80-81.
17. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С., Абдукадиров А.А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – № 3. – С. 162-165.
18. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.
19. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
20. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Кубаев А.С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.
21. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
22. Ризаев Ж.А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
23. Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т., Пулатов О.А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
24. Шавкатов П.Х., Кубаев А.С., Бузрукзода Ж.Д., Абдуллаев А.С., & Мардонкулов Ш.К. (2021). Пути повышения эффективности комплексного лечения при переломах нижней челюсти с применением препарата пентаглобина. In *Volgamedscience* (pp. 754-756).
25. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – С. 6378–6383-6378–6383.
26. Nurmatovna A. N., Farkhodovich S. A., Taxiurova D. A. Influence of Adaptable Factors on Children with Attention Defects and Hyperactivity in the Elementary School // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – С. 14542-14546.
27. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // *Annals of Cancer Research and Therapy*. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
28. Khazratov, A. I., Rizaev, J. A., Lisnychuk, N. Y., Reimnazarova, G. D., Kubaev, A. S., & Olimjonov, K. J. (2021). Morphofunctional Characteristics Of The Oral Mucosa Of Experimental Rats In Experimental Carcinogenesis. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 8(2), 227-235.
29. Khasanov, I. I., Rizaev, J. A., Abduvakilov, J. U., Shomurodov, K. E., & Pulatova, B. Z. (2021). Results of the study of indicators of phosphorus-calcium metabolism in patients with partial secondary adentia. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 251-258.
30. Razukevicius D., Inferior alveolar nerve sensitivity changes after mandibular trauma / Razukevicius D., Kubilius R., Sabalys G., Lukosiunas A., Grybauskas S. // *Medical Health and Science Journal*. 2010. Т. 4. № 4. P. 1-7.

ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ И КЛИНИКА ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Ризаев Ж.А., Абдуллаев А.С., Шакирова Ш.Э.

Резюме. Актуальность. За последнее десятилетие в стационарах лицевого и челюстно-лицевого стационаров отмечается увеличение числа пациентов с тяжелыми переломами костей лица вследствие сочетанной и множественной травмы. По данным зарубежных и отечественных авторов, до 85% из них составляют случаи переломов нижней челюсти. Практически во всех случаях наблюдается поражение нижнего альвеолярного нерва. Во всех случаях отмечается болевой синдром, что имеет значение для данного вида патологии. У больных ухудшается образ жизни. Больные этой категории лечатся в челюстно-лицевых отделениях и в реабилитационных кабинетах под их наблюдением после выписки из стационара. В случаях иммобилизации костных отломков и явного смещения костных отломков костный остеосинтез производят хирургическим путем, применяют консервативное лечение. Витамины группы В и другие используются для улучшения процесса восстановления нервной ткани и повышения проводимости по ней нервных импульсов. Цель: Определение встречаемости в различных периодах переломов нижней челюсти с повреждением нижнего альвеолярного нерва. Материалы и методы. Данные отечественных и зарубежных авторов о переломах челюстно-лицевой области и повреждении нижнего альвеолярного нерва. Выводы. Исследования показали, что у мужчин переднезадний размер и высота полости верхней челюсти, частота перфорации нижнего отдела верхней челюсти верхушками корней моляров и первых премоляров, высота нижней челюсти, альвеолярная часть в области исследуемых зубов (премоляры и моляры) также обусловлена мерным основанием ретромолярной ямки. Эти показатели важны при планировании одномоментной имплантации, усиления альвеолярного отростка, а также операций синус-лифтинга.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, неврит, нижнеальвеолярный нерв.