

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Ион Мунтяну,
профессор
университар

Кафедра Челюстно-
Лицевой хирургии и
имплантологий.
«Арсение Гуцан»
ГУМФ «Николае
Тестемицану»

Резюме

Одонтогенная инфекция способствует прогрессированию и ухудшению течения клиники невралгии тройничного нерва. В связи с этим необходима комплексная стоматологическая санация полости рта, включая заболевания пародонта.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, гигиена полости рта, санация полости рта.

Rezumat

SĂNĂTATEA ORALĂ LA PACIENȚII CU NEURALGIE DE TRIGEMEN

Infecția odontogenă contribuie la progresarea și agravarea tabloului clinic a nevralgiei nervului trigemen. În legătură cu cele expuse în mod obligatoriu este indicată sănătatea cavității bucale, inclusiv și tratamentul paradontiului.

Cuvinte cheie: nevralgia nervului trigemen, igiena cavității bucale, sănătatea caviții bucale.

Summary

ORAL HEALTH FOR PATIENTS WITH TRIGEMINAL NEURALGIA

Odontogenic infection contributes to the development and aggravation of the clinical condition of the trigeminal neuralgia. Regarding the above mentioned, it is mandatory to be performed the sanitation of the buccal cavity, as well as the treatment of periodontal.

Key words: trigeminal neuralgia, buccal hygiene, oral cavity sanitation.

Актуальность темы

Невралгия тройничного нерва (Н.Т.Н) известна еще со времен древней медицины. Упоминания о ней находим у Авиценны (Ибн-Сина, 980–1037).

В 1756 г. Версальский врач Andre выделил заболевание в отдельную нозологическую единицу, назвав tic douloureux (болезненный тик). Далее в литературе она описана под различными названиями: morbus Fothtergilli, prosopalgia (Reverdi 1860), neuralgia faciale (Chaussier, 1899), neuralgia epileptiformis (Trousseau), neuralgia faciei, neuralgia quinti major.

В 1773 г. Английский врач Fothergill в своей монографии «Painful affection of the face» дал классическое описание клиники невралгии тройничного нерва, которой пользуются и в наше время. Не смотря на это, этиология заболевания до сих пор еще не раскрыта, и поэтому, применяемые методы лечения не столь эффективны.

Цель исследования

Обосновать санацию полости рта, как обязательный элемент комплексного лечения Н.Т.Н.

Материал и методы исследования

В данном сообщении мы решили обратить внимание врачей стоматологов на одонтогенные факторы при Н.Т.Н, конечно, проконсультировавшись и с другими специалистами. На протяжении более 32 лет (1983–2015) мы наблюдали более 480 больных с Н.Т.Н (ж–300, м–180) в возрасте от 21 до 93 лет, справа–310, слева–170 больных.

При осмотре полости рта у 89% больных отмечались различные патологи-

ческие процессы: у 43%—выявлены ретенированные зубы, дентиклы в 3-х случаях, контакт корней моляров с нижнеальвеолярным нервом—39, гранулирующий и гранулематозный пародонтиты— 224, гранулемы и кисты челюстей—81, нарушение окклюзии—19, некачественные протезы—10, пульпиты—144, остеомиелиты—29, пародонтиты—416.

Проанализировав большое количество источников специальной литературы(1–11), мы пришли к заключению, что причины, вызывающие Н.Т.Н, многочисленны и весьма разнообразны. К ним относятся следующие:

1) внутричерепные— опухоли в мосто–мозжечковом углу, опухоли гассерова узла, заднего корешка тройничного нерва, давление на корешок в задней черепной ямке, сосудистыми деформациями и аномалиями, атеросклеротические изменения сосудов в гассеровом узле, холестеатомы, аневризмы сонной и базелярной артерии, аномальное расположение вен, перипахименингит, поражения зрительного бугра, арахноидиты(3, 6, 7, 9).

2) внечерепные— сужения костных каналов, экзостозы—вызывающие сдавление тройничного нерва и его ветвей, фронтиты, гаймориты, этмоидиты, вовлечение нерва в рубец, сужение слезопроводящих путей, глаукома, ирит, неправильная рефракция глаз, доброкачественные и злокачественные новообразования челюстей, инородные тела, ушные болезни (1, 5, 10, 11);

3) одонтогенные — ретенированные зубы, дентиклы, давление корней моляров на нижний альвеолярный нерв, гранулирующие оститы, кисты, нарушения окклюзии, пульпиты, пародонтиты, гранулемы и остеомиелиты(6, 7, 8);

4) другие причины — рассеянный склероз, грипп, сепсис, малярия, сифилис, тифы, ревматизм, нейротропные вирусы, herpes zoster, мигрень, сосудистые спазмы, вызывающие аноксемию мозга, серингомиелия и серингобулемия, гипертоническая болезнь, отравления свинцом, мышьяком, ртутью, никотином, нарушения обмена веществ, климакс, патологические процессы в брюшной полости и малом тазу, особенно у женщин (в некоторых случаях при этих процессах раздражение через соответствующий спинальный сегмент рефлекторно возбуждение передается на ядро тройничного нерва), нарушение функций эндокринной и вегетативной нервной системы, травма поверхностно–расположенных периферических ветвей тройничного нерва, и, наконец, невралгия (9, 10, 11).

При таком огромном количестве предрасполагающих факторов и причинных факторов можно всегда выбрать один или несколько, которые имелись или предполагалось у больного в тот или иной период его жизни, чтобы считать ее причиной невралгии тройничного нерва. Однако, в подавляющем большинстве случаев при этом забо-

левании трудно обнаружить вообще какую–нибудь этиологию.

Прежде чем начинать лечение больных с Н.Т.Н, разумеется, что мы устраняли выявленные патологические процессы в полости рта, некоторые из них выполнялись в условиях стационара. Если говорить о патологии пародонта, то врачи с этой патологией могут справиться и в амбулаторных условиях. Здесь мы приводим наблюдения над 70 больными, которых разделили на три группы: в 1–ой группе применяли мазь Levomycoli, во 2–ой антибиотик Lincomycini и в 3– й– Bior.

Результаты исследования и их обсуждения:

1–я группа состояла из 23 человек. В нее вошли больные Н.Т.Н с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, в комплексном лечении которых применялись мазь Levomycoli.

2–я группа представлена 22 пациентами с Н.Т.Н с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, в комплексном лечении которых использовали Lincomycini.

3–я группа состояла из 25 пациентов с Н.Т.Н и с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, в комплексном лечении которых применяли Bior.

На этапах лечения всех пациентов обучали правилам проведения индивидуальной гигиены, проводили санацию полости рта в полном объеме, включая лечение кариеса и его осложнений, по показаниям—депульпирование или удаление зубов, а также ортопедическое лечение. При наличии сопутствующей общесоматической патологии проводилось лечение и наблюдение у соответствующих специалистов.

Лечение пародонтита проводили комплексно по общепринятой методике, сочетая терапевтические, хирургические и ортопедические методы. Комплекс лечебных мероприятий для пациентов с Н.Т.Н и с хроническим генерализованным пародонтитом включал:

- 1) обучение индивидуальной гигиене полости рта и ее профессиональный контроль;
- 2) санацию полости рта;
- 3) удаление над– и поддесневых зубных отложений (в качестве орошающего раствора применяли 0, 02% р–ра хлоргексидина);
- 4) кюретаж пародонтальных карманов;
- 5) проведение местной противовоспалительной терапии с использованием вышеперечисленных препаратов;
- 6) аутомассаж десен.

Всем пациентам до начала лечения и на его этапах проводили оценку

гигиенического состояния полости рта. После снятия зубных отложений, кюретажа пародонтальных карманов с последующим полиро-

ванием поверхности корней зубов, накладывали мазь Levomycoli на десневой край каждого зубочелюстного сегмента с вестибулярной и оральной сторон. Аппликации проводили во время стоматологического приема, или пациенты применяли мазь самостоятельно дома после предварительной чистки зубов перед сном.

Длительность процедуры была до 5 минут ежедневно. Курс лечения составлял в среднем 7–10 дней во всех трех группах. Во второй группе вводили под слизистую оболочку десны Lincomycini по 500 мг ежедневно–10 дней; В третьей группе вводили Bior также под слизистую оболочку десны по 1 мл, ежедневно–10 дней. Все препараты хорошо переносились больными, обладали достаточной адгезией к слизистой оболочке десны, не оказывали раздражающего действия, все три препарата были удобны в применении. Побочных реакций во время и после лечения не выявлено.

Клиническое обследование пациентов в динамике лечения пародонта выявило, что препараты (Levomycoli, Lincomycini, Bior) способствуют уменьшению отека и кровоточивости десен. Это подтверждалось положительной динамикой клинических показателей, отмечено достоверное снижение всех пародонтальных и гигиенических индексов, но более эффективным, при этом, оказался препарат Bior.

Таким образом, на основании проведенного клинического обследования в динамике лечения патологий полости рта, выявили положительное

действие Levomycoli, Lincomycini и Bior на клинику и течение Н.Т.Н. Данные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием, и можно их предложить в широкую практику врача стоматолога.

Список литературы

1. Веригин Г.И.// Биол. Тер.–1998.–№2.–С.35–36.
2. Грудянов А.И.//Пародонтология.–1997.–№4.–С.48–53
3. Григорьянц А.А., Чухловин А.Б., Григорьянц А.П. Роль пародонтопатогенной микрофлоры полости рта и грибкового рода Aspergillus в развитии редуции альвеолярной части челюсти// клиническая стоматология 2015–№1\73, р.44–47.
4. Петухина Н.Б., Зорина О.А., Рабинович И.М., Шилов А.М.//Эпидемиологические взаимосвязи пародонтоза, дисбактериоза кишечника, атерогенности, дислипидемии при метаболическом синдроме.Стоматология.–2015, 2, том. 94, С.16–19.
5. Ерохина Л.Г.Лицевые боли.(Невралгия тройничного нерва и другие формы прозопалгии).–М., 1973
6. Колынин В.П. Вегетативные и нейрохимические нарушения при невралгии тройничного нерва: Автореф. Дис. канд. мед. наук. — Л., 1987.
7. Назаров В.М., Трошин В.Д., Степанченко А.В., Нейростоматология.– М., 2008.
8. Nicolau Gh., Marina I., Barbut M. Tratatamentul periodontitelor apicale cronice in doi timpi // 1. Anale Stiintifice, Editia a 12-a, volum 4, Chisinau, 2011, p.439–444.
9. Смирнов В.А. Заболевания нервной системы лиц.–М., 1975.
10. Akil H., Liebeskind J.C.// Brain Res. 00 1975.– vol.94.– p.279–296.
11. Heindler N.H. The Diagnostic and treatment of Chronic Pain.– New York, 1982.

Data prezentarii: 15.10.2015

Recenent: Dumitru Hîțu