

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО НЕВРИТА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА

Михальченко В.Ф., Фирсова И.В., Федотова Ю.М., Михальченко Д.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1), karta007@rambler.ru

В настоящем исследовании изучается проблема профилактики осложнений, возникающих на стоматологическом приёме во время эндодонтического лечения и при проведении анестезий. На основании данных собственных исследований делается вывод о необходимости планирования и проведения эндодонтических манипуляций и анестезий врачам-стоматологам, учитывая при этом индивидуальные и возрастные особенности строения нижней челюсти. В связи с несовершенством методов и способов лечения посттравматического одонтогенного неврита, а также сложной реабилитации после проведённого сложного хирургического вмешательства, авторами предложен комплексный подход к лечению данных осложнений, который включает в себя гирудотерапию, лазеротерапию и витамины группы В. Показана высокая эффективность комплексного лечения посттравматического одонтогенного неврита нижнечелюстного нерва.

Ключевые слова: посттравматический неврит, гирудотерапия, парестезия.

THE EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF POSTTRAUMATIC ODONTOGENIC MANDIBULAR NERVE NEURITIS

Mikhalchenko D.V., Firsova I.V., Fedotov Y.M., Mikhalchenko V.F.

GBOU VPO "Volgograd State medical University", Volgograd, Russia (400001, Volgograd square of the Fallen fighters, 1), karta007@rambler.ru

In the present study, we study the problem of the prevention of complications arising on the dental admission during endodontic treatment, and the conduct of anesthesia. Based on the data of their own research, the conclusion about the necessity of planning and carrying out endodontic manipulation and anesthesia dentists, taking into account individual and age peculiarities of the structure of the lower jaw. Due to the imperfection of methods and techniques for the treatment of post-traumatic odontogenic neuritis, as well as complex rehabilitation after complex surgery, the authors propose a comprehensive approach to the treatment of these complications, which includes the leech therapy, laser therapy and vitamins of group B. the high efficiency of complex treatment of post-traumatic odontogenic mandibular nerve neuritis.

Keywords: post-traumatic neuritis, hirudotherapy, paresthesia.

Проблема профилактики осложнений, возникающих на стоматологическом приёме, является весьма актуальной. Одним из таких осложнений является выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, что приводит к травме нижнечелюстного нерва [2,3]. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что большинство современных пломбировочных материалов, предназначенные для obturации корневого канала, не должны выводиться в мягкие ткани, периодонт, полость кисты, верхнечелюстной синус или нижнечелюстной канал [5,8]. На качестве эндодонтического лечения напрямую сказывается большое количество сторонников «активной заапекальной терапии», необоснованное применение устаревших материалов и методов, работа без электрометрического и рентгенологического контроля [4,7]. Кроме того, одним из осложнений эндодонтического лечения является не только выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, но и повреждение нижнечелюстного нерва

эндодонтическими инструментами (каналонаполнителем, файлом и т.д.), а также иглой, при проведении анестезий [8]. В подобных условиях травмаэндодонтическим инструментом, иглой при проведении анестезии приводят к механическому повреждению нижнечелюстного нерва. Попадание даже незначительного количества пломбировочного материала в нижнечелюстной канал приводит к компрессионной травме нижнего альвеолярного нерва.

Рентгеноанатомическое изучение длины, положения, формы, диаметра нижнечелюстного канала, его отношения к другим анатомическим образованиям, позволяет более уверенно планировать эндодонтическое лечение. Однако не все методы рентгенологических исследований могут дать точное представление о топографии нижнечелюстного канала. Более точную информацию может дать компьютерная томография, обеспечивающая трёхмерное изображение и лучшую визуализацию структуры кости [6,8]. Однако в настоящее время она дорога и доступна не всем. В этой связи на первый план выходит выбор оптимальной методики рентгенологического исследования для изучения анатомо-топографических особенностей данной области.

Ряд авторов, проводя свои исследования на трупах и препаратах сухих челюстей, свидетельствуют о большой индивидуальной вариабельности топографии нижнечелюстного канала по отношению к корням моляров, премоляров, латеральной и медиальной кортикальной пластинке нижней челюсти, в зависимости от возраста, пола и атрофии челюстной кости [2,3]. При планировании и проведении эндодонтических манипуляций врачам-стоматологам необходимо учитывать индивидуальные и возрастные особенности строения нижней челюсти. Таким образом, разработка эффективных методов лечения и профилактики данной патологии является необходимой и обоснованной.

Цель исследования: повышение эффективности консервативного лечения посттравматического одонтогенного неврита нижнечелюстного нерва.

Материалы и методы

Исследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета. Под наблюдением находилось 50 пациентов, из которых 38 женщин (76 %) и 12 мужчин (24 %) в возрасте от 18 до 47 лет, которые были направлены из различных стоматологических поликлиник города Волгограда и Волгоградской области на консультацию и лечение в клинику стоматологии ВолГМУ.

Основываясь на основных (опрос, осмотр) и дополнительных (ортопантомография и прицельная рентгенография) диагностических данных, нами был поставлен диагноз: «Посттравматический одонтогенный неврит нижнечелюстного нерва». Причины данного осложнения на стоматологическом приёме были различные, такие как выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, повреждение эндодонтическими

инструментами и иглой для проведения анестезий. Одним из основных клинических симптомов повреждения нижнечелюстного канала у 61 % больных являлась боль различной интенсивности и эмоциональной окраски. Отсутствие выраженных болевых ощущений отмечали 39 % пациентов. Вне зависимости от причины, вызвавшей повреждение нижнечелюстного канала у всех больных, наблюдалось повышение порогов электровозбудимости в исследуемых зонах кожи лица и снижение электровозбудимости пульпы зубов.

После постановки диагноза, с согласия пациентов, нами было проведено комплексное лечение, которое включало в себя гирудотерапию, лазеротерапию и витамины группы В (инъекции в/м Мильгаммы) [1,6,9].

Постановка медицинских пиявок проводилась всем больным. Курс гирудотерапии состоял из 10 сеансов. За одну процедуру мы ставили 2–3 пиявки. Сеансы гирудотерапии проводили каждый день. Время процедуры составляло в среднем 40 минут. Постановка пиявок осуществлялась в проекции нервных узлов, окончаний, иннервирующих полость рта: по переходной складке в области верхушей корней причинного зуба, в области козелка уха, на область сосцевидного отростка, по нижнему краю тела нижней челюсти поражённой стороны. Лазеротерапия инфракрасным лазером проводилась также всем больным. Курс составил 10 процедур. Длительность процедуры 5 минут, мощность 40 Вт, частота 80 Гц на 2 поля по 2 минуты. Внутримышечные инъекции Мильгаммы назначали по 2 мл через день – курс 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

В обследуемой нами группе, состоящей из 50 пациентов, проводилось последовательное комплексное лечение посттравматического одонтогенного неврита. Эффективные результаты, заключающиеся в улучшении общего состояния больных, исчезновения болевых ощущений, гипо- и парестезии были отмечены при комплексном лечении гирудотерапией, лазеротерапией и препаратом витамина группы В (Мильгамма).

Гирудотерапия – метод традиционной медицины, использующий медицинскую пиявку (*Hirudomedicinalis*) для лечения ряда заболеваний.

По мнению ряда авторов, гирудотерапию можно рассматривать как этиопатогенетическое лечение, поскольку пиявка обладает тройным действием: рефлекторным (прокусывая кожу в точках акупунктуры, она исполняет роль иголки, применяемой в традиционной иглорефлексотерапии); механическим (происходит разгрузка регионального кровотока, налаживается кровообращение в области пораженного органа) и, наконец, биологическим (в секрете слюнных желез пиявки содержится свыше 100 биологически активных веществ). Медицинская пиявка способна оказывать многочисленные

эффекты в различных системах организма: тромболитический, противоишемический, противовоспалительный, гипотензивный, дренирующий, восстанавливающий микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу импульсов, восстанавливающий проницаемость сосудистой стенки, иммуностимулирующий, анальгезирующий, нейритстимулирующий и психокорректирующий эффекты.

Мильгамма – комбинированный препарат, содержащий витамины группы В. Тиамин – витамин В₁ – регулирует углеводный и белковый обмен в клетке, участвует в процессах жирового обмена, обладает антиоксидантной активностью, регулирует проведение нервного импульса, влияя на передачу возбуждения, способствует развитию анальгетического эффекта. Препарат Мильгамма показан в качестве патогенетического и симптоматического средства в составе комплексной терапии заболеваний и синдромов нервной системы различного происхождения. Препарат ускоряет регенеративные процессы в нервной ткани. Мильгамма назначается в основном при неврологических заболеваниях, которые сопровождаются сильными болями. Улучшение кровообращения приводит к восстановлению обменных процессов, уменьшению воспаления и боли. Кроме того, витамины группы В оказывают и непосредственное обезболивающее действие.

Лазеротерапия – лечебное применение оптического излучения, источником которого является лазер. Применение лазеров в медицине основано на взаимодействии света с биологическими тканями. Аппарат низкоинтенсивной лазерной терапии «Мустанг-2000» позволяет получать короткие световые импульсы с различной частотой следования импульсов и мощностью излучения. Луч лазера активизирует многие процессы в организме, повышая энергетический обмен, неспецифическую резистентность организма и иммунитет, оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, антиаллергическое действие, восстанавливает эластичность клеточных мембран, нормализует лимфо- и кровообращение в зоне воздействия, стимулирует функцию тканей и всего организма.

Основные лечебные эффекты лазеротерапии: нормализация обменных процессов (белкового, липидного, углеводного, энергетического обмена); нормализация и стимуляция регенераторных процессов; противовоспалительное действие; дезинтоксикационное действие; антиаллергическое действие; сосудорасширяющее действие и др.

Анализ результатов проводили в конце курса лечения и через 2–3 месяца после лечения. Ближайшие и отдаленные результаты оценивали по клиническим и субъективным данным (отсутствие жалоб на боли, гипо- и парестезию) и динамике показателей электровозбудимости пульпы. В отдаленные сроки оценивали отсутствие жалоб и стабилизацию показателей электровозбудимости пульпы.

Исчезновение болей, восстановление чувствительности кожи лица, порога возбудимости пульпы зубов отмечались у 43 пациентов (86 %) после проведённого 10 дневного курса терапии. Дальнейшее лечение данным больным не проводилось, поскольку отмечалось исчезновение болевых ощущений и парестезии. У оставшихся 7 пациентов, что составило 14 %, наступление ремиссии за 10-дневный курс не наблюдалось.

В процессе лечения у большинства больных наблюдалось улучшение общего самочувствия, снижение артериального давления, улучшение аппетита и сна. Положительная динамика (исчезновение болевых ощущений и парестезии) начинала прослеживаться: к середине курса лечения – у 31 больного из 50 обследованных пациентов (62 %) и к концу курса – у 12 пациентов (24 %), у оставшихся 7 пациентов (14 %) – полного улучшения состояния не наблюдалось (даным пациентам был проведён повторный курс гирудотерапии через 1-2 месяца).

После проведённого повторного курса комплексного лечения 7 пациентам была достигнута положительная динамика у 5 пациентов (71,4 %). У оставшихся 2 больных (28,6 %) наступления ремиссии выявлено не было, а, следовательно, эффективность описанного выше комплексного лечения посттравматического одонтогенного неврита 50 пациентов составила 96 %.

Заключение

Вопрос диагностики повреждений нижнечелюстного нерва, возникающих при выполнении комплекса эндодонтических манипуляций, проведение анестезий представляются социально значимыми и актуальными. Повреждение нижнечелюстного канала может быть обусловлено не только врачебными ошибками на различных этапах эндодонтического лечения, но и индивидуальными особенностями строения нижней челюсти. Выведенный материал в нижнечелюстной канал вызывает не только механическое (компрессионное), но и химическое раздражающее действие. Возникает болевой синдром, характерный для неврита нижнечелюстного нерва, нарушение чувствительности пульпы зубов и кожи лица. Все эти симптомы зависят не только от силы сдавления нерва, но и от токсичности пломбирочного материала. В результате требуется сложное хирургическое лечение и длительная послеоперационная реабилитация пациентов.

Восстановление функций нижнего альвеолярного нерва даже после хирургического вмешательства в остром и послеоперационном периоде требует длительного терапевтического лечения и дорогостоящей реабилитации. Консервативное лечение посттравматического одонтогенного неврита с применением гирудотерапии, лазеротерапии и препарата витамина группы В (Мильгамма) приводит к выздоровлению 48 пациентов (96 %).

Недостатком консервативной терапии остаётся наличие инородного тела в нижнечелюстном канале.

Список литературы

1. Адамович Е.И., Чижикова Т.С., Петрухин А.Г. Новое о гирудотерапии // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии сборник научных трудов Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2009. – С. 135-143.
2. Елизаров А.В., Сирак С.В., Копылова И.А., Копылов А.В. Механизм повреждения нижнего альвеолярного нерва при попадании пломбировочного материала внутрь нижнечелюстного канала // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9–3. – С. 519-522.
3. Коробкеев А.А., Сирак С.В., Михайленко А.А. Особенности анатомо-топографического строения нижней челюсти как одного из факторов риска выведения пломбировочного материала в нижнечелюстной канал // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2008. – Т. 9. – № 1. – С. 45-49.
4. Михальченко А.В., Михальченко Д.В., Гаврикова С.В., Дьяченко Д.Ю. Клинико-экономическое обоснование выбора односеансного метода лечения пульпита / Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-3. – С. 560-563.
5. Михальченко А.В., Гаценко С.М., Корнаухов М.Н. Опыт применения препарата на основе гидроокиси кальция и иодоформа для лечения воспалительно-деструктивных процессов тканей апикального периодонта // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3; URL: www.science-education.ru/117-13465.
6. Михальченко В.Ф., Чижикова Т.С., Триголос Н.Н., Петрухин А.Г. и др. Нетрадиционные методы лечения в клинике терапевтической стоматологии / под ред. акад. РАМН проф. В.И. Петрова. – Волгоград: ООО «Бланк», 2006.
7. Михальченко Д.В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: дисс. ... канд. мед. наук / Волгоградский гос. медицинский ун-т. – Волгоград, 1999.
8. Сирак С.В. Оценка риска осложнений эндодонтических манипуляций на основе показателей анатомо-топографического строения нижней челюсти/С.В. Сирак, А.А. Коробкеев, И.А. Шаповалова, А.А. Михайленко // ЭндодонтияToday. – 2008. – № 2. – С. 55-60.
9. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Степанов В.А. Опыт клинического применения диодного лазера на этапах стоматологического лечения //

Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3; URL: www.science-education.ru/117-13345.

Рецензенты:

Данилина Т.Ф., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград;

Фоменко И.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.