

О.О. Тимофеев, О.П. Весова

Ураження трійчастого нерва при непухлинних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки

Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: вивчити ефективність діагностики та лікування уражень II і III гілок трійчастого нерва при непухлинних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки.

Пацієнти і методи. Під нашим спостереженням перебували 1096 осіб з нейропатією II і III гілок трійчастого нерва, котрі проходили обстеження й лікування у клініці щелепно-лицевої хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика.

Результати. Клінічне покращення й ліквідація больової симптоматики корелювали з нормалізацією електрофізіологічних показників стану уражених гілок системи трійчастого нерва.

Висновки. Запропонований метод скорочує строки лікування невралгії, невралго-невриту й невриту другої та третьої гілок трійчастого нерва більш ніж у 2,5 рази.

Ключові слова: трійчастий нерв, електрофізіологічні показники, неврологічні ускладнення, невралгія, невралго-неврит, неврит.

Вступ

Щелепно-лицева ділянка – одна з найбільш частих локалізацій хронічних больових синдромів, які спричинені ураженням периферичних нервів. Серед останніх ураження трійчастого нерва займає провідне місце. Проблема больових синдромів, пов'язаних із трійчастим нервом, дуже актуальна, складна в діагностиці й недостатньо вивчена у відношенні патогенезу (Е.С. Яворская, 2000; А.А. Тимофеев, 2012). У пошуках лікарської допомоги хворі з даною патологією вимушені звертатись до багатьох спеціалістів суміжних галузей: до невропатологів, ЛОР-лікарів, щелепно-лицевих хірургів, стоматологів.

Щелепно-лицева ділянка має багату іннервацію. Ми вже звикли до того, що після певного виду хірургічних втручань у даній ділянці виникають виражені в тому чи іншому ступені післяопераційні болі, які лікуються шляхом застосування анальгетичних препаратів, а також порушується чутливість, яка зберігається тривалий час. Часто доводиться стикатися зі стійкими, тривало існуючими та безупинними болями, котрих не можна позбутися шляхом призначення анальгетичних засобів. Саме це сприяло аналізу частоти виникнення даних синдромів (симптомів) після операцій при різній щелепно-лицевій патології.

Лікаря-стоматологу в його повсякденній практичній діяльності доводиться стикатися з неврогенними ураженнями, які мають клінічні прояви в ділянці обличчя. Ця різноманітна клінічна симптоматика може бути викликана як ускладненням захворювання щелепно-лицевої ділянки, так і будь-яким впливом на тканини цієї ділянки (В.А. Карлов, 1991; А.Н. Трещинский, 1993). Дана неврологічна патологія має не тільки різні клінічні прояви, у тому числі залежні від ступеня вираженості ураження нерва, а й відмінності в механізмі виникнення та інших факторів.

Багато неврогенних порушень у щелепно-лицевій ділянці, які виникають як ускладнення захворювань, а також після травм, хірургічного або стоматологічного втручання, лікарями-стоматологами сприймається як клінічна симптоматика, котра може бути характерною для багатьох нозологічних форм, унаслідок чого не проводиться адекватна медична неврологічна оцінка, а від-

повідно, й необхідне лікування. Проблема болу, пов'язана з патологічними процесами в системі трійчастого нерва, не тільки зберігає свою актуальність, а й вимагає подальшої розробки через наявність великої кількості несприятливих патологічних факторів у даній зоні, які здатні викликати больову симптоматику.

Мета роботи – вивчити ефективність діагностики та лікування уражень II і III гілок трійчастого нерва при непухлинних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки.

Матеріал і методи обстеження

Під спостереженням перебували 1096 осіб, котрі проходили обстеження й лікування у клініці щелепно-лицевої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика (м. Київ). У залежності від остаточно визначеного клінічного діагнозу всі пацієнти були розділені на такі групи спостереження: 1-а група – 147 осіб з одонтогенними гострими (загостреними) запальними захворюваннями щелеп (36,4 %); 2-а група – 97 хворих після гайморотомії (21,4%); 3-я група – 194 з переломами середньої та нижньої зони обличчя (47,2 %); 4-а група – 238 осіб з ретенцією та дистопією зубів (42,6 %); 5-а група – 194 обстежуваних, в яких виконано хірургічний етап внутрішньокісткової дентальної імплантації (21,1 %); 6-а група – 195 осіб з ускладненнями після ендодонтичного лікування зубів (17,1 %); 7-а група – 31 хворий, у котрих виконували хірургічне втручання із приводу нейропатії трійчастого нерва. Контрольну групу спостереження складала 35 практично здорових людей такого ж віку (від 17 до 47-и років).

При госпіталізації та у процесі лікування проводилося загальноклінічне обстеження всіх пацієнтів, яке включало з'ясування скарг, визначення виду травми та строків звертання, огляд і пальпацію тканин, а також перкусію зубів; клінічні дослідження неврологічного статусу з деталізацією (за гілками та видами чутливості) й оцінкою за шкалою Неймарка; інструментальні (рентгенографія, стереолітографія, контактна термометрія, а також електроодонтодіагностика, вимірювання електрофізіологічних показників – ДИН-1) і лабораторні дослідження (лабораторні клінічні аналізи, імунологічні методи, гістоімунофлюоресцентний метод визначення цитофільних антитіл до основного білка мієліна).

Лабораторні дослідження представлені блоками, які найбільш адекватно віддзеркалювали рішення поставлених задач:

- оцінка місцевого імунітету в ротоглотковому секреті (Ig класу А дімерної та мономерної форм, Ig класу G, прозапальний цитокін ІЛ-1 β);
- оцінка системного імунітету за кількісними та функціональними параметрами – кількісна характеристика факторів імунітету включала визначення вмісту лейкоцитів і лімфоцитів крові, субпопуляційного складу (Т, В, Т4, Т8) лімфоцитів, кількості ПЦК (природні цитолітичні клітини крові – CD56), рівня ЦІК (циркулюючі імунні комплекси) у сироватці, вмісту імуноглобулінів у сироватці; функціональна характеристика системного імунітету – показників фагоцитарної активності клітин крові, а також активності ПЦК крові;
- спеціальні дослідження полягали у визначенні антитіл до ОБМ (основний білок мієліна) оболонки нерва в РПГА (реакція пасивної гемаглютинації), у виявленні антитіл класу Е до ОБМ у реакції спонтанної деагуляції тучних клітин, а також цитофільних антитіл до нервової тканини в гістофлюоресцентному тесті.

У залежності від виду неврологічного ураження всіх досліджуваних лікували за допомогою таких методів:

- пацієнтів з невралгією другої і третьої гілок трійчастого нерва лікували методом електронейростимуляції ураженого нерва на апаратурно-програмному комплексі ДИН-1, а з метою зменшення болювого синдрому призначали кетанов (внутрішньом'язово) по 10 мг три рази на добу протягом перших двох днів, а із третього по 6–7-й день кетанов (або Етол-форт) вводили як внутрішньом'язово, так і перорально через 12 годин (два рази на добу);
- пацієнтів з невралго-невритом другої і третьої гілок трійчастого нерва лікували методом електронейростимуляції із призначенням кетанову й нейровітану (мільгам);
- пацієнтів з невритом другої і третьої гілок трійчастого нерва лікували з використанням нуклео-Ц.М.Ф. форте й нейровітану (мільгам), а також із застосуванням електронейростимуляції.

При загостренні запальних ускладнень первинного вогнища чи в перші дні після загострення захворювання щелеп і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки призначали цифран. Усім досліджуваним хворим у післяопераційний період призначали антисептичну обробку порожнини рота розчинами гівалексу чи октенісепту за інструкцією. Усі препарати призначали згідно з доданою аотацією. Електростимуляція на апараті ДИН-1 проводилась курсом 5 процедур щоденно або через день.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами обстеження 3901 пацієнта з непухлинним захворюванням щелепно-лицевої ділянки виявлено, що в 1065 (27,3 %) з них з первинним захворюванням (первинною патологією) та/або після хірургічного втручання виникають ускладнення, пов'язані з ушкодженням периферичних відділів гілок трійчастого нерва, а у 31-го проведена запропонованим нами способом операція (відділення судинно-нервового пучка зі збереженням його цілісності та функції).

У результаті обстеження 238 хворих було зазначено, що неврологічні ускладнення після атипового видалення зубів частіше (в 1,6 разу) зустрічались у них на нижній щелепі (60,9 %), ніж на верхній (39,1 %). У цих пацієнтів

відмічалась утрата тактильної, болювої та температурної чутливості різного ступеня вираженості – від часткової втрати до повної відсутності. Після завершення запропонованого комплексного лікування всі види чутливості відновлювались. Визначення ступеня вираженості втрати тактильної, болювої та температурної чутливості у хворих з невралгіями, невралго-невритами та невритами II і III гілок трійчастого нерва є об'єктивним тестом при диференціальній діагностиці неврогенних захворювань, і його можна використовувати для визначення ефективності лікування та прогнозу перебігу захворювання після атипового видалення зубів.

Показники провідності в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти з ретенцією та дистопією зубів на верхній щелепі) при госпіталізації (до операції) склали 122,1 \pm 5,9 у. о. ($p > 0,05$), через добу (після операції) – 160,9 \pm 6,7 у. о. ($p < 0,001$), через три доби – 170,6 \pm 5,3 у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – 139,9 \pm 4,9 у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – 128,5 \pm 4,5 у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – 115,4 \pm 4,2 у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох діб сягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня госпіталізації. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при госпіталізації вона відповідала 5,3 \pm 2,9 у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус 7,3 \pm 1,9 у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через три доби, 7 днів, 14 днів і три тижні після операції змінювалась: мінус 12,5 \pm 2,9 у. о. ($p < 0,001$), мінус 15,3 \pm 1,7 у. о. ($p < 0,001$), мінус 3,3 \pm 1,1 у. о. ($p < 0,01$) та 8,1 \pm 1,5 ($p > 0,05$).

Показники провідності в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти з ретенцією та дистопією зубів на нижній щелепі) при госпіталізації (до операції) склали 128,1 \pm 5,2 у. о. ($p > 0,05$), через добу (після операції) – 167,5 \pm 5,2 у. о. ($p < 0,001$), через три доби – 171,7 \pm 5,8 у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – 147,9 \pm 4,9 у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – 130,8 \pm 2,8 у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – 118,2 \pm 2,1 у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три доби досягала рівня госпіталізації. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при госпіталізації вона відповідала 6,2 \pm 1,3 у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус 6,9 \pm 0,9 у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус 12,5 \pm 2,9 у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус 15,3 \pm 1,7 у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус 3,3 \pm 1,1 у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – 8,1 \pm 1,5 ($p > 0,05$).

При аналізі одержаних електрофізіологічних показників з'ясували, що чим більш тяжким був перебіг операції видалення зуба на верхній і нижній щелепах і чим ближче (менше 0,5 см) від розташування гілки трійчастого нерва знаходився зуб, який видаляли, тим більш тяжким був перебіг післяопераційного періоду у хворого (більш виражені скарги та клінічні симптоми), тим більшою була різниця у відхиленні показників провідності та резистентності від осі абсцис, але з різними знаками. При цьому найвищі показники провідності зі знаком плюс співпадають з найнижчими показниками резистентності зі знаком мінус в обстежуваних пацієнтів. Достовірної зміни показників провідності та резистентності не виявили. Лікування, яке проводилось у різних підгрупах, призводило до нормалізації досліджуваних показників.

Обстежено і проліковано 97 (21,4 %) осіб з неврологічною симптоматикою, яка спостерігалась після гайморотомії.

При обстеженні цих пацієнтів у післяопераційний період у них була зареєстрована втрата тактильної, болювої та температурної чутливості різного ступеня

вираженості – від часткової до повної відсутності, яка після завершення лікування повністю відновлювалась. На підставі цього констатували факт, що виявлення порушення тактильної, больової та температурної чутливості – також і у хворих з невралгіями, невралго-невритами і невритами II гілки трійчастого нерва після гайморотомії – є об'єктивним тестом при диференціальній діагностиці таких неврогенних захворювань, і його можна використовувати для визначення ефективності лікування та прогнозу перебігу захворювання.

Показники провідності після гайморотомії в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти з невралгією) при госпіталізації (до операції) склали $121,1 \pm 5,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу (після операції) – $161,9 \pm 6,7$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $171,6 \pm 5,3$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $138,8 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $127,6 \pm 4,5$ у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – $114,3 \pm 4,2$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня госпіталізації. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при госпіталізації вона відповідала $5,4 \pm 2,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус $7,4 \pm 1,9$ у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через три доби, 7 днів, 14 днів і 3 тижні після операції змінювалась: мінус $12,6 \pm 2,9$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $14,4 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $3,5 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$) та $8,0 \pm 1,5$ ($p > 0,05$).

Показники провідності після гайморотомії в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти з невралго-невритами) при госпіталізації (до операції) склали $128,7 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу (після операції) – $168,1 \pm 5,2$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $171,5 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $148,2 \pm 4,7$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $131,2 \pm 2,8$ у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – $117,2 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня госпіталізації. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при госпіталізації вона відповідала $6,4 \pm 1,3$ у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус $6,8 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $14,3 \pm 1,5$ у. о. ($p < 0,001$), через 7 днів сім – мінус $16,3 \pm 1,4$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $4,5 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $9,6 \pm 1,7$ у. о. ($p > 0,05$).

Показники провідності після гайморотомії в обстежуваних III групи спостереження (пацієнти з невритами) при госпіталізації (до операції) склали $127,9 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу (після операції) – $168,1 \pm 5,2$ у. о. ($p < 0,001$), через 3 доби – $172,3 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $146,9 \pm 4,7$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $131,0 \pm 2,8$ у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – $118,7 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня госпіталізації. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при госпіталізації вона відповідала $6,3 \pm 1,3$ у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус $6,8 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $13,8 \pm 1,5$ у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус $16,1 \pm 1,4$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $4,4 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $8,4 \pm 1,7$ ($p > 0,05$).

При аналізі отриманих електрофізіологічних показників виявлено, що чим тяжче був перебіг гайморотомії, тим більшою була різниця у відхиленні показників провідності й резистентності II гілки трійчастого нерва від осі абсцис. Найвищі показники провідності зі знаком (+) також співпадають з найнижчими показниками резистентності зі знаком (-), але зміни цих показників

у обстежуваних хворих не були достовірними. Після лікування таких пацієнтів відмічена нормалізація досліджуваних показників.

Обстежено 194 (21,1 %) хворих після операції внутрішньокісткової дентальної імплантації на верхній і нижній щелепах, у котрих виявлена неврологічна симптоматика, із приводу чого їм призначено було лікування.

Неврологічні ускладнення після хірургічного етапу дентальної імплантації частіше зустрічались на нижній щелепі (52,1 %), ніж на верхній (47,9%). При цьому в таких пацієнтів спостерігалась утрата тактильної, больової та температурної чутливості різного ступеня вираженості – від незначної втрати до повної відсутності, яка після завершення відповідної терапії теж повністю відновлювалась. Визначення тактильної, больової та температурної чутливості у хворих на невралгію, невралго-неврит чи неврит II і III гілок трійчастого нерва після дентальної імплантації, є об'єктивним тестом для діагностики цих неврологічних ускладнень, і її можна використовувати для визначення ефективності виконуваного лікування та прогнозу перебігу захворювання.

Показники провідності в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти після дентальної імплантації на верхній щелепі) при зверненні склали $151,9 \pm 5,8$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $161,1 \pm 6,8$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $170,4 \pm 5,4$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $139,8 \pm 4,8$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $128,4 \pm 4,6$ у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – $118,6 \pm 4,3$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність при зверненні і протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня, близького нормі. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при зверненні вона відповідала мінус $5,2 \pm 2,8$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $7,4 \pm 1,8$ у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через 3 доби, 7 днів, 14 днів і три тижні змінювалась: мінус $12,4 \pm 2,1$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $15,6 \pm 1,6$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $3,2 \pm 1,2$ у. о. ($p < 0,01$) та $8,2 \pm 1,3$ ($p > 0,05$).

Показники провідності в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти після дентальної імплантації на нижній щелепі) при зверненні склали $165,9 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $167,2 \pm 5,1$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $172,1 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $148,1 \pm 4,5$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $131,2 \pm 2,9$ у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – $120,9 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність при зверненні і протягом перших трьох діб досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня, близького нормі. Одочасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при зверненні вона відповідала мінус $6,1 \pm 1,4$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $6,8 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $14,2 \pm 1,6$ у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус $16,3 \pm 1,4$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $4,6 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $9,4 \pm 1,6$ ($p > 0,05$).

При аналізі отриманих електрофізіологічних показників відмічено, що чим більш тяжким був перебіг операції на верхній та нижній щелепах і чим ближче (менше 1 мм та безпосередньо при попаданні в нижньощелепний канал) до III гілки трійчастого нерва розташовувався встановлений імплантат, тим більш тяжкою була нейропатія в пацієнтів (більш виражені скарги та клінічна симптоматика), більшою була різниця у відхиленні показників провідності та резистентності від осі абсцис, але з різними знаками. При цьому найвищі показники провідності зі знаком плюс співпадають з найнижчими значеннями в обстежуваних хворих резистентності зі знаком мінус. Достовірної різниці

між зміною показників провідності та резистентності в цих пацієнтів з невралгіями, невралго-невритами і невритами не знайшли. Лікування хворих різних підгруп призводило до нормалізації показників, які вивчалися.

Обстежували 195 (17,1 %) осіб з неврологічною симптоматикою, у котрих було проведено ендодонтичне лікування. Неврологічні ускладнення після ендодонтичної терапії кореневих каналів зубів частіше зустрічались на нижній щелепі (52,3 %), ніж на верхній (47,7 %).

В обстежуваних хворих з ускладненнями після ендодонтичного лікування зубів відмічено порушення тактильної, больової та температурної чутливості різного ступеня вираженості – від часткової парестезії до повної втрати. Після закінчення лікування всі зазначені види чутливості повністю відновлювались.

Таким чином, визначення тактильної, больової та температурної чутливості в пацієнтів з невралгією, невралго-невритом і невритом після ендодонтичного лікування є об'єктивним тестом при диференціальній діагностиці цих неврогенних ускладнень, і його можна використовувати для оцінки ефективності терапії, що проводиться, та прогнозу перебігу захворювання.

Показники провідності в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти після ендодонтичного лікування зубів на верхній щелепі) при зверненні склали $162,3 \pm 5,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $160,8 \pm 6,7$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $170,7 \pm 5,3$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $139,7 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $128,7 \pm 4,5$ у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – $115,5 \pm 4,2$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня, близького нормі. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при зверненні вона відповідала мінус $7,2 \pm 2,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу після операції була мінус $7,4 \pm 1,9$ у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через три доби, 7 днів, 14 днів і три тижні після операції змінювалась: мінус $10,7 \pm 2,0$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $11,5 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $3,4 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$) і $8,2 \pm 1,5$ ($p > 0,05$).

Показники провідності в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти після ендодонтичного лікування зубів на нижній щелепі) при зверненні склали $165,3 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $167,4 \pm 5,2$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $171,2 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $147,8 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $130,9 \pm 2,8$ у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – $118,3 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня, близького нормі. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при зверненні вона відповідала мінус $6,3 \pm 1,3$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $6,7 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $11,3 \pm 1,5$ у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус $10,1 \pm 1,4$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $4,4 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $9,4 \pm 1,7$ ($p > 0,05$).

На підставі даних електрофізіологічного дослідження було виявлено, що чим більше пломбувальної маси попадало в зону анатомічного розташування II та III гілок трійчастого нерва, тим більш вираженими були клінічна симптоматика та скарги пацієнтів і тим більшу різницю бачили у відхиленні показників провідності та резистентності від осі абсцис, також з різними знаками. У них теж відмічалася зворотно пропорційна залежність між найвищими показниками провідності та найнижчими значеннями резистентності. Показники зміни провідності та резистентності не були достовірними. Після закінчення лікування таких хворих з невроло-

гічними ускладненнями досліджувані показники нормалізувались.

Обстежено і проліковано 194 (47 %) пацієнти з неврологічною симптоматикою, яка спостерігалась після переломів кісток середньої та нижньої зон обличчя.

Неврологічні ускладнення, пов'язані із травматичними пошкодженнями кісток лицевого скелету, частіше зустрічались на нижній щелепі, ніж у середній зоні обличчя.

Відмічено, що на слизовій оболонці альвеолярного відростка в ділянці травматичного ушкодження кістки на момент госпіталізації й у динаміці (третя доба) лікування, яке проводилося, спостерігається достовірно підвищення місцевої температури в усіх пацієнтів. Місцева температура шкіри нижньої та верхньої губ в обстежуваних з переломами кісток лицевого скелету на сьому добу лікування і на момент виписки змінювалась, тобто достовірно відрізнялась від такої у здорових людей. Тому вимірювання місцевої температури в даній групі хворих можна вважати об'єктивним тестом при діагностиці тяжкості перебігу захворювання.

При обстеженні цих пацієнтів на момент госпіталізації виявлено порушення тактильної, больової й температурної чутливості різного ступеня вираженості – від незначної втрати до повної відсутності. Після завершення лікування чутливість у них повністю відновлювалась. Таким чином, визначення тактильної, больової та температурної чутливості в пацієнтів з невралгією, невралго-невритом чи невритом II і III гілок трійчастого нерва після переломів кісток лицевого скелету є об'єктивним тестом при диференціальній діагностиці цих неврогенних захворювань, і його можна використовувати для визначення ефективності лікування і прогнозу перебігу хвороби.

Показники провідності в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти з переломами середньої зони обличчя) при госпіталізації склали $162,4 \pm 5,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $161,1 \pm 6,7$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $170,8 \pm 5,3$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $139,7 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $128,3 \pm 4,5$ у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – $115,6 \pm 4,2$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня норми. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при госпіталізації вона відповідала мінус $7,8 \pm 2,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $7,6 \pm 1,9$ у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через три доби, 7 днів, 14 днів і три тижні в динаміці лікування, що проводилось: мінус $12,7 \pm 2,9$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $15,1 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $3,2 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$), $8,2 \pm 1,5$ ($p > 0,05$).

Показники провідності в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти з переломами нижньої зони обличчя) при госпіталізації склали $168,1 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $167,5 \pm 5,2$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $170,7 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $146,9 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $131,4 \pm 2,8$ у. о. ($p > 0,05$) і через три тижні – $119,2 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня норми. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при госпіталізації вона відповідала мінус $7,2 \pm 1,3$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $6,9 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $14,1 \pm 2,9$ у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус $16,0 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $4,3 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $7,5 \pm 1,5$ ($p > 0,05$).

При аналізі отриманих електрофізіологічних показників зазначено, що чим більшим було зміщення уламків, тим більш тяжким був післяопераційний перебіг у паціє-

ентів (більш виражені скарги та клінічна симптоматика) і тим більша різниця визначалась у відхиленні показників провідності та резистентності від осі абсцис, але з різними знаками. При цьому найвищі показники провідності зі знаком плюс співпадали з найнижчими значеннями резистентності зі знаком мінус в обстежуваних.

На підставі даних обстеження хворих з переломами верхньої та нижньої щелеп констатується факт, що в залежності від величини зміщення кісткових уламків щелеп можуть зустрічатися забій, розтягнення, неповний чи повний розрив судинно-нервового пучка. Запропоноване лікування призводило до нормалізації показників, які досліджувались у цих пацієнтів.

Обстежувалось і лікувалось також 147 (34,6 %) осіб з неврологічною симптоматикою, що була виявлена у хворих, які поступили з одонтогенними запальними захворюваннями щелеп. Неврологічні ускладнення в них при гострих (загостреннях) запальних процесах у щелепах спостерігались на нижній щелепі частіше (51,1 %), ніж на верхній (48,9 %).

Виявлено, що на слизовій оболонці альвеолярного відростка в ділянці одонтогенного запального осередка в динаміці лікування, яке проводилось, було відсутнім достовірне підвищення місцевої температури в усіх обстежуваних. Місцева температура шкіри нижньої та верхньої губ до початку терапії й після її завершення в цих хворих змінювалась, тобто достовірно відрізнялась від такої у здорових людей. Саме тому вимірювання місцевої температури в осіб з одонтогенними запальними захворюваннями щелеп, які спричинили неврогенні ускладнення, є об'єктивним тестом при діагностиці тяжкості перебігу захворювання.

При обстеженні пацієнтів мало місце порушення в них тактильної, больової та температурної чутливості різного ступеня вираженості – від незначної втрати до повної відсутності. Після закінчення курсу терапії всі види чутливості повністю відновлювались. Таким чином, визначення тактильної, больової й температурної чутливості в цих хворих з невралгією, невралго-невритом і невритом II і III гілок трійчастого нерва є об'єктивним тестом при диференціальній діагностиці таких неврогенних захворювань, і його можна застосовувати для визначення ефективності лікування, яке здійснюється, та прогнозу перебігу хвороби.

Показники провідності в обстежуваних I групи спостереження (пацієнти з одонтогенними гострими (загостреними) запальними захворюваннями на верхній щелепі) при госпіталізації склали $162,6 \pm 5,9$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $163,9 \pm 6,7$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $169,6 \pm 5,3$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $138,9 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $126,5 \pm 4,5$ у. о. ($p < 0,05$) і через три тижні – $114,4 \pm 4,2$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня норми. Одночасно з вивченням провідності вимірювали резистентність і виявили, що при госпіталізації вона відповідала мінус $7,4 \pm 2,9$ умов.од. ($p > 0,05$), через добу була мінус $7,5 \pm 1,9$ у. о. ($p < 0,001$), а потім відповідно через три доби, 7 днів, 14 днів і три тижні після операції змінювалась: мінус $12,3 \pm 2,9$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $14,3 \pm 1,7$ у. о. ($p < 0,001$), мінус $3,9 \pm 1,1$ у. о. ($p < 0,01$) та $7,1 \pm 1,5$ ($p > 0,05$).

Показники провідності в обстежуваних II групи спостереження (пацієнти з одонтогенними гострими (загостреними) запальними захворюваннями на нижній щелепі) при госпіталізації склали $162,1 \pm 5,2$ у. о. ($p > 0,05$), через добу – $166,5 \pm 5,2$ у. о. ($p < 0,001$), через три доби – $168,7 \pm 5,8$ у. о. ($p < 0,001$), на 7-у добу – $146,9 \pm 4,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 14 днів – $131,8 \pm 2,8$ у. о.

($p > 0,05$) і через три тижні – $116,2 \pm 2,1$ у. о. ($p > 0,05$), тобто провідність протягом перших трьох днів досягала максимуму значення, а потім поступово знижувалась і через три тижні досягала рівня норми. Одночасно з вивченням провідності також вимірювали резистентність і встановили, що при госпіталізації вона відповідала мінус $6,1 \pm 1,3$ у. о. ($p > 0,05$), через добу була мінус $6,7 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,001$), через три дні – мінус $14,8 \pm 2,9$ у. о. ($p < 0,001$), через сім днів – мінус $15,9 \pm 1,4$ у. о. ($p < 0,001$), через 14 днів – мінус $2 \pm 0,9$ у. о. ($p < 0,01$), через 21 день – $8,1 \pm 1,7$ ($p > 0,05$).

При аналізі отриманих електрофізіологічних показників при надходженні обстежуваних у стаціонар виявлено, що чим більше залучалась кісткова тканина в запальний процес (однотогенний остеомієліт) на верхній та нижній щелепах і чим ближче (менше 0,5 см) до II та III гілок трійчастого нерва розташовувались осередки запалення кісткової тканини (остеомієліт, хронічний періодонтит), тим тяжчим був перебіг у них захворювання (більш виражені скарги та клінічна симптоматика), тим більше відрізнялись показники відхилення провідності й резистентності від осі абсцис, але з різним знаком. При цьому найвищі показники провідності зі знаком плюс співпадали з найнижчими значеннями резистентності зі знаком мінус, проте ці зміни зазначених показників не були достовірними. Лікування супроводжувалось нормалізацією показників, що вивчались.

Вивчаючи електрофізіологічні показники провідності й резистентності гілок (II, III) трійчастого нерва у осіб з щелепно-лицевою патологією, ми зареєстрували певні закономірності їх зміни: підвищення показників провідності з одночасним різким зниженням резистентності, що спостерігалось при гострому (чи загостренні) запаленні, травмі кісток обличчя тощо; на етапі ефективного лікування показник провідності знижується (нормалізується), а резистентності – підвищується (нормалізується), що на графіках відображено, як намагання наблизитись до осі абсцис.

Розбіжність показників провідності та резистентності в розпалі захворювання (при госпіталізації) та їх нормалізація після ефективної терапії дозволили назвати цю виявлену закономірність симптомом «ножиць»: чим швидше «ножиці» закриваються, тим скоріше йде одужання хворих, а чим повільніше «ножиці» закриваються, тим повільніше відбувається одужання, тобто виникають ускладнення. Якщо у процесі лікування з'являються ускладнення (у вигляді запальних явищ), то нормалізація цих показників (зближення показників провідності та резистентності) не спостерігається. Чим більша різниця між показниками провідності й резистентності та піку їх змін, тим тяжчим буває клінічний перебіг захворювання. Запропоновані засоби скорочують строки лікування всіх пацієнтів з невралгією, невралго-невритом і невритом II та III гілок трійчастого нерва внаслідок щелепно-лицевої патології у 2,5 разу.

На підставі отриманих результатів обстеження можна стверджувати, що кольорова стереолітографія дає можливість одержати реальний розмір патологічного осередку (осифікації), що знаходиться в кістковому каналі, а також визначити точне місце його розташування (кістковий отвір або канал). Звуження кісткових отворів співпадало із клінічним проявом неврогенного ураження периферичної гілки на хворому боці. Якщо за ходом відповідного нерва в кістковому каналі «губилась» його кольорова контури (орієнтири), то це вказувало на осифікацію, котра спостерігалась у певній ділянці даного кісткового каналу і завжди співпадала з патологічним осередком, виявленим під час хірургічно-

го втручання – декортикації відповідної ділянки каналу. Ця обставина дозволила ретельно вивчити локалізацію й оцінити складність запланованого хірургічного втручання, а також варіанти підходу до місця розташування патологічного осередку. Таким чином, при неврогенних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки, зумовлених звуженням кісткових каналів, через які проходять II та III гілки трійчастого нерва, стереолітографія дає можливість визначити точне місце знаходження даного звуження в кістковому тунелі й заздалегідь спланувати доступ до цієї ділянки щелепи, а також ретельно підібрати методику виконання хірургічного втручання при мінімальному травматичному пошкодженні щелепних кісток.

Ураховуючи дані стереолітографії, розроблено спосіб хірургічного втручання при периферичних невралгіях III гілки трійчастого нерва зі збереженням його цілісності.

Після операції у хворих визначались електрофізіологічні параметри III гілки трійчастого нерва за допомогою апаратно-програмного комплексу «ДИН-1» і призначався курс реабілітаційного лікування в залежності від отриманих показників і скарг пацієнтів для оптимізації післяопераційного перебігу.

Після завершення курсу терапії ми відмітили повне відновлення всіх видів чутливості в ділянці іннервації нижньощелепного нерва.

Зазначено, що стан локального імунітету був однотипним при одонтогенних гострих (загострених) запальних захворюваннях щелеп і характеризувався зниженням захисних (імуноглобуліни, перш за все – секреторний імуноглобулін класу А) та підвищенням прозапальних факторів. Останнє мало місце також у групі обстежуваних із травмами кісток лицевого скелету і при хірургічних етапах дентальної імплантації. У решті груп показники локального імунітету мало відрізнялись від таких у здорових людей.

Зміни виявлено також у клітинній і гуморальній частинах системного імунітету. Можна виділити такі тенденції у клітинній частині системного імунітету: при одонтогенних гострих (загострених) запальних захворюваннях щелеп і частково при травматичних пошкодженнях кісток середньої та нижньої ділянок обличчя, а також при дентальній імплантації виявляється збільшений вміст клітин імунітету – лейкоцитів, частково лімфоцитів, клітин Т-ряду лімфоцитів, а при травмах – і В-клітин. При дентальній імплантації та неврологічних симптомах зростала кількість природних цитотоксичних клітин, Т-супресорно цитотоксичних клітин (CD8).

Активність факторів природженого імунітету – фагоцитуючих клітин і цитолітичних лімфоцитів була підвищеною у групах обстежуваних з одонтогенними гострими (загостреними) запальними захворюваннями щелеп, у хворих після гайморотомії, при травматичних ушкодженнях і після імплантації. Гуморальні фактори системного імунітету також демонструють досить типові зміни для групи пацієнтів з одонтогенними гострими запальними захворюваннями щелеп (загостренням), а саме: підйом вмісту крупнодисперсних імуноглобулінів (А і М), що спостерігалось і у групах осіб із внутрішньокістковою дентальною імплантацією, а також при травмах кісток лицевого скелету. При цьому рівень ЦІК досягає верхніх значень норми практично в усіх групах, окрім пацієнтів з ретенцією та дистопією зубів і при дентальній імплантації. Звертає на себе увагу й підвищений титр антитіл, які відносяться до різних класів (Е, G, М), до основного білка мієліну, котрий значно підвищений у хворих з невралгією трійчастого нерва, та при хірургічному втручанні із приводу захворювань цього нерва.

Отримані дані можуть указувати на деякі імунітопатогенетичні ланки в перебігу захворювань і слугують оцінювальним критерієм ефективності застосованого лікування.

На підставі раніше викладеного пропонуємо таку класифікацію вторинних неврогенних уражень периферичних гілок трійчастого нерва.

У залежності від патогенезу (механізм розвитку) вторинних уражень периферичних гілок трійчастого нерва їх треба розподілити на такі, що виникають при непухлинних і пухлинних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки. До непухлинних захворювань слід віднести неврогенні ускладнення, що розвиваються при одонтогенних запальних процесах у щелепах (періодонтити, періостити, остеомієліт, гайморит та ін.); при неодонтогенних запаленнях (синусит, артрит скронево-нижньощелепних суглобів, неспецифічні та специфічні неодонтогенні запальні захворювання щелеп та ін.); при травматичних ушкодженнях кісток обличчя (посттравматичні – переломи верхньої та нижньої щелеп, переломи суглобового комплексу) й білящелепних м'яких тканин (організовані гематоми, посттравматичні рубці та ін.), гілок трійчастого нерва (секвестретома, гайморотома, видалення ретенованих і дистопованих зубів, при кістковопластичних і реконструктивних операціях на кістках лицевого скелету та ін.); постпломбувальні пошкодження нервів (травма ендодонтичним інструментарієм при лікуванні зубів, компресійна та токсична дія пломбувального матеріалу при його виведенні за верхівку кореня зуба та ін.) й постімплантаційні (стискання нерва гематомою, частиною зміщеної кістки чи дентальним імплантатом, травмування хірургічним інструментом та ін.) або при звуженні кісткових каналів, де проходять периферичні гілки трійчастого нерва.

Ми вважаємо, що за клінічним проявом (клінічна симптоматика) вторинних уражень периферичних гілок трійчастого нерва їх необхідно розділити на три групи: невралгії, неврити, невралго-неврити.

У залежності від гостроти прояву клінічних неврологічних симптомів захворювання їх можна розділити на гострі, підгострі та хронічні. Це стосується неврологічних ускладнень, які виникають при одонтогенних і неодонтогенних захворюваннях.

При травматичному впливі (посттравматичні чи післяопераційні неврогенні ураження гілок трійчастого нерва) необхідно обов'язково використати систематизацію в залежності від ступеня пошкодження нерва. Відповідно до сказаного раніше, травми нерва залежно від ступеня його ушкодження треба розділити на такі групи: забій (контузія), розтягнення (з розривом і без розриву судинного пучка, який супроводжує нерв), неповний і повний розрив нерва. Кожна з цих груп має свої особливості клінічного прояву, перебігу, діагностики та лікування. Ефективність і своєчасність застосованого лікування мають пряму залежність від його адекватності. Тому й виникає необхідність у ранній диференціальній діагностиці ступеня тяжкості ушкодження нерва.

Для топічної діагностики (локалізації) в залежності від назви чутливих периферичних нервів їх ураження слід розділити на пошкодження нервів очної ямки (лобного, носо-війчастого, слізного та ін.), верхньощелепного (вилічного, підчочномкового, верхніх альвеолярних нервів та ін.) і нижньощелепного (нижнього альвеолярного, вушно-скроневого, щічного та ін.) нервів.

За етіологією та патогенезом розрізняються: непухлинні ураження при одонтогенних і неодонтогенних запальних захворюваннях щелеп, посттравматичні, післяопераційні, після лікування зубів (постпломбувальні), постімплантаційні, при звуженні кісткових каналів;

пухлинні ураження при пухлиноподібних утвореннях, доброякісних новоутвореннях, злоякісних пухлинах, післяопераційні.

За клінічним проявом (клінічною симптоматикою) виділяються невралгії, неврити, невралго-неврити, невропатії.

За гостротою прояву клінічних симптомів бувають гострі, підгострі, хронічні ураження.

За ступенем uszkodження нерва діагностуються забої (контузія), розтягнення (з розривом і без розриву судини), неповний розрив, повний розрив.

За локалізацією ураженого нерва розрізняються: нерв очної ямки та його гілки, верхньощелепний нерв і його гілки, нижньощелепний нерв та його гілки.

У 1096 обстежуваних мали місце ті чи інші порушення в системі іннервації трійчастого нерва (травми, запалення та ін.) як на стадії подразнення, так і при випадінні функції.

На підставі вивчення клінічної симптоматики нейропатичних ускладнень у щелепно-лицевих хворих і врахування фази ураження нерва пропонуємо класифікувати вторинні неврогенні ураження в системі трійчастого нерва з урахуванням фази (чи стадії) розвитку патології, а саме фази подразнення й фази випадіння функції.

До фази подразнення функції рекомендуємо віднести одонтогенну алгію, гіперплазію та невралгію.

(Фазу подразнення представляють клінічні прояви у вигляді одонтогенних алгій, гіпералгезії, невралгії).

До фази випадіння функції відносяться гіпалгія, неврит, вторинні порушення рухової та трофічної функцій.

(Фази випадіння відповідають невритичні прояви з гіпалгезією, руховими та трофічними порушеннями).

У фазі випадіння функції слід виділити підфазу, в якій зберігаються риси подразнення (до цієї підфази віднесено невралго-неврит).

Проблема неоднозначна, як уважають більшість дослідників. Ми припускаємо, що процес нейропатичних уражень єдиний, але в ньому існують різні фази (з найбільшою вірогідністю й підфази) патофізіологічних змін у системі трійчастого нерва. Ці фази (підфази) не є статичними, а розглядаються в динаміці, і тому можливий перехід від однієї фази до другої.

Вторинні ураження в системі трійчастого нерва проявляються у вигляді болю різного ступеня вираженості та/або у вигляді порушення чутливості м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Ця клінічна симптоматика безпосередньо пов'язана з порушенням функції нерва.

Висновки

Пропонується теоретичне узагальнення та нове рішення наукової проблеми стоматології, котра полягає в підвищенні ефективності лікування, яке проводиться у хворих з ускладненнями, котрі виникають при непухлинних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки, на основі розроблених сучасних етіологічно й патогенетично спрямованих методів діагностики та лікування периферичних уражень трійчастого нерва. За результатами обстеження 3901 пацієнта з непухлинними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки виявлено, що в 1096 (27,3 %) з них з первинними захворюваннями (первинна патологія) та/або після хірургічного втручання розвиваються ускладнення, пов'язані з uszkodженням периферичних

відділів гілок трійчастого нерва. Дане неврологічне ускладнення подовжує строки лікування хворих, а оскільки цими особами є люди молодого й середнього віку, то проблема набуває соціальну та економічну значущість. У ході дослідження визначено, що причинами розвитку ускладнень, пов'язаних з uszkodженням периферичних відділів II та III гілок трійчастого нерва, у щелепно-лицевих хворих з непухлинною патологією є рубцеві зміни, що виникають у результаті післяопераційних уражень м'яких тканин і кісток лицевого скелету (17,7 %); наслідки впливу запальних процесів у щелепах і біящелепних м'яких тканинах (періодонтит, періостит, остеомієліт та ін.); механічні пошкодження кісток лицевого скелету (переломи щелеп, поранення м'яких тканин та ін.); компресія нервових волокон (після встановлення дентально-імплантату, при осифікації кісткових каналів щелеп і стисканні нервових волокон пломбувальним матеріалом). Для визначення неврологічних порушень використано об'єктивний прогностичний тест, який проводиться в динаміці лікування. При ефективному лікуванні електрофізіологічний показник провідності знижується, а показник резистентності підвищується. Розбіжність цих показників у розпалі неврологічних змін та їх нормалізація після ефективного лікування дозволили назвати дану закономірність симптомом «ножиць». Чим скоріше «ножиці» закриваються, там скоріше відбувається одужання хворих, і чим повільніше «ножиці» закриваються, тим гірше прогноз захворювання, що вказує на виникнення ускладнення. Чим більша різниця між електрофізіологічними показниками провідності та резистентності, тим більш тяжким є клінічний перебіг неврологічної патології в системі периферичних гілок трійчастого нерва. Запроваджене лікування скорочує строки лікування невралгії, невралго-невриту й невриту другої та третьої гілок трійчастого нерва більш ніж у 2,5 разу. Запропоновано спосіб хірургічного втручання шляхом відділення судинно-нервового пучка і виведення його за межі кістки (на передню поверхню нижньої щелепи) із кісткового каналу з підшиванням до окістя (з її внутрішньої сторони) у проекції даного каналу, що зберігає його цілісність та функцію. Для визначення локалізації патологічного осередку осифікації підочичного каналу верхньої щелепи і нижньощелепного каналу пропонуємо використати кольорову стереолітографію, яка дає можливість вибрати місце й метод виконання хірургічних втручань на відповідних каналах. Була проведена систематизація пошкоджень периферичних гілок трійчастого нерва з урахуванням етіологічних і патогенетичних факторів, фази (чи стадії), клінічного перебігу. На підставі вивчення клінічної симптоматики нейропатичних ускладнень у щелепно-лицевих хворих і врахування фази ураження нерва пропонуємо класифікувати вторинні неврогенні ураження в системі трійчастого нерва за патогенезом, клінічною симптоматикою, за ступенем uszkodження нерва і його локалізації з урахуванням фази (чи стадії) розвитку патології, а саме фази подразнення та фази випадіння функції. Базуючись на результатах комплексного обстеження понад 1096 хворих з різноманітною щелепно-лицевою патологією, яка супроводжується ознаками ураження структур трійчастого нерва, пропонуємо враховувати у класифікації відповідних уражень клініко-патофізіологічні підходи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Неврология тройничного нерва. – М.: Медицина, 1991. – 150 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, – 2012. – 1048 с.

3. Трещинский А.Н. Неврологические синдромы, обусловленные поражением тройничного нерва: Дис. ... канд. мед. наук / Трещинский А.Н. – К., 1993. – 123 с.
4. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Наукова думка. – Киев, – 2000. – 86 с.

Поражения тройничного нерва при неопухолевых заболеваниях челюстно-лицевой области

А.А. Тимофеев, Е.П. Весова

Цель: изучить эффективность диагностики и лечения поражений II и III ветвей тройничного нерва при неопухолевых заболеваниях челюстно-лицевой области.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 1096 обследуемых с вторичными неврогенными поражениями системы тройничного нерва, которые проходили обследование и лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Результаты. Клиническое улучшение и ликвидация болевой симптоматики коррелировали с нормализацией электрофизиологических показателей состояния пораженных ветвей системы тройничного нерва.

Выводы. Предлагаемый метод сокращает сроки лечения невралгии, невралго-неврита и неврита второй ветви тройничного нерва более чем в 2,5 раза.

Ключевые слова: тройничный нерв, электрофизиологические показатели, неврологические осложнения, невралгия, невралго-неврит, неврит.

Injured trigeminal nerve in maxillofacial nonneoplastic diseases

A. Timofeev, O. Vesova

Purpose: to study the frequency and reasons for injuries II branch of trigeminal nerve complications after surgical phase of dental implantation on maxilla.

Patients and methods. Under our supervision there were 1096 patients with secondary neurogenic defeats of peripheral branches of trigeminal nerve, which were examined and treated in Clinic of Maxillofacial Surgery at Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education.

Results. Clinical improvement and liquidation of painful symptomatology correlated with normalization of electrophysiological data of condition defeated peripheral branches of trigeminal nerve.

Conclusions. Recommended method reduces term of treatment for neuralgia, neuralgo-neuritis, neuritis of II branch of trigeminal nerve more than 2,5 times.

Key words: trigeminal nerve, electrophysiological indices, neurological complications, neuralgia, neuralgo-neuritis, neuritis.

Тимофеев Олексій Олександрович – д-р мед. наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри щелепно-лицьової хірургії Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Весова Олена Петрівна – д-р мед. наук,

професор кафедри щелепно-лицьової хірургії Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а, клінічна лікарня № 12, кафедра щелепно-лицьової хірургії. Тел.: 528-35-17.

**ВИРОБНИЦТВО, ПІДТРИМКА, ОБСЛУГОВУВАННЯ
WEB-САЙТІВ, ІНТЕРНЕТ-МАГАЗИНІВ**

ВИГОТОВЛЕННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ

**тел.: 044 230 27 19,
e-mail: web@dentalexpert.com.ua**