

4. Лимберг А.А. Радикальная уранопластика. Интерламинарная остеотомия. Резекция задней стенки небного отверстия. Ж. совр. хирург.- 1927.-т. 2. 5.-с.809-818.

5. Леонов А.Г., Виссарионов В.А. Эффективность первичной односторонней хейлоринопластики.//Очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья.- Екатеринбург: Бонум, 1995. - с. 110-115.

6. Самар Э.Н., Мирошниченко Н.А. и др. Реконструктивные операции при устранении полных расщелин неба. // Конструктивные и реконструктивные костно-пластические операции в челюстно-лицевой области. - М., 1985. - С. 129-131.

7.Чоо Кум Дя. Профилактика раневой инфекции при хирургическом лечении детей с врожденной расщелиной неба : Автореф. дис... канд. мед. наук.- М., -1991.- 23с.

8.Schonborn, D.: Ueber eine neue Methode der Staphylorrhaphie. Arch. Klin. Chir. 19: 527. 1876.

УДК 616.833.15: 616. 833-009.7:617-089.8

В.П. Журавлев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ НЕВРАЛГИИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра терапевтической стоматологии

Наиболее распространенные заболеваниями в клинике нейростоматологии является невралгия тройничного нерва (НТН) [1]. Характерным клиническим проявлением НТН является преимущественное вовлечение в процесс подглазничного (ПГН) и нижнелуночкового нервов (НЛН). На их долю приходится до 89-92% всех локализаций НТН [1-3]. Частота вовлечения в процесс ПГН и НЛН примерно одинакова [3].

По нашим данным у 68,04% больных НТН имеются изменения со стороны просвета или стенок каналов, по которым проходят ПГН и НЛН. Эти изменения представлены в виде склероза стенок каналов на стороне боли, сужения просвета каналов, порозности стенок или сочетания этих факторов [3].

Исходя из современного представления о невралгии тройничного нерва, которая возникает в результате длительно существующего подпорогового раздражения периферической ветви, чаще всего в подглазничном или нижнечелюстном канале, нами был предложен способ лечения невралгии ПГН путем резекции верхней стенки подглазничного канала и самого нервно-сосудистого пучка. В период с 1982 по 1988 г. было прооперировано 26 больных в возрасте от 28 до 64 лет. Из них у четырех (14%) в отдаленном периоде были отмечены невралгические боли. Проведенный анализ историй болезней показал, что у всех больных с рецидивами после оперативного вмешательства на подглазничном нерве во время резекции верхней стенки подглазничного канала происходило вскрытие верхнечелюстной пазухи. При повторном оперативном вмешательстве в этой области во всех случаях мы обнаруживали большое количество рубцовой ткани, прорастающей в пазуху и вмурованный в нее подглазничный нерв. Данные клинических наблюдений и эксперимент на белых беспородных крысах показали, что любое оперативное вмешательство в области подглазничного канала, связанное с

вскрытием гайморовой пазухи, заканчивается в послеоперационном периоде развитием большого количества рубцовой ткани. Прорастание в дальнейшем в нее подглазничного нерва приводит к тому, что регенерирующие нервные волокна попадают в крайне неблагоприятные условия [3].

Проведенный нами анализ оперативного вмешательства на подглазничном нерве при его невралгии и изменениях со стороны самого канала показал, что у 18% больных резекцию верхней стенки канала и нервно-сосудистого пучка провести без вскрытия верхнечелюстной пазухи не представляется возможным. Причин тут несколько. Чаще всего воспалительные, изменения в гайморовой пазухе, реже - резко выраженная ее пневматизация.

Исходя из вышеизложенного, мы предложили способ лечения и предупреждения рецидивов невралгии подглазничного нерва при вскрытии верхнечелюстной пазухи при резекции верхней стенки подглазничного канала (приоритет N95119177 от 14.11.95г.)

Сущность способа заключается в следующем. Разрез кожи производится в подглазничной области по ниже-наружному краю глазницы длиной 3,5-4 см. Если оперативное вмешательство проводится по поводу рецидива, разрез кожи сопровождается иссечением послеоперационного рубца. Рассекают мягкие ткани до кости нижнего края орбиты. Скелетируется передний край верхней челюсти и нижняя стенка орбиты до нижней глазничной щели. При помощи фиссурного бора, долота удаляется верхняя стенка подглазничного канала на всем ее протяжении. Как указывалось выше, способ применяется только при вскрытии гайморовой пазухи или при рецидивах, связанных с вовлечением регенерирующего подглазничного нерва в рубец в области нижнего края орбиты. Во всех случаях выделяется подглазничный нервно-сосудистый пучок, перевязывается кетгуттом и отсекается в подглазничной области. Концы лигатуры оставляются. Затем производится разрез по верхнему своду преддверия полости рта в области третьего большого коренного зуба на стороне оперативного вмешательства. Через разрез в преддверии проводится игла Дешана через нижнюю глазничную щель в полость глазницы. Концы лигатуры, наложенный на подглазничный нервно-сосудистый пучок, проводятся через ушко иглы и выводятся в преддверие. лигатурой перемещается нервно-сосудистый пучок в крылонебную ямку. Концы лигатуры отсекаются. Производится гемостаз, накладываются швы на разрез слизистой и послойно ушивается рана в подглазничной области. Заживление происходит первичным натяжением, на коже подглазничной области остается малозаметный нежный рубец.

В результате оперативного вмешательства подглазничный нерв регенерирует в крылонебную ямку, хорошо кровоснабжается, не происходит реиннервации алгогенной зоны, и, как следствие, не наблюдается рецидивов невралгии подглазничного нерва.

Предложенный способ применен нами в клиниках хирургической стоматологии Уральской медицинской академии и отделении челюстно-лицевой хирургии ЦГБ N5 г. Екатеринбурга. Было прооперировано 7 больных (трое мужчин и три женщины) в возрасте от 46 до 59 лет. Правосторонняя локализация была у 6 из них. Отдаленные результаты прослежены у всех больных в сроки от 2,5 до 8 лет. У всех пациентов отмечается стойкая анестезия в области иннервации подглазничным нервом, зона

который незначителен<sup>©</sup> уменьшается со временем за счет восстановления болевой чувствительности из соседних областей. Морфологических изменений со стороны зубо-челюстной системы, мягких тканей подглазничной области, органа зрения в отдаленном периоде не выявлено.

У двух больных, в среднем через 23 мес., возник рецидив невралгических болей. В первом случае болевые пароксизмы локализовались по ходу большого небного нерва, во второй - в области задних верхних альвеолярных ветвей. Оказалось, что оба больных страдают невралгией более 10 лет, неоднократно лечились алкоголизациями подглазничного нерва. Комбинированная консервативная терапия накануне операции была неэффективна. В случае рецидива в области задних верхних альвеолярных ветвей назначение противосудорожных препаратов, витаминов группы В, сосудорасширяющих, физиотерапии (ДДТ), привело к стойкой ремиссии. Консервативное лечение во втором случае положительного результата не дало. Была произведена алкоголизация большого небного нерва в крылонебном канале. Рецидива боли не наблюдается в течение 25 лет.

#### ВЫВОДЫ

Предложенный способ лечения рецидивов невралгии подглазничного нерва при вскрытии верхнечелюстной пазухи технически прост, малотравматичен и обеспечивает в большинстве случаев стойкую ремиссию, может быть предложен для лечения больных невралгией тройничного нерва при изменениях в области подглазничного канала и гайморовой пазухи в тех случаях, когда консервативная терапия не дает результатов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пузин М.Н. Лицевая боль. М.: Изд. Российского университета дружбы народов, 1992.
2. Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.Н. Невралгия тройничного нерва. М.: Медицина, 1980.
3. Журавлев В.П. Диагностика и хирургическое лечение невралгии тройничного нерва при патологии подглазничного и нижнечелюстного каналов: Автореф. дисс. канд.мед.наук. Пермь, 1988.
4. А.с. N1261652, МКИ А 61 F 9/00. Опубл. 07.10.86г. Бюлл. N37.