

## «Нейромультивит» в комплексном лечении вегетативных ганглионитов головы

Д. П. Самохвалов, В. П. Журавлев

УГМА, кафедра хирургической стоматологии, на базе ГУЗ СОКБ №1

Особое место среди нейростоматологических заболеваний занимают вегетативные ганглиониты. Их диагностика, клиника и лечение изучены недостаточно. Чрезвычайно затруднена дифференциальная диагностика вегетативных и соматических болевых синдромов челюстно-лицевой области. Клиническая картина вегетативных ганглионитов очень полиморфна, что обусловлено топографо-анатомическими и функциональными особенностями периферического отдела вегетативной нервной системы головы: вегетативные узлы, нервы, сплетения расположены на небольшой площади, имеют обширные анастомозы и перекрываются соматическими нервами; вегетативная боль обладает свойствами иррадиации и реперкуссии; в клинической картине часто сочетается симптомы раздражения и выпадения на сегментарном и надсегментарном уровне [1].

Пять пар вегетативных узлов головы (ресничный, крылонебный, ушной, поднижнечелюстной и подъязычный) анатомически и функционально связаны между собой и с верхним шейным узлом, являющимся «коллектором» периферического отдела вегетативной нервной системы головы, а также с тройничным, промежуточно-лицевым, языкоглоточным нервами, с тканями и органами челюстно-лицевой области.

При топической диагностике необходимо различать следующие нозологические формы:

- ганглионит ресничного узла;
- ганглионит крылонебного узла (синдром Сладера);
- ганглионит ушного узла;
- ганглионит поднижнечелюстного и подъязычного узлов.

Эти заболевания характеризуются длительным, перманентным течением с частыми рецидивами, требуют постоянного наблюдения, профилактики и лечения. [2, 6]. В арсенале нейростоматологов имеется множество методов

лечения, но тем не менее медицинская практика требует совершенствования и создания эффективных средств терапии.

В комплексном лечении ганглионитов стоматологи долгое время используют витаминные препараты группы «В». Известно, что они играют большую роль в обмене веществ, необходимы для нормального функционирования периферической и центральной нервной системы, участвуют в углеводном и минеральном обменах, играют важную роль в обмене различных аминокислот и биологически активных веществ [4].

Мы изучали влияние витаминного препарата «Нейромультивит» в комплексном лечении больных ганглионитами вегетативных узлов головы. В клинике хирургической стоматологии УГМА на базе ГУЗ ОКБ №1 г.Екатеринбурга за период с 2004 по 2006 гг. под наблюдением находилось 73 человека (67 женщин, 6 мужчин), в том числе 66 больных с ганглионитом крылонебного узла, 4 больных — поднижнечелюстной ганглионит, 2 больных — ганглионит ушного узла, 1 больной — ганглионит ресничного узла. Возраст больных от 18 до 69 лет, давность заболевания от 3 месяцев до 27 лет. Из сопутствующей патологии следует отметить гипертоническую болезнь, остеохондроз шейного отдела позвоночника, хронический гастрит. Больные ганглионитом крылонебного узла имели характерную клиническую картину: симптомокомплекс, проявляющийся приступами интенсивных односторонних лицевых болей, сопровождающихся выраженными вегетативными проявлениями. Боль имеет симпаталгический характер (жгучая, распирающая), длится от 20 минут до 6 часов. Характерная локализация боли — корень носа, орбитальная и скуловерхнечелюстная области, с последующей иррадиацией боли в глаз, нос, ухо, сосцевидный отросток, глотку, зубы верхней челюсти, небо, лоб, темя, затылок, надплечье, руку, грудную клетку одноименной стороны. Болезненные пароксизмы сопровождаются вегетативными расстройствами (слезотечение, ринорея, сухость слизистых оболочек носа, отек, гиперемия, гипертермия мягких

В. П. Журавлев — профессор, д. м. н., зав. кафедрой хирургической стоматологии УрГМА;

Д. П. Самохвалов — врач отделения челюстно-лицевой хирургии ГУЗ СОКБ №1.

Рисунок 1. Визуальная аналоговая шкала

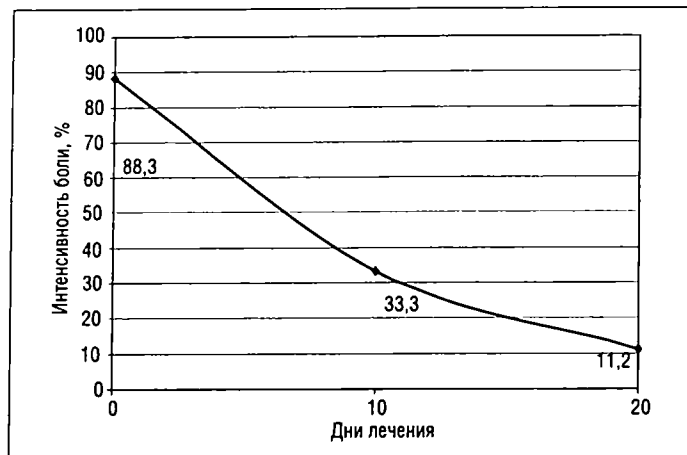
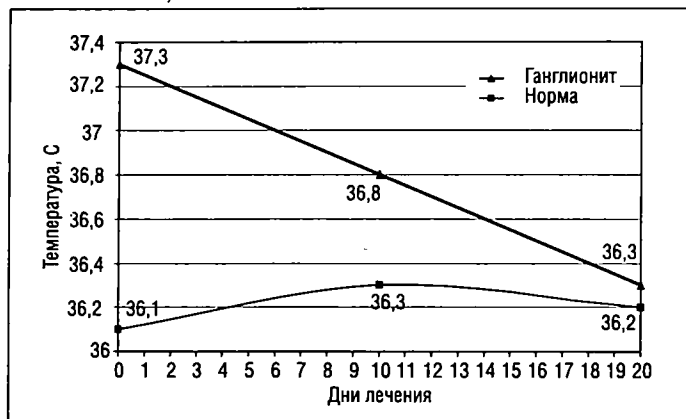


Рисунок 2. Температура кожного покрова щечной области, С°



тканей лица) [3, 5]. Периодичность приступов может существенно варьироваться, боль обычно возникает остро и чаще отмечается в ночные часы. Провоцирующими факторами могут быть переутомление, недосыпание, резкий шум, волнение, употребление алкоголя, курение [7]. После проведенных обследований было установлено, что во всех случаях причиной ганглионитов являлась вирусная инфекция (вирусы гриппа, герпеса). У больных формировался поствирусный ганглионит.

Пациенты получали противовирусные, противовоспалительные, иммуностимулирующие препараты. В комплекс лечения был включен «Нейромультивит» фирмы «Ланахер» — препарат для приема внутрь с высоким содержанием витаминов В1, В6, В12, выпускающегося в таблетках по 20 единиц в упаковке. Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки, после еды, 21 день. Целесообразность применения витаминов группы «В» при данном патоло-

гическом состоянии обусловлены их физиологической ролью в механизмах передачи нервного импульса в синапсах.

В результате проведенной терапии отмечено снижение уровня болевых ощущений: с 88,2% до 33,3% на десятый день и до 11,2% на двадцатый день лечения (оценка производилась по аналоговой шкале: за 100% принято непереносимая боль, рис. 1). Помимо уменьшения болей, выявлены тенденции к прекращению вегетативных расстройств и улучшению чувствительности, рис. 2. Указанные клинические данные были подтверждены результатами инструментальных исследований. Все исследования проводились до и после лечения «Нейромультивитом». «Нейромультивит» непосредственно воздействует на нервную ткань, улучшая процессы ее функционирования, а также оказывает умеренное анальгетическое действие. Традиционно нашим больным назначались парентеральные курсы витаминов группы «В», подобная терапия требует участия медицинских работников, местные инъекции болезненны, есть высокий риск образования гнойных осложнений.

Во многих исследованиях выявлена сходная эффективность применения «Нейромультивита» и парентеральных витаминов группы «В», однако комплекс терапии «Нейромультивитом» несомненно выше.

«Нейромультивит» доступен в применении, прекрасно переносится больными, рекомендован для лечения вегетативных ганглионитов головы, что повышает эффективность проводимой терапии.

## Литература

1. Ерохина Л. Г. Лицевые боли. М.: Медицина 1973; 163.
2. Зенков Л. Р., Ронкин М. А. Функциональная диагностика нервных болезней. М.: Медицина 1982; 346-418.
3. Карлов В. А. Невралгия лица. М.: Медицина 1991.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М.: Медицина 1984; 2.
5. Пузин М. Н. Вегетативные лицевые боли. М.: Медицина 1999.
6. Leone M., Fillippini G., D'Amico D. Cephalalgia 1994; 14: 280-284.
7. Lieber C. S. Medical and complications of alcoholism. N. Y. Plenum 1992.