

*На правах рукописи*

**Самохвалов  
Дмитрий Петрович**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ВИРУСНОГО ГАНГЛИОНИТА КРЫЛОНОЖЕБНОГО УЗЛА**

14.00.21 – Стоматология

14.00.13 – Нервные болезни

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на базе Государственного учреждения здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница № 1».

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук

**Журавлёв Валерий Петрович**  
**Шершевер Александр Сергеевич**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук

**Харитоновна Марина Павловна**  
**Широков Василий Афонасьевич**

**Ведущая организация**

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального учреждения «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Уфа.)

Защита диссертации состоится « 26 » февраля 2009 г. в 10<sup>00</sup> часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.03, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии [www.usma.ru](http://www.usma.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2009 года.

Ученый секретарь совета  
по защите докторских диссертаций  
доктор медицинских наук, профессор



**Базарный В.В.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Лечение и диагностика больных с лицевыми болями до настоящего времени остаётся сложной проблемой, при этом процент прозопалгий и атипичных лицевых болей в России по-прежнему высок (В.А.Карлов, М.Н.Пузин, 2006). Атипичные боли лица составляют почти 26% всех лицевых болей (Е.С.Яворенко, 1998). По данным разных авторов от 16 до 20% в структуре лицевых болей принадлежат ганглиониту крылонёбного узла (М.Н.Пузин, 1999, В.А.Карлов, 2003, В.П.Журавлёв, 2006). Это связано с оказанием неадекватной специализированной медицинской помощи, нескоординированностью действий врачей смежных специальностей (стоматологов, неврологов, отоларингологов) и, как следствие, с затруднением диагностики и лечения, что часто приводит к формированию стойких рецидивов с выраженными функциональными нарушениями и болевыми приступами (Т.А.Ахадов, 1996).

Лечебно-диагностические мероприятия у пациентов с ВЛБ проводятся с целью устранения болевых симптомов, вегетативных, психоэмоциональных расстройств. Поэтому для достижения хорошего функционального и психоэмоционального результата и наиболее полной реабилитации этой категории больных требуется согласованность в действиях специалистов смежных специальностей (невролога, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога) в целях правильного и своевременного решения вопроса о диагнозе и лечении.

Одними из наиболее частых пациентов в практике стоматолога, невролога и отоларинголога являются больные с различными видами лицевых болей, называемыми в специальной литературе прозопалгиями. О большой актуальности данной проблемы как в практическом, так и научном плане свидетельствует тот факт, что почти все известные отечественные нейростоматологи на том или ином этапе своей деятельности изучали вопросы этиопатогенеза и клиники, а также разрабатывали новые способы лечения лицевых болей (А.М.Вейн, 1999).

Одно из лидирующих мест среди лицевых болей принадлежит ганглиониту вегетативного крылонёбного узла – синдрому Сладера. Нужно особо подчеркнуть необходимость разработки новых эффективных методов лечения прозопалгий, так как применяемые способы далеко не всегда приводят к излечению или стойкому улучшению. Отмечается большое число неизученных вопросов, противоречивых мнений, а также отсутствие достаточно обоснованных этиопатогенетических методов лечения.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в вопросе лечения лицевых болей из поля зрения исследователей практически полностью выпали иммунологические аспекты пациентов. Одной из частых причин заболевания являлись патологические процессы в околоносовых пазухах бактериальной природы, лечение которых нередко приводило к прекращению или стиханию лицевых болей. Речь идет о полости рта, носа с их обширной иннервацией, афферентными волокнами из системы тройничного нерва и разветвленной сетью вегетативной иннервации, которая через крылонёбный узел связана с другими вегетативными узлами и сплетениями лица и полости черепа. Естественно полагать, что полости, столь богатые иннервацией и расположенные поверхностно, не могут не играть существенной роли при внедрении через них в организм вирусов гриппа, герпеса, после чего формируется поствирусный ганглионит. Клиника хирургической стоматологии УГМА в течение последних пяти лет проявляет значительный интерес к разработке новых методов исследования причин ганглионита парасимпатического крылонёбного узла.

Анализ теории и практики выявил недостаточную изученность роли вирусной инфекции, а также стоматологических, неврологических аспектов многообразной клинической картины заболевания. В частности, в работах (G.I.Ruskell, 2004, В.М.Назаров, 2008), посвященных данной проблематике, отсутствуют описания комплексных обследований больных с применением электрофизиологических, серологических и иммунологических методов. Подобные исследования могут привести к обоснованию этиопатогенетического метода

лечения ганглионитов вегетативных узлов головы и его апробации в медицинской практике.

### **Цель исследования**

Выявить роль вирусной инфекции в этиологии различных форм ганглионита крылонёбного узла и разработать этиопатогенетические способы лечения.

### **Задачи исследования**

1. Определить частоту ганглионита крылонёбного узла вирусной этиологии на основании ПЦР-диагностики;
2. Изучить морфологические изменения, происходящие при ганглионейропатии крылонёбного узла;
3. Разработать этиопатогенетический способ лечения ганглионита крылонёбного узла на ранних стадиях, продемонстрировать его ближайшие результаты и дать практические рекомендации по его применению в условиях клиники;
4. Разработать хирургический метод лечения тяжёлой формы ганглионита крылонёбного узла;
5. Изучить отдаленные результаты лечения вирусного ганглионита крылонёбного узла.

### **Научная новизна**

Предложен, разработан и внедрен в клиническую практику новый эффективный способ диагностики и лечения ганглионита крылонёбного узла вирусной этиологии.

Изучены его ближайшие и отдаленные результаты, что дало возможность оценить место предлагаемого метода среди других способов лечения синдрома Сладера.

Разработан метод хирургического лечения ганглионейропатии крылонёбного узла с использованием точечного воздействия – деструкции радиоволновым или электрохирургическим способами, оценена его эффективность.

## **Практическая значимость**

Разработанная и апробированная в клинике методика диагностики и лечения ганглионита крылонёбного узла позволяет предложить практическому здравоохранению консервативный метод лечения в стадии ганглионевралгии крылонёбного узла. Практическая ценность метода возрастает благодаря тому, что диагностика и лечение осуществляются амбулаторно.

Разработанный метод хирургического лечения ганглионейропатии крылонёбного узла (положительное решение о выдаче патента на изобретение «Способ хирургического лечения ганглионита крылонёбного узла» от 11.03.2008 по №2008108776 (009494) предусматривает визуальное точечное воздействие на крылонёбный узел, что исключает осложнения.

Предложенные методы просты в применении, удобны, позволяют сократить сроки лечения, уменьшить количество осложнений, а, значит, снизить затраты на лечение.

## **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Культуральное изучение биоптата крылонёбного узла методом ПЦР позволило установить герпесвирусную причину ганглионита крылонёбного узла в 69,69% случаев.

2. Ганглионит крылонёбного узла в начальной стадии протекает в виде ганглионевралгии, а в поздней стадии – в виде ганглионейропатии, характеризующейся тяжёлой формой с выраженным болевым синдромом и вегетососудистыми нарушениями, что приводит к потере трудоспособности.

3. Использование предложенного способа консервативного лечения на ранних стадиях ганглионевралгии крылонёбного узла, вызванной герпесвирусной инфекцией, оказывает выраженный эффект, увеличивает ремиссию болезни до одного года.

4. Разработанный хирургический способ лечения (трансантральная деструкция) ганглионейропатии крылонёбного узла избавляет от боли, приводит к излечению.

### **Внедрение в практику**

Полученные результаты работы внедрены в клиническую практику ГУЗ Свердловской областной клинической больницы № 1 г. Екатеринбурга, ГУЗ Свердловского областного онкологического диспансера Уральского межрегионального нейрохирургического центра им. проф. Д.Г.Шефера г. Екатеринбурга, Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

### **Личный вклад автора**

Автором лично проведены отбор материала; экспериментальные исследования; клинические обследования больных; оперативные вмешательства, а также термовизиографические исследования. Вся полученная информация проанализирована, систематизирована и обработана статистически.

### **Публикации**

По теме диссертационной работы опубликовано 6 печатных работ, в том числе одна работа в рецензируемом журнале, рекомендованных ВАК РФ и получено положительное решение на изобретение от 11.03.2008г. по № 20081087776 (009494)

Результаты работы доложены на заседании объединённой проблемной комиссии по стоматологии и нервным болезням УГМА в 2008 году.

Материалы диссертации доложены на Всероссийских научно-практических конференциях по стоматологии (Екатеринбург, 2005, 2006, 2008), на международном конгрессе (Израиль, 2008), на международной стоматологической конференции (Екатеринбург, 2008).

### **Структура и объем диссертации**

Содержание диссертации изложено на 145 листах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы. Указатель литературы включает 252 источника, в том числе 164 отечественных и 88 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 20 таблицами, 2 диаграммами и 36 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

Работа представляет ретроспективный анализ результатов лечения 83 пациентов с ганглионитом крылонёбного узла (18 мужчин и 65 женщин), 33 больным страдающим ганглионейропатией крылонёбного узла проведено хирургическое лечение в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии Свердловской областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга с 2002 по 2008 гг.

Все они были обследованы, прошли курс лечения и диспансерное наблюдение. Большинство из них 64 больных (77,09%) находились в трудоспособном возрасте (от 30 до 60 лет). Больше всего этому заболеванию подвержена возрастная группа от 30 до 40 лет (31 больной, 37,34%). Средний возраст больных составил  $49,85 \pm 1,8$  года.

Для оценки клинических форм ганглионита крылонёбного узла использовали классификацию Л.Г.Ерохиной (1978), согласно которой они подразделяются на ганглионевралгии и ганглионейропатии (тяжелая форма). Из приведённых данных видно, что наиболее часто (60,24%) встречалась ганглионевралгия крылонёбного узла, ганглионейропатия верифицирована в 39,75% случаев.

Группу контроля составили 24 практически здоровых человека в возрасте от 20 до 67 лет, из них 6 мужчин и 18 женщин, средний возраст  $52,5 \pm 1,4$  года. Данный состав был выбран в соответствии с распределением по полу обследуемых групп больных.

Давность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 21 года, у 53 больных она составляла не менее 3 лет. Никому из больных, обратившихся в нашу клинику из других лечебных учреждений, не был поставлен диагноз вегетативных прозопалгий.

Все больные, находившиеся под наблюдением, прошли комплекс клинических обследований. Их жалобы были проанализированы, собран анамнез, сделаны общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, сыворотки

крови к антителам вируса простого герпеса, цитомегаловируса (иммуноферментативный анализ), полимеразная цепная реакция (ПЦР), которая обладает высокой чувствительностью и дает возможность обнаружить даже единичные копии вирусной ДНК в исследуемых материалах. Лицам старше 40 лет, а также страдающим артериальной гипертензией провели ЭКГ-исследования.

Все пациенты прошли стандартные и общепринятые лучевые обследования (рентгенографию придаточных пазух носа, ортопантомографию), КТ костей лицевого скелета и придаточных пазух носа, МРТ головного мозга. Для выявления расстройств вегетативных узлов головы проводились лидокаиновая проба, тепловизионное обследование.

Изучение морфологических изменений в крылонёбном ганглии и прилежащей к нему надкостнице передней стенки крылонёбной ямки осуществлялось в диагностических целях на 30 свежих медицинских трупах, которым была проведена биопсия крылонёбного узла в областном патологоанатомическом бюро.

Средний возраст контрольной группы (трупы) составил  $54,3 \pm 0,38$  ( $p < 0,05$ ) лет.

Затем проводилась биопсия ганглии с целью выявления вирусов герпеса. Остальной материал направлялся на морфологическое исследование. Все 30 препаратов были подтверждены морфологически присутствием скопления парасимпатических клеток, что говорит о правильности отработанной методики.

### **Результаты молекулярно-генетического исследования**

При проведении ПЦР-анализа на трупном материале в 6 случаях (20,0%) наблюдается положительный результат: выделена ДНК вируса простого герпеса. ДНК ЦМВ не выявлена ни в одном случае.

33 больным (39,75%) с тяжелой формой ганглионита крылонёбного узла и стажем болезни не менее 3 лет была проведена радиодеструкция пораженного крылонёбного узла. Его ткань брали на исследование, замораживали в специальных пробирках до  $-20^{\circ}\text{C}$ , а затем на кафедре вирусологии и микробиологии УГМА проводили полимеразную цепную реакцию, положительный результат

был получен у 23 пациентов (69,69%). В контрольной группе он был отмечен в 6 случаях (20,0%).

### **Результаты морфологического исследования**

Окрашенные гистологические препараты (рис. 1) подвергали морфологическому исследованию по системе микроскопического анализа.

Рисунок 2 демонстрирует картину нормального морфологического состояния парасимпатического ганглия, состоящего из нейронов. В центре расположены ядра тёмного цвета и цитоплазма бледно-розового цвета.

После морфофункционального анализа биоптатов, взятых у 33 прооперированных больных с ганглионейропатией крылонёбного узла, было исследовано 36 гистологических препаратов, изготовлено 44 среза. На рисунке 3 представлена картина ганглиозных клеток, отличающаяся от контрольной группы. В целом клетки одинакового размера, но есть и существенные различия: цитоплазма нейроцитов просветлённого цвета, ядра имеют неправильную вычурную форму, у некоторых из них наблюдается патологическое просветление в центре.

Поиск структурно-морфологических изменений в тканях крылонёбного ганглия позволил выявить достоверные различия морфологических характеристик ганглиозной ткани у больных с ганглионейропатией крылонёбного узла и контрольной группы (трупный материал).

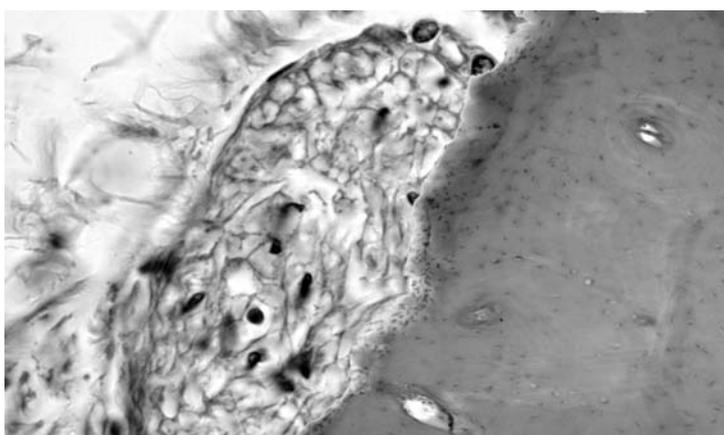


Рис. 1. Ганглиозные клетки крылонёбного узла

с проходящим нервом соответствуют гистологической норме.

Фрагмент кости с надкостницей, прилежащей к крылонёбному узлу без структурных изменений. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 200

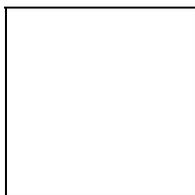


Рис. 2. Ганглиозные клетки крылонёбного узла соответствуют гистологической норме. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 400

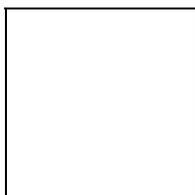


Рис. 3. Ганглиозные клетки крылонёбного узла. Поражение ядер. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 200

### **Результаты тепловизиографии**

Тепловизиографическое исследование проводилось в подглазничных областях на здоровых людях в возрасте от 20 до 67 лет (24 человека). Результаты температуры справа и слева равнялись  $34,1 \pm 1,1$  C° ( $p < 0,05$ ).

У больных ганглионитом КНУ на здоровой стороне температура соответствовала норме –  $34,0^\circ\text{C} \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ), на стороне поражения при ганглионевралгии крылонёбного узла она составила  $34,9^\circ\text{C} \pm 1,1$  ( $p < 0,05$ ), что превышает норму на  $0,9^\circ\text{C}$ , а у больных с ганглионейропатией крылонёбного узла составила  $35,1^\circ\text{C} \pm 1,3$  ( $p < 0,05$ ), что ещё больше отличается от нормы (на градус).

### **Результаты лабораторных данных**

Анализ основных иммунокомпетентных клеток у больных с ганглионевралгией КНУ установил снижение содержания в крови лейкоцитов ( $7,27 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$ ; в контрольной группе –  $7,95 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ). У пациентов с ганглионейропатией КНУ содержание лейкоцитов не отличается от такового в группе контроля ( $7,60 \pm 0,22 \times 10^9/\text{л}$ ). Кроме того, у больных ганглионевралгией КНУ зарегистрировано достоверное повышение относительного содержания лимфоцитов ( $35,76 \pm 1,34$  %; в контрольной группе –  $33,97 \pm 0,32$ %,  $p < 0,05$ ). Содержание эритро-

цитов, уровень гемоглобина, цветной показатель и скорость оседания эритроцитов были в пределах нормы при обеих формах ганглионитов КНУ.

Анализ основных показателей иммунной системы у больных ганглионейропатией КНУ и ганглионевралгией КНУ показал следующее.

У пациентов с ганглионейропатией КНУ выявлено достоверное снижение относительного и абсолютного количества CD4+клеток (относительный показатель –  $25,29 \pm 1,18\%$ ; в контрольной группе –  $27,98 \pm 0,31\%$ ; абсолютный показатель  $0,55 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ) при повышении относительного и абсолютного количества цитотоксических лимфоцитов CD8+клеток (относительный показатель –  $27,90 \pm 1,33\%$ , в контрольной группе –  $24,31 \pm 0,26\%$ ; абсолютный показатель –  $0,66 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ , в контрольной группе –  $0,58 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ). При этом наблюдалось достоверное снижение показателя соотношения CD4+/CD8+ ( $0,90 \pm 0,06$ ; в контрольной группе –  $1,42 \pm 0,01$ ;  $p < 0,01$ ). Отмечается повышение уровня JgG анти-ВПГ ( $40,92 \pm 0,05$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $5,15 \pm 0,01$  МЕ/мл;  $p < 0,05$ ) и JgG анти-ЦМВ ( $5,70 \pm 0,95$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $2,64 \pm 0,05$  МЕ/мл;  $p < 0,05$ ).

У больных с ганглионевралгией КНУ выявлено статистически значимое снижение показателя соотношения CD4+/CD8+ ( $1,21 \pm 0,09$ ; в контрольной группе –  $1,49 \pm 0,01$ ;  $p < 0,01$ ), что свидетельствует о дисбалансе Т-клеточного звена иммунитета. В этой группе выявлено повышение уровня JgG анти-ВПГ ( $35,83 \pm 0,08$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $5,15 \pm 0,01$  МЕ/мл;  $p < 0,05$ ) и JgG анти-ЦМВ ( $4,07 \pm 0,51$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $2,64 \pm 0,05$  МЕ/мл;  $p < 0,05$ ). В обеих группах в сыворотке крови не выявлены JgM к анти-ВПГ и анти-ЦМВ, что говорит о хроническом течении заболевания.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Постоянный рост числа заболевших при отсутствии чётких критериев верификации заболевания и нескоординированности действий смежных специалистов диктует необходимость поиска новых способов диагностики и лечения.

Предлагаемые методики лечения вегетативных прозопалгий должны отвечать таким требованиям, как безопасность для здоровья пациента, наличие поло-

жительного клинического эффекта, минимум или отсутствие побочных эффектов. Кроме того, они должны быть простыми в применении и недорогими.

Для оказания квалифицированной помощи пациентам с лицевыми болями необходимо создание специализированных центров. Это позволит изменить поверхностное отношение врачей к этой проблеме, повысит осведомлённость населения, что приведёт к более ранней диагностике, а, значит, и более быстрому выздоровлению больных ганглионитом крылонёбного узла.

Разработанные нами диагностика и лечение вирусного ганглионита крылонёбного узла позволяет получить положительную динамику, как в общей клинической картине заболевания, так и в лабораторных результатах анализов. Рекомендуем в течение пяти дней принимать виростатик, валтрекс используют по 500 мг два раза в день. По нашему мнению, важную роль в лечении вирусного ганглионита КНУ играет патогенетическая терапия, назначаемая после выявления нарушений в иммунном статусе больного и направленная на коррекцию дефектов иммунного ответа.

Предложенный нами режим дозирования полиоксидония в ректальных свечах – 12 мг раз в сутки первые 3 дня, а затем с интервалом 48 часов – оставшиеся 9 суппозиториев.

Для лечения воспалительного процесса в вегетативном ганглии мы также использовали НПВС с выраженным анальгезирующим действием – кеторол.

Внутри кеторол назначают однократно в дозе 10 мг или повторно в зависимости от тяжести и выраженности болевого синдрома по 10 мг до 2 раз в сутки. Продолжительность курса – не более 5 дней. В комплекс лечения был включен «Нейромультивит». Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки, после еды, 21 день.

Клинические исследования показали тенденцию к снижению относительного количества лимфоцитов с нормализацией показателей у больных ганглионевралгией КНУ (до лечения –  $35,76 \pm 1,34\%$ , после –  $33,76 \pm 1,1\%$ ; в контрольной группе –  $33,97 \pm 0,32\%$ ;  $p < 0,05$ ) и увеличению количества лейкоцитов с нормализацией значения (до лечения –  $7,27 \pm 0,30 \times 10^9/\text{л}$ , после –  $7,86 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ ; в кон-

трольной группе –  $7,95 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ). В результате терапии статистически достоверно увеличился индекс  $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ , достигнув нормы (до лечения –  $1,07 \pm 0,09$ , после –  $1,49 \pm 0,08$ ; в контрольной группе –  $1,42 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$ ).

Уровень иммуноглобулинов класса G анти-ВПГ снизился и достоверно не отличается от показателя в контроле (до лечения  $35,83 \pm 0,08$  МЕ/мл; после лечения  $7,56 \pm 0,06$  МЕ/мл; в контрольной группе  $5,15 \pm 0,01$  МЕ/мл,  $p < 0,05$ ). Уровень JgG анти-ЦМВ также снизился до значений контрольной группы (до лечения –  $4,07 \pm 0,5$  МЕ/мл, после –  $2,89 \pm 0,80$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $2,64 \pm 0,05$  МЕ/мл,  $p < 0,05$ ). Заметно улучшились и показатели температуры кожного покрова (до лечения –  $34,9 \pm 1,1^\circ\text{C}$ , после –  $33,9 \pm 1,2^\circ\text{C}$ , в контрольной группе –  $34,0 \pm 1,1^\circ\text{C}$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, эффективность проведенной терапии была подтверждена не только улучшением течения болезни, но и оптимизацией уровня основных иммунокомпетентных клеток организма. В течение года приступов у больных не было, самочувствие хорошее.

Ближайшие результаты лечения больных с ганглионевралгией крылонёбного узла были хорошими в 100% случаев, они прослежены до 2-х месяцев. Отдаленные результаты (от 3 месяцев до года) были хорошими у 48 (96,00%) пациентов и неудовлетворительными у двоих (4,00%).

У пациентов с ганглионейропатией КНУ при проведении предложенной терапии статистически достоверных различий в динамике показателей уровня иммунокомпетентных клеток и клинических улучшений выявлено не было.

Больным с тяжелой формой ганглионита КНУ – ганглионейропатией было предложено отработанное в нашей клинике хирургическое лечение. Предлагаемый внутриротовой подход к крылонёбной ямке через верхнечелюстную пазуху позволяет визуализировать КНУ, выделить его и разрушить. После этого лицевые боли у пациента прекращаются.

Трансантральную радиохирургическую деструкцию КНУ осуществляют следующим образом. Проводят остеопластическую щадящую синусотомию, для чего сначала разрезают слизистую и надкостницу верхней челюсти от вто-

рого резца до первого моляра по зубодесневому краю и частично отслаивают слизисто-надкостничный лоскут до собачьей ямки.

Надкостницу и мышцу, поднимающую угол рта (*m. Levator anguli oris*), сохраняют. Фиссурным бором или страйт-пилой формируют костное окно полуовальной формы размером 1,5х1,5 см в передней стенке верхнечелюстного синуса, над которым также сохраняют надкостницу и мышцу. Образовавшийся сложный лоскут, состоящий из кости, надкостницы и мышцы, поднимают кверху распатором.

Для формирования дополнительного костного окна рассекают слизистую верхнечелюстной пазухи и в верхнемедиальном квадранте на задней стенке верхнечелюстного синуса фиссурным бором под микроскопом выпиливают костное окно полуовальной формы размером 0,6х1 см.

Образовавшийся костно-слизистый лоскут элеватором отводят книзу в полость верхнечелюстной пазухи. Через сформированные окна при помощи микроскопа исследуют крылонёбную ямку, микрохирургическими инструментами выделяют КНУ, часть его берут на исследование игольчатым электродом в режиме «разрез и коагуляция» при мощности 2-4 ЕД (10-20 Вт) и проводят его точечную деструкцию пуговчатым электродом аппарата радиоволновой хирургии «Dento-Surg» в режиме фульгурации при мощности 4-5 ЕД (20-40 Вт).

Выполняют гемостаз и туалет раны. Костно-слизистый лоскут задней стенки верхнечелюстной пазухи возвращают на место. Проводят туалет верхнечелюстного синуса, гемостаз. Дефект передней стенки также закрывают ранее выпиленным сложным лоскутом, состоящим из кости передней стенки верхнечелюстного синуса, надкостницы и мышцы. Слизисто-надкостничный лоскут возвращают обратно, на слизистую накладывают швы и асептический тампон.

Выделение КНУ из окружающих тканей дает возможность провести его точечную (прицельную) деструкцию путем локального воздействия на него с помощью инструментов с малой зоной поражения (например, микроэлектрокоагулятора, радиохирургического или лазерного инструмента). При этом ок-

ружающие его ткани не затрагиваются, уменьшается вероятность повреждения находящихся в крылонёбной ямке артериальных сосудов и венозного сплетения, что снижает частоту послеоперационных осложнений. Повышение точности деструкции КНУ, проводимой под микроскопом, обеспечивают излечение ганглионейропатии.

У всех больных прекратились боли, что тепловизиографически подтверждено нормализацией температуры в подглазничных областях. Температура кожного покрова подглазничных областей после деструкции крылонёбного узла понизилась до нормальных значений ( $34,0 \pm 1,2$ ; в контрольной группе –  $34,1 \pm 1,2$ ,  $p < 0,05$ ).

Уровень иммунокомпетентных клеток после хирургического лечения больных с вирусным ганглионитом КНУ выявил статистически значимое повышение относительного и абсолютного – содержания  $CD4^+$ -клеток (относительный показатель до лечения  $25,29 \pm 1,18\%$ , после –  $28,45 \pm 1,69\%$ ; в контрольной группе –  $27,98 \pm 0,31\%$ ; абсолютный показатель до лечения –  $0,55 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ , после –  $0,69 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ ; в контрольной группе –  $0,61 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,01$ ). При этом относительный и абсолютный показатели уровня цитоксических лимфоцитов ( $CD8^+$ -клетки) достоверно снизились до нормального значения (относительный показатель до лечения –  $27,90 \pm 1,33\%$ , после –  $23,32 \pm 1,21\%$ ; в контрольной группе –  $24,31 \pm 0,26\%$ ; абсолютный показатель до лечения –  $0,65 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ , после –  $0,54 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ ; в контрольной группе –  $0,58 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p < 0,05$ ). После лечения индекс  $CD4^+/CD8^+$  статистически значимо увеличился до нормы (до лечения –  $0,90 \pm 0,06$ , после –  $1,47 \pm 0,19$ ; в контрольной группе –  $1,42 \pm 0,01$ ,  $p < 0,01$ ). Уровень иммуноглобулинов G анти-ВПГ оказался в пределах нормы (до лечения –  $40,92 \pm 0,05$  МЕ/мл, после –  $9,12 \pm 0,05$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $5,15 \pm 0,01$  МЕ/мл), иммуноглобулинов G анти-ЦМВ также снизился (до лечения –  $5,70 \pm 0,95$  МЕ/мл, после –  $2,98 \pm 0,03$  МЕ/мл; в контрольной группе –  $2,64 \pm 0,05$  МЕ/мл).

Эффективность хирургического лечения пациентов с ганглионейропатией крылонёбного узла герпесвирусной инфекции была подтверждена не только

прекращением у них болевых приступов, но и нормализацией уровня основных иммунокомпетентных клеток организма.

## **ВЫВОДЫ**

1. У больных с ганглионитом КНУ в 69,69% случаев в тканях вегетативного ганглия методом ПЦР был выявлен вирус простого герпеса, что позволяет говорить преимущественно о вирусной причине заболевания.

2. Морфологическое исследование ганглиозных клеток крылонёбного узла выявило в нейрочитах кариолизис при ганглионейропатии КНУ.

3. Разработан и внедрён этиопатогенетический метод лечения ганглионевралгии крылонёбного узла герпесвирусной этиологии, включающий а) виростатик (валтрекс 500 мгх 2раза в день, 5 дней), б) противовоспалительный препарат (кеторол 10 мгх 2раза в день, 5 дней), в) иммунномодулятор (полиоксидоний 12 мг в сутки, 12 дней), витамины группы В (нейромультивит 1 табл. х 3 раза в день, 21 день), который обеспечивает хороший клинический результат в короткие сроки у 98,2% больных.

4. Разработан и внедрён хирургический метод лечения ганглионейропатии КНУ, направленный на трансантральную деструкцию крылонёбного узла.

5. Эффективность предложенных методик этиопатогенетического лечения ганглионита крылонёбного узла в отдалённые сроки составила 96% случаев.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для диагностики больных с ганглионитом крылонёбного узла необходимо применять серологические (ИФА), ПЦР, иммунологические исследования (иммунный статус) и дополнительные методы в частности тепловизиографию, термометрию кожи лица.

2. Для оценки глубины поражения КНУ должны быть использованы результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований структуры,

функции крылонёбного ганглия и иммунной системы больных с ганглионитом крылонёбного узла.

3. В лечении ганглионита крылонёбного узла необходимо использовать предложенную нами схему, которая состоит из противовирусного (валтрекс 500 мг х 2 р. в день, 5 дней), противовоспалительного (кеторол 10 мг х 2 р. в день, 5 дней), иммунокорректирующего препаратов (полиоксидоний 12 мг, 12 дней) и комплексного средства витаминов группы В (нейромультивита по 1 таб. х 3 р. в день, 21 день), до 2-х курсов в год. На протяжении года иммуностимулирующая терапия.

4. При лечении больных с ганглионейропатией крылонёбного узла, или частыми обострениями ганглионевралгии крылонёбного узла после курса консервативной терапии, рекомендуем трансантральную деструкцию (радиохирургическую) крылонёбного ганглия, которая обеспечивает стабильный положительный результат.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Журавлёв В.П. Диагностика и лечение основных нейростоматологических синдромов / В.П.Журавлёв, Л.П.Мальчикова, Д.П.Самохвалов // Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области: Сборник научных трудов ГУЗ СОКБ №1.- 2006.-С.110-113.

2.Самохвалов Д.П. Диагностика и лечение вегетативных ганглионитов головы // Вестник Первой областной клинической больницы г.Екатеринбурга.- 2008. -№1.-С.28-32.

3. Журавлёв В.П. Хирургический метод лечения тяжёлых форм ганглионита крылонёбного узла. Трансантральная деструкция крылонёбного узла /

В.П.Журавлёв, Д.П.Самохвалов, М.Б.Бродовский // Матер. международной научной конференции и международной научной онкологической конференции.- г. Эйлат, Израиль.- 2008.- С.279-285.

4.Самохвалов Д.П. Тяжёлая форма ганглионита крылонёбного узла, её проявления и лечение / Д.П.Самохвалов, В.П. Журавлёв, М.Б. Бродовский // Стоматология Большого Урала: матер. 7-го Всероссийского конгресса.- Екатеринбург.- 2008.-С.145-155.

**5. Самохвалов Д.П. «Нейромультивит» в комплексном лечении вегетативных ганглионитов головы / Д.П.Самохвалов, В.П.Журавлёв // Уральский медицинский журнал. -2008.- №1.-С. 87-89.**

6. Журавлёв В.П. Диагностика вирусного ганглионита крылонёбного узла / В.П.Журавлёв, Д.П.Самохвалов, А.Г.Сергеев // Стоматология Большого Урала: матер. международной стоматологической конференции.- Екатеринбург, 2008.-С.42-49.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- БС** – болевой синдром
- ВПГ** – вирус простого герпеса
- ВЛБ** – вегетативные лицевые боли
- ГОУ ВПО УГМА Росздрава** – Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Российского здравоохранения»
- ГУЗ СОКБ** – государственное учреждение здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница»
- ДНК** – дезоксирибонуклеиновая кислота
- ЕК** – естественный киллер
- ЖКТ** – желудочно-кишечный тракт
- ИФА** – иммуноферментативный анализ
- КНУ** – крылонёбный узел
- КТ** – компьютерная томограмма
- МРТ** – магнитно-резонансная томография
- НПВС** – нестероидное противовоспалительное средство
- ОАК** – общий анализ крови
- ПЦР** – полимеразная цепная реакция
- ТН** – тригеминальная невралгия
- ЦМВ** – цитомегаловирус
- ЦНИЛ** – центральная научно-исследовательская лаборатория
- ЦНС** – центральная нервная система
- CD** – кластеры дифференцировки лимфоцитов

САМОХВАЛОВ  
ДМИТРИЙ ПЕТРОВИЧ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ВИРУСНОГО ГАНГЛИОНИТА КРЫЛОНОЖНОГО УЗЛА

14.00.21 – Стоматология  
14.00.13 – Нервные болезни

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 19.12.2008 г.