

ния лимфодренажа — от 1 до 4-х суток с выделением от 300 до 2800 мл лимфы. У 4-х больных наблюдался дезинтоксикационный эффект, проявившийся значительным улучшением общего состояния, снижением температуры тела, исчезновением головной боли, повышением физической и психической активности. У одного больного дезинтоксикационный эффект был нестойким, вероятно из-за непродолжительного функционирования катетера и малого выделения (300 мл) лимфы. У одной больной сепсисом и медиастенитом эффект был временным. Больная умерла в связи с необратимыми изменениями во внутренних органах.

Исходя из полученных данных, можно прийти к выводу, что проведение дезинтоксикации методом гемосорбции у гнойно-септических стоматологических больных обладает выраженным дезинтоксицирующим эффектом и не сопровождается существенными нарушениями метаболических процессов. Из 78 больных выздоровело 74. Летальность составила 5,1%. Среди больных, которым проводилось дренирование ГЛП, 4 чел. выздоровели, умер 1.

Таким образом, проведенные исследования показали, что изменения показателей метаболизма под влиянием гемосорбции не носят угрожающего характера и не требуют проведения специальной корригирующей терапии. Наши наблюдения свидетельствуют о высоком дезинтоксицирующем эффекте гемосорбции при лечении больных с острыми воспалительными процессами лица и шеи и дают основание рекомендовать метод для широкого применения в клинике для лечения больных с гнойными процессами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопухин Ю. М. Гемосорбция — метод дезинтоксикации организма. Хирургия. 1977. № 1. С. 18—22.
2. Лопухин Ю. М., Молоденков М. Н. Гемосорбция. М.: Медицина, 1978. С. 301.
3. Уманский М. А., Пинчук Л. Б., Пинчук В. Г. Синдром эндотоксикации. Киев: Наук. думка, 1979. С. 201.

УДК 616.8 : 616.314.18—002.4

ЗНАЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ОЧАГОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОИСХОЖДЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В. П. ЖУРАВЛЕВ, Н. Н. МАШЕНЦЕВ

Свердловский медицинский институт

Проблема лечения болевого синдрома в медицине занимает в настоящее время одно из центральных мест. Успехи медицинской

науки в этом вопросе чаще всего зависят от знания этиологии и патогенеза болевого синдрома. Анализ литературных данных по вопросам этиологии, невралгии тройничного нерва показывает, что это заболевание многие авторы считают полиэтиологическим [1, 3, 4, 5, 8 и др.], причем ведущее значение большинства из них отдается периферическому фактору. Чаще всего это патология зубо-челюстной системы [1], сдавление нервов в костных каналах [3], воспалительные заболевания придаточных пазух носа [7]. Однако в доступной нам литературе мы не нашли указаний на роль хронических одонтогенных воспалительных процессов в развитии невралгии тройничного нерва, их вес в общем количестве причин развития невралгии.

Мы поставили перед собой задачу на основании изучения анамнеза заболевания и данных рентгенологического обследования изучить частоту хронических воспалительных процессов одонтогенного происхождения в развитии тригеминальной невралгии (ТН).

Под нашим наблюдением находятся 364 больных с ТН в возрасте от 28 до 88 лет.

При сборе анамнеза особое внимание уделяли причинам удаления зубов в области пораженных ветвей, временному соотношению патологии зубов и начала заболевания ТН, наличию очагов хронической одонтогенной инфекции на момент обследования, состоянию стенок нижнечелюстного и подглазничного каналов в зависимости от перенесенных и сопутствующих воспалительных заболеваний одонтогенного происхождения.

Рентгенологическое обследование включало ортопантомографию нижнечелюстных и подглазничных каналов, томографию в прямой и боковой проекциях по методу В. М. Евдокимовой, томографию тела нижней челюсти, рентгенографию придаточных пазух носа и внутриротовых снимков альвеолярных отростков для выяснения состояния периапикальных тканей. Необходимо отметить, что наиболее информативным методом рентгенологического обследования является ортопантомография, позволяющая судить о состоянии костных структур ветвей и тела нижней челюсти, верхнечелюстных пазух, подглазничных и нижнечелюстных каналов и из стенок с обеих сторон.

При сборе анамнеза было выяснено, что непосредственной причиной развития невралгии тройничного нерва послужили острые или обострившиеся хронические периодонтиты и обострения пародонтита у 128 (35,4%) больных из 362 с поражениями II и III ветвей нерва. Причем только у 12 (3,3%) в зоне пораженной ветви мы обнаружили все интактные зубы. Настораживает тот факт, что у 47 чел. были удалены интактные зубы, чаще по настоянию больного, т. к. по характеру боли, частоте приступов и их причинам

было можно уже поставить диагноз невралгии тройничного нерва, а «причинный» зуб вероятнее всего был курковой зоной. У некоторых больных были удалены от 2—3-х до 7-ми интактных зубов в зоне пораженной ветви.

Примечательно, что непосредственные или предшествующие одонтогенные воспалительные заболевания чаще всего характерны для поражения нижнего луночкового нерва — 79 (61,8%) из 128 больных, а из причинных зубов чаще всего отмечены вторые и третьи моляры и премоляры. Это связано с непосредственной близостью к верхушкам корней перечисленных зубов нижнечелюстного канала. При рентгенологическом обследовании больных с поражениями нижнего луночкового нерва одонтогенного происхождения у 65 (82,3%) обнаружены изменения в структуре стенок канала. Стенки нижнечелюстного канала в большинстве случаев склерозированы и утолщены по сравнению со здоровой стороной, просвет канала сужен. Эти изменения наиболее выражены по ходу канала в области расположения второго и третьего моляров и премоляров. Причиной их вероятнее всего является реакция надкостницы нижнечелюстного канала в зоне одонтогенного хронического воспаления в виде оссифицирующего периостита, аналогично тому, как это происходит при хроническом остеомиелите со стороны надкостницы челюсти в фокусе воспаления. Сужение канала приводит к компрессии нервно-сосудистого пучка, его ишемии, и тем самым создается очаг хронического раздражения нижнего луночкового нерва, способствуя возникновению ТН.

У 14 (17,7%) больных с одонтогенной невралгией нижнего луночкового нерва рентгенологических изменений со стороны стенок канала не обнаружено.

Достоверную анамнестическую связь развития невралгии II ветви с хроническими одонтогенными воспалительными заболеваниями мы выявили у 49 больных: чаще всего причиной были очаги хронического воспаления от премоляров и второго моляров. При рентгенологическом обследовании этой группы больных выявлено, что у 46 из 49 имеются изменения со стороны стенок подглазничных каналов в виде склероза его стенок или сужения просвета канала. Характерно, что изменения со стороны канала выражены тем больше, чем чаще применялись деструктивные методы лечения. Развития склероза стенок подглазничного канала без предшествующих алкоголизаций у группы больных с одонтогенным генезом невралгии II ветви мы не обнаружили. Необходимо указать, что у 24 больных с поражением II ветви выявлен хронический одонтогенный синусит на стороне боли. Таким образом, одонтогенная причина вызывает развитие невралгии второй ветви опосредованно, т. е. воспалительные изменения распространяются по протяжению.

Таким образом, нами установлено, что одним из ведущих факторов в развитии невралгии II—III ветвей тройничного нерва являются очаги хронического одонтогенного воспаления, влияющие на нижний луночковый нерв непосредственно и на подглазничный нерв опосредованно. Для успешного лечения больных этой группы необходимо тщательное рентгенологическое обследование и последующая санация полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречко В. Е. Неотложная помощь в нейростоматологии. М.: Медицина, 1981. 198 с.
2. Гречко В. Е., Пузин М. Н. Одонтогенные невралгии тройничного нерва. // Стоматол. 1985. № 5. С. 82—84.
3. Карлов В. А., Савицкая О. Н., Вишнякова М. А. Невралгия тройничного нерва. М.: Медицина, 1980. 150 с.
4. Лившиц Л. Я. Невралгия тройничного нерва и ее стоматологические и нейрохирургические аспекты. // Матер. Республ. II науч. конф. стоматологов Грузии. Тбилиси: Мецниереба, 1975. С. 192—194.
5. Михайловский В. С. Невралгия тройничного нерва как проявление церебрального атеросклероза. // Геронтология и гериатрия. Киев: Наук. думка, 1971. С. 288—291.
6. Савицкая О. Н. Невралгия тройничного нерва. // Врач. дело. Киев, 1970. № 9. С. 100—103.
7. Смирнов В. А., Мануйлов Е. Н., Савицкая О. Н., Щечкин В. Н. К вопросу о хирургическом лечении и патоморфологии невралгии тройничного нерва. // Вест. оторинолар. 1971. № 3. С. 87—92.
8. Смирнов В. А. О некоторой патологии афферентации полости рта и особенности ее церебральных механизмов. // Афферентная функция полости рта и проблемы переработки сенсорной информации. М.: Медицина, 1976. С. 181—186.

УДК 616.314.18—002.1

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

С. Ш. ЗАРИПОВА

Казанский медицинский институт

Современная эндоканальная терапия обеспечивает надежное излечение околоверхушечных заболеваний. Вместе с тем лечение хронических, околоверхушечных заболеваний нередко чревато осложнениями, которые не всегда предсказуемы. Обострение хронического воспаления связывают как с повреждением околоверху-