

сающихся поверхностями излома отломков, исключая или почти исключая всякую видимую глазом подвижность между ними на весь период, необходимый для полного сращения перелома. Соблюдение указанных положений обеспечивает первичное костное сращение в ближайшие сроки. Всем этим требованиям, по мнению разработчиков, отвечают титановые пластины с минивинтами.

Цель работы. Провести сравнительную оценку эффективности применения титановых пластин с минивинтами и проволочных шин при лечении переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда.

Материалы и методы. Для выполнения данной работы нами были отобраны пациенты для двух групп. В первую группу исследования были включены 15 пациентов, которым была проведена иммобилизация нижней челюсти проволочной шиной. Во вторую группу - 15 пациентов, лечившихся с помощью методики остеосинтеза с применением титановых пластин и минивинтов.

Клинико-статистические исследования проведены у 30 пострадавших в возрасте 18-45 лет с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда. Обследование пациентов включало опрос, осмотр, клинические, лабораторные методы, а также выполнялось рентгенологическое исследование при поступлении и в послеоперационном периоде. Использовались титановые минивинты диаметром 1,5 мм и длиной 9 мм, титановые пластины, а также проволочные шины из алюминия сечением 1,8-2 мм.

Результаты исследования и обсуждение. Исследование состояния больного в послеоперационном периоде было проведено по следующим критериям: степень целостности пародонта и зубов; восстановление трудоспособности; восстановление функции жевания; наличие и риск развития послеоперационных осложнений; обострение каких-либо соматических заболеваний, связанное с проведенными манипуляциями.

В результате выполненных исследований мы получили следующие результаты: во второй группе у 18 пациентов (90%) была отмечена легкая степень травматизации тканей пародонта, у оставшихся 2 (10%) - средняя степень, в то время, как в первой группе 8 пациентов (40%) получили среднюю степень повреждения, а 12 пациентов (60%) - тяжелую, что требовало более длительную реабилитацию.

Функция жевания у пациентов, которым была проведена операция остеосинтеза, восстановилась на 3-5 суток после операции, нежели у пациентов с проволочными шинами, у которых функция жевания была восстановлена лишь после удаления шин из полости рта через 4 недели.

Также из-за нарушения питания в первой группе исследуемых отмечено обострение желудочно-кишечных заболеваний, таких как хронический гастрит (у 2 больных) и хронический холецистит в единичном случае. Во второй группе таких обострений удалось избежать, в связи с ранним восстановлением функции жевания.

Полное восстановление трудоспособности у пациентов второй группы наблюдалось к 14 суткам, в то время как в первой группе эти данные колеблются от 35 до 43 дней.

Заключение. После проведенной сравнительной оценки методов лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда, мы пришли к выводу, что наиболее эффективным методом лечения переломов нижней челюсти является остеосинтез титановыми пластинами, фиксированными титановыми минивинтами. Данный метод позволяет сократить время вре-

менной нетрудоспособности пациентов почти 3 раза, сохранить целостность тканей пародонта и зубов по сравнению с методикой фиксации челюстных отломков проволочными шинами, а также обеспечить быстрое восстановление функции жевания, вследствие чего и риск обострения хронических желудочно-кишечных заболеваний у данной группы пациентов уменьшается. Однако и этот метод не является универсальным. Как и любая методика, она имеет свои строгие показания и противопоказания.

Ключевые слова: остеосинтез, перелом, нижняя челюсть, проволочная шина, титановая минипластина, минивинты, зубной ряд, лечение.

Список литературы

1. Хирургическая стоматология: учебник / Афанасьев В.В. и др.; под общ. ред. В.В. Афанасьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Елисеева Е.В., Шарипов Е.М., Гандылян К.С., Суянова Д.Д. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9, № 3. С. 217-220.
3. Слётов А.А., Гандылян К.С., Фокин О.Ю., Сарандаев А.А. Оптимизация репаративного остеогенеза с использованием низкочастотной электротерапии при иммобилизации повреждённых челюстных костей // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2010. № 2. С. 142-143.
4. Karpov S.M., Gandylyan K., Eliseeva E., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Golovkova O., Ivinsky V. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms // European science review. 2015. № 3-4. С. 25-28.
5. Шарипов Е.М., Письменова Н.Н., Елисеева Е.В. Современные методы лечения переломов нижней челюсти // Сборник статей XLVII итоговой (всероссийской) научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края и СКФО, Ставрополь, изд. СтГМУ 2013, стр 339-342

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, dantist.71@mail.ru

Невралгия тройничного нерва является наиболее распространенной невралгией, встречающейся в стоматологии. По статистике, распространенность данной патологии достаточно велика и составляет до 50 больных на 100000 населения, а по данным ВОЗ, заболеваемость находится в пределах 2-4 пациентов на 10000 населения. Распространенность, выраженность болевого синдрома, сложность диагностики и лечения, а так же снижения качества жизни больного делают проблему возникновения данного вида невралгии крайне значимой для врача стоматолога.

Помимо значительного дискомфорта при повседневной жизни, невралгия тройничного нерва оказывает негативное воздействие на психоэмоциональное состояние пациента и его социальный статус, так как больной испытывает постоянный дискомфорт от болевых ощущений и не может в полной мере выполнять повседневные функции. Эти факторы негативно влияют на «качество жизни» пациента, снижая его. Под «качеством жизни» ВОЗ подразумевает такое понятие, как восприятие индивидуумом его положение в жизни в контексте окружающей его культуры и системы ценностей, в соответствии с его собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. При длительном снижении такого параметра как «качество жизни» у пациента, на фоне этой патологии, могут возникнуть психоэмоциональные нарушения и депрессия, что в целом при затяжной форме может негативно повлиять как на обычный ход жизни больного, так и на его здоровье как психическое, так и физическое.

Необходимо отметить, что в некоторых случаях невралгия тройничного нерва проявляет значительную резистентность к применению стандартной терапии, что указывает на необходимость совершенствования

стандартного терапевтического метода, с возможным привнесением в него новых, более эффективных компонентов. Поэтому в стоматологической практике необходимо наличие критерия, который смог бы помочь в оценке эффективности проведенного лечения и отдать предпочтение одному из подходов в лечении патологии. В случае с невралгией тройничного нерва, одним из критериев определяющих эффективность лечения, является «качество жизни».

Из этого следует, что объективная оценка «качества жизни» пациента и сопоставление с функциональным состоянием ЦНС у пациента с острой фазой невралгии являются важным для подбора терапии и дальнейшего прогнозирования развития психоэмоционального состояния больного и его дальнейшей адаптации в обществе.

В наше время качество жизни является крайне важным, а в некоторых случаях — основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях, поэтому следует уделить серьезное внимание методам его оценки и анализа. Для оценки «качества жизни» пациента возможно использование шкалы депрессии Бека, разработанной А.Т. Беком в 1961 году. Этот метод заключается в анкетировании пациента с помощью теста, включающего в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии. Ответы в каждой категории идут по возрастанию негативного депрессивного настроения испытуемого. После прохождения тестирования пациентом, суммы баллов за ответы суммируются, и если сумма превышает 10 баллов, то диагноз депрессии считается установленным. Если же уровень превышает 20 баллов, это говорит нам о наличии у пациента тяжелой формы депрессии, необходимость проведения терапии у врача-невропатолога, с возможным применением антидепрессантов.

Среди методов определения «качества жизни» наибольшее распространение получил опросник MOS SF-36(Short Form). Он состоит из 36 вопросов сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Методом позволяющим дифференцировано измерить тревожность как личностное свойство и состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергом и адаптированная на русский язык Ю.Л. Ханиным в 1976 году. Тест Спилберга состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности).

В заключении можно отметить, что определение психоэмоционального состояния пациента играет важную роль в лечении невралгии тройничного нерва, так как позволяет в полной мере подобрать индивидуальный терапевтический и психологический подход, что крайне положительно сказывается на лечении и общем состоянии пациента и способствует его скорейшей реабилитации.

Список литературы

1. Карпов С.М., Ивенский В.Н., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Психосоматическое состояние больных с невралгией тройничного нерва // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2013. Т. XLV. № 2. С. 13-17.

2. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Карпов А.С., Ивенский В.Н. Качество жизни при невралгии ветвей тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2012. № 12-1. С. 62-65.

3. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва // Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 298-302.

4. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопагии: клиника, диагностика, лечение: Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства". Москва, 2011

5. Гандылян К.С. Современные представления о этиопатогенезе и методах лечения патологии системы тройничного нерва (обзор литературы) // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 4-2. С. 314-317.

6. Ярошкевич А.В., Гандылян К.С. Краткий толковый словарь медицинских терминов, используемых в стоматологии и челюстно – лицевой хирургии.

7. Гандылян К.С. Современные представления о этиопатогенезе и методах лечения патологии системы тройничного нерва (обзор литературы) // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 4-2. С. 314-317.

ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Цыплаков А. В., Умаров Р. А., Саркисов А.Я

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, buraeva.ilona@mail.ru

Актуальность. В настоящее время проблема невралгии тройничного нерва имеет большое значение, так как, не смотря на яркую клиническую картину и современные методы диагностики, данная патология часто неправильно диагностируется.

Пациенты с тригеминальной невралгией нуждаются в особом подходе по причине длительного течения заболевания и особенностей психоэмоционального статуса.

Также актуальностью данной темы является полнотипологичность тригеминальной невралгии, что, следовательно, затрудняет определение причинного фактора в том или ином клиническом случае.

Цель исследования. Ознакомиться с понятием «тригеминальная невралгия», её этиологией, патогенезом, клинической картиной и методами диагностики, а также рассмотреть традиционные методы лечения и современную терапию тригеминальной невралгии.

Содержание темы. Впервые упоминания об этой болезни встречаются ещё в трудах Галена в 81 году до нашей эры. Тригеминальная невралгия (от лат.: tri – три, geminus – близнец; от греч.: neuron – жила, волокно, нерв, и algos – боль) боли в одной или во всех ветвях тройничного нерва.

Тройничный узел расположен на передней поверхности вдавления пирамиды височной кости в специальном расщеплении твердой мозговой оболочки головного мозга – тройничной (меккелевой) полости. Переднедневнутреннюю часть узла и проксимальные корешковые волокна от проходящей ниже внутренней сонной артерии и задней части пещеристого синуса отделяет тонкая костная пластинка, формирующая дно тройничного вдавления. Иногда этот участок кости сонного канала отсутствует и переднюю поверхность узла от подлежащей сонной артерии отделяет только тонкая полоска соединительной ткани. Это может играть определенную роль в происхождении тригеминальной невралгии и объясняет преимущественное вовлечение болевых пароксизмы второй и третьей ветвей.

Общепринятой среди большинства зарубежных исследователей, занимающихся проблемами лицевой боли, является гипотеза о компрессии чувствительного корешка тройничного нерва близлежащим сосудом, обычно патологически извитой петлёй верхней мозжечковой артерии.