

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 полиэтиологичность 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. Передне-внутреннюю 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.

Эффективность карбамазепина на ранних этапах заболевания послужила поводом для дискуссии о том, является ли невралгия тройничного нерва (НТН) заболеванием центральной или периферической нервной системы. После обнаружения W. Dandy нейроваскулярного конфликта у больных НТН, после подтвержденного P. Jannetta большим количеством успешных операций микровазкулярной декомпрессии корешка тройничного нерва (КТН), избавляющей пациентов от страдания, основным механизмом в патогенезе заболевания стали рассматривать периферический.

Постоянное давление и ритмичные удары артериальных петель в месте конфликта формируют эктопический очаг возбуждения.

Экспериментально доказано, что эктопические импульсы могут исходить из демиелинизированных волокон. Пульсирующая компрессия демиелинизированных аксонов А-волокон в области конфликта КТН с сосудом становится источником периферического очага возбуждения. Интенсивность болевого пароксизма зависит от синхронизации возбуждения большого количества нейронов ганглия. Взаимодействуют два процесса – эфapticкое возбуждение и распространение импульса с аксонов А – волокон на С – волокна. В связи с этим незначительная болевая стимуляция триггерной зоны вызывает взрыв импульсации продолжительностью в несколько секунд.

Заключение. Таким образом лечение возможно как консервативное так и хирургическое. Основным методом который позволяет полностью избавиться от НТН и не принимать в дальнейшем противосудорожные препараты, является хирургическое лечение. Вариантами хирургического лечения являются прежде всего деструктивная операция на корешке тройничного нерва, так называемая селективная ризотомия, и второй вариант это микровазкулярная декомпрессия (МВД).

Ключевые слова: тригеминальная невралгия, карбамазепин, тройничный узел.

Список литературы

1. Пузин М.Н. Нервные болезни. 2013.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Ярошкевич А.В., Гандылян К.С. Краткий толковый словарь медицинских терминов, используемых в стоматологии и челюстно – лицевой хирургии.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Назаренко Н.Н., Чернышова С.Г., Саркисов А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, nikniknaz27@gmail.com

Актуальность. Общий рост травматизма за последние годы сопровождается также возникновением осложнений в виде неврологических патологий. В связи с этим, вопросом изучения клиники, диагности-

ки и лечения подобных проблем в челюстно-лицевой области уделяется большое внимание как отечественным, так и зарубежным исследователям и клиницистам.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения переломов при наличии повреждения нижнего альвеолярного нерва.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 2 группы пациентов с переломами нижней челюсти, осложненными повреждениями нижнего альвеолярного нерва. У первой группы применялись только стандартные методы лечения в виде шинирования, УВЧ и электрофореза. У второй группы помимо стандартных методов применялись: местная дарсонвализация поочередно с электрофорезом кальция через полумаску Бергонье и в виде воротника в сочетании с инъекциями АТФ, витаминов В1,В6,В12 и Е и последующим приемом внутрь препаратов поливитаминов и глютаминовой кислоты. Также применялся электростимулятор – анальгезатор для стимуляции нервного волокна в зоне повреждения и дистальнее её.

Результаты и обсуждения. После применения дополнительных методов в совокупности с основными у второй группы, скорость репаративных процессов в нервной ткани увеличилась, а качество лечения осложнений значительно улучшилось, что наглядно показывает целесообразность их применения в практической стоматологии.

Заключение. Помимо применения стандартного плана лечения стоит уделять внимание выбору различных дополнительных методов лечения неврологических осложнений и их сопоставления друг с другом для повышения эффективности.

Ключевые слова: особенности, повреждение нижнего альвеолярного нерва, травматизм.

Список литературы

1. Пузин М.Н. Нервные болезни. М., 2013. С. 133.
2. Васильев А.В., Девдариани Д.Ш. Профилактика травматического паротита при переломах ветви нижней челюсти. // Материалы 3-ей международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб. 1998. С. 21.
3. Козлов В.А., Васильев А.В., Трошкова Г.Б., Камалов Р.К. Оценка функционального состояния нервно-мышечного аппарата жевательной группы мышц при высоких переломах ветви нижней челюсти. // Клиническая имплантология и стоматология. 2001. №4-5. С. 98-101.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА

Чурикова В.Ю., Оганесова И.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, vika.churikova.93@mail.ru

Актуальность. В настоящее время известным является тот факт, что фурункулы занимают одно из ведущих мест среди острых неodontогенных воспалительных заболеваний ЧЛО (около – 16%). В более чем 80% случаев встречаются фурункулы, в остальных случаях – карбункулы лица. Фурункул – это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка и сальной железы, сопровождающееся частичным центральным некрозом волосяного фолликула и окружающей клетчатки. Возбудителями заболевания является золотистый, реже белый стафилококк. К предрасполагающим факторам в возникновении фурункулов лица относят загрязнение кожи, неблагоприятные метеорологические условия (повышенная влажность), охлаждение или перегревание организма, нарушения нервной, эндокринной системы, авитаминоз, интоксикация.

Цель исследования. Изучить методы лечения фурункулов и выявить наиболее эффективный.

Материалы и методы. Нами были обследовано 24 пациента, находившихся на лечении в отделение