

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕЙРОПАТИЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Проф. А. А. Тимофеев, доц. Н. А. Ушко

Институт стоматологии Национальной медицинской академии
последипломного образования им. П. Л. Шупика

Изучены возможности применения аппаратно-программного комплекса «ДИН-1» в комплексном лечении нейропатий II и III ветвей тройничного нерва разной степени тяжести (при заколачивании, растяжении, частичном и полном разрыве нерва). Проведено лечение неврологических осложнений у 335 больных после оперативных вмешательств, связанных с удалением опухолей и опухолеподобных образований верхней и нижней челюстей с применением аппаратно-программного комплекса «ДИН-1». Установлено, что использование аппаратно-программного комплекса «ДИН-1» в комплексном лечении нейропатий тройничного нерва имеет высокую терапевтическую эффективность.

Полученные нами данные можно использовать в комплексном лечении нейропатий II и III ветвей тройничного нерва разной степени тяжести (заколачивании, растяжении, частичном и полном разрыве нерва) у больных после проведения операций удаления опухолей и опухолеподобных образований челюстей.

Ключевые слова: тройничный нерв, осложнение, нейропатии, опухоли челюстей, опухолеподобные образования челюстей.

ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ НЕЙРОПАТІЙ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

Проф. О. О. Тимофеев, доц. Н. О. Ушко

Вивчено можливості застосування апаратно-програмного комплексу «ДИН-1» у комплексному лікуванні нейропатій II і III гілок трійчастого нерва різного ступеня тяжкості (у разі забиття, розтягнення, часткового та повного розриву нерва). Проведено лікування неврологічних ускладнень у 335 хворих після оперативних втручань, пов'язаних із видаленням пухлин і пухлиноподібних утворень верхньої і нижньої щелеп із застосуванням апаратно-програмного комплексу «ДИН-1». Установлено, що використання апаратно-програмного комплексу «ДИН-1» у комплексному лікуванні нейропатій трійчастого нерва має високу терапевтичну ефективність.

Отримані дані можна використовувати в комплексному лікуванні нейропатій II і III гілок трійчастого нерва різного ступеня тяжкості (забитті, розтягненні, частковому та повному розриві нерва) у хворих після проведення операцій видалення пухлин і пухлиноподібних утворень щелеп.

Ключові слова: трійчастий нерв, ускладнення, нейропатії, пухлини щелеп, пухлиноподібні утворення щелеп.

TREATMENT OF POSTOPERATIVE NEUROPATHY OF TRIGEMINAL NERVE

O. O. Tymofeiev, N. O. Ushko

Studied the possibility of application of hardware-software complex «DIN-1» in the complex treatment of neuropathies of II and III branches of the trigeminal nerve of different severity (if boarded-up, stretching, partial and complete rupture of the nerve). 335 patients with neurological complications after surgical interventions were treated in regard to removal of tumors and tumor-like formations of the upper and lower jaws with the use of a hardware-software complex «DIN-1». The use of hardware-software complex «DIN-1» in complex treatment of neuropathy of the trigeminal nerve has a high therapeutic efficiency.

Obtained results can be used in the multimodality therapy of neuropathies of II and III branches of the trigeminal nerve of varying severity (the boarded-up, stretching, partial and complete rupture of the nerve) in patients after removal of tumors and tumor-like formations of jaws.

Keywords: trigeminal nerve, complications, neuropathies, tumors of the jaw, tumor-like formations of jaws.

Во время проведения операции удаления опухоли или опухолеподобного образования хирург в челюстной кости отделяет патологический очаг от ветвей тройничного нерва. При этом нерву наносится травма, которая может быть как минимальной (ушиб или растяжение), так значительной — частичное

или полное нарушение целостности соответствующих ветвей [1, 9, 10].

Цель работы — в зависимости от полученной во время операции травмы нерва (ушиб, растяжение, частичный и полный разрыв нерва) изучить динамику изменений электрофизиологических показателей мягких тканей,

иннервируемых II и III ветвями тройничного нерва у больных после проведения оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей и опухолеподобных образований челюстей и определить возможность использования аппаратно-программного комплекса (АПК) «ДИН-1» для лечения послеоперационных нейропатий [2, 4, 6, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование неврологических осложнений у 335 больных после проведения оперативных вмешательств, связанных с удалением опухолей (амелобластомы, остеобластомы) и опухолеподобных образований (кисты эпидермоидные, радикулярные, фолликулярные и др.) верхней и нижней челюстей. Обследование только на АПК «ДИН-1» без использования его в лечении проводилось 189 пациентам (у этих обследуемых лечение нейропатий было традиционным), а у 146 пациентов для обследования и лечения послеоперационных нейропатий применили АПК «ДИН-1».

Контрольную группу составили 35 обследуемых — практически здоровых людей (без патологических изменений в челюстно-лицевой области). Данным лицам мы определили электрофизиологические показатели мягких тканей, иннервируемых II и III ветвями тройничного нерва.

Все больные были нами разделены на 4 обследуемые группы: I группа — 81 больной после оперативных вмешательств, при которых наблюдалось незначительное травмирование ветвей тройничного нерва, которое мы расценивали как *ушиб*; II группа — 99 больных после оперативных вмешательств, при которых наблюдалось *растяжение* ветвей тройничного нерва во время выделения патологического очага; III группа — 92 больных после оперативных вмешательств, при которых наблюдался *частичный (неполный) разрыв* одной из ветвей тройничного нерва во время удаления патологического очага; IV группа — 63 больных после оперативных вмешательств, при которых наблюдался *полный разрыв* одной из ветвей тройничного нерва во время удаления патологического очага.

Всем больным проводились клинические методы обследования, которые включали: осмотр, пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию челюстей и т. д. Для измерения статических и динамических параметров участков мягких тканей, которые иннервируются тройничным нервом, и для комплексного лечения нейропатий был применен АПК «ДИН-1». Все специальные методы обследования тройничного нерва проводили как при госпитализации, так и в динамике послеоперационного периода.

Для лечения нейропатий, кроме АПК «ДИН-1», мы применяли следующие медикаментозные препараты: нуклео ЦМФ форте и нейровитан (мильгамма) [3, 5, 6]. Данные препараты мы назначали больным после консультации совместно с врачами-неврологами. Нуклео ЦМФ форте в ампулах применялся внутримышечно 1 раз в день. Курс длился от 3 до 6 дней. Затем медикаментозный курс продолжали приемом данного препарата в капсулах *per os*. Нуклео ЦМФ форте назначали по 1–2 капс. 2 раза в день в течение 10–20 дней (при неполном разрыве нерва — 10 дней, при полном разрыве нерва — 20 дней). Лечение мильгаммой было следующим: начинали с 2 мл внутримышечно 1 раз в день, затем переходили на поддерживающую терапию — по 2 мл 2–3 раза в неделю. Возможно лечение пероральной формой препарата (по 1 таб. 3 раза в день). Продолжительность лечения составляла 1 мес. Нейровитан (витаминный препарат) взрослым назначали от 2 до 4 таб. в сутки. Курс лечения — 2–4 нед.

Прием медикаментозных препаратов в I группе наблюдения не проводился. Этим больным мы применили только лечение на АПК «ДИН-1» (один курс — 7 дней). АПК «ДИН-1» мы применяли для лечебных процедур через 5–6 дней после проведенного оперативного вмешательства, т. е. только после значительного уменьшения послеоперационного отека мягких тканей. Во II группе наблюдения медикаментозный курс приема ранее указанных препаратов проводился 1 раз (в течение первого месяца). АПК «ДИН-1» этим больным мы применили дважды в течение первого месяца после проведенной операции (каждый курс

электростимуляції тривав впродовж 7 днів з перервами в 7 днів). В III і IV групах спостереження загальне медикаментозне лікування застосували 2 рази за весь період реабілітації (впродовж першого місяця і повторили його через 2 міс.), а курси електростимуляції трійничного нерва на апараті «ДИН-1» проводили двічі в перший місяць після операції і потім один раз в місяць (щомісячно). Впродовж декількох місяців ми повторили проведення електростимуляції нерва з допомогою АПК «ДИН-1» (один курс лікування в місяць) до нормалізації електрофізіологічних показувачів і зникнення клінічної симптоматики нейропатії. При отриманні повного відновлення чутливої функції травмованої гілки трійничного нерва лікування на АПК «ДИН-1» припинялося. В IV групі спостереження через півроку після операції для досліджуваних з неповним одужанням ми рекомендували повторно застосовувати один курс медикаментозної терапії і ще впродовж 3 міс. проводили курси електростимуляції трійничного нерва на апараті «ДИН-1» (щомісячно).

Отримані цифрові дані досліджуваних хворих обробляли загальноприйнятими варіаційно-статистичними методами з використанням персонального комп'ютера і пакета статистичних програм SPSS 11.0 for Windows і Microsoft Excel 2000. Надійшли результати дослідження оцінювали за критерієм Ст'юдента. Різниця вважалася достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ І ЇХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведенні дослідження практично здорових людей (без патології в щелепно-лицьовій області) ми визначили статичні і динамічні показувачі м'яких тканин, іннервованих II гілкою трійничного нерва (в інфраорбітальній точці вимірювання) і III гілкою трійничного нерва (в ментальній точці вимірювання). Вимірювали показувачі провідності і резистентності нерва.

Показувачі провідності і резистентності II і III гілок трійничного нерва у здорових людей були практично однаковими.

Для II гілки показувач провідності склав $113,0 \pm 2,8$ усл. од. і резистентності — $5,0 \pm 0,7$ усл. од. Для III гілки показувач провідності склав $113,0 \pm 2,8$ усл. од. і резистентності — $5,0 \pm 0,7$ усл. од. Надійшли зміни електрофізіологічних показувачів в досліджуваних групах спостереження при госпіталізації і в динаміці провідного лікування визначали в порівнянні з аналогічними показувачами, які були виявлені у практично здорових людей.

У хворих I групи спостереження (*ущиб трійничного нерва*) в динаміці дослідження показувачі провідності при госпіталізації (до проведення операції) склали $115,1 \pm 3,1$ усл. од. ($p > 0,05$), через добу після проведеної операції — $77,3 \pm 4,2$ усл. од. ($p < 0,001$), через 3 добу — $82,4 \pm 4,5$ усл. од. ($p < 0,001$), через 7–8 днів після операції — $88,2 \pm 3,7$ усл. од. ($p < 0,001$), через 14–15 днів (2 нед.) — $90,2 \pm 3,2$ усл. од. ($p < 0,001$), через 1 міс. — $109,2 \pm 5,0$ усл. од. ($p > 0,05$). Резистентність при госпіталізації відповідавала $5,6 \pm 2,2$ усл. од. ($p > 0,05$), через добу після проведення операції резистентність була мінус $2,5 \pm 1,7$ усл. од. ($p < 0,001$), через 3 добу — мінус $8,6 \pm 4,1$ усл. од. ($p < 0,001$), через 7–8 днів після операції — мінус $2,9 \pm 0,9$ усл. од. ($p < 0,001$), через 14–15 днів (2 нед.) — $3,1 \pm 0,3$ усл. од. ($p < 0,05$), через 1 міс. — $4,6 \pm 2,3$ усл. од. ($p > 0,05$).

Показувачі провідності і резистентності II і III гілок трійничного нерва впродовж перших трьох діб після проведеної операції досягали максимальних змін, а через 1 міс. показувачі провідності і резистентності нормалізувалися.

У хворих I групи спостереження, яким в післяопераційний період для лікування нейропатії трійничного нерва застосували АПК «ДИН-1», показувачі провідності при госпіталізації (до проведення операції) склали $117,3 \pm 2,9$ усл. од. ($p > 0,05$), через 3 добу — $79,9 \pm 3,8$ усл. од. ($p < 0,001$), через 7–8 днів після операції — $92,1 \pm 2,9$ усл. од. ($p < 0,001$), через 14–15 днів (2 нед.) — $107,8 \pm 3,7$ усл. од. ($p > 0,05$). Резистентність при госпіталізації відповідавала $5,3 \pm 2,0$ усл. од. ($p > 0,05$),

через 3 сут.— минус $8,1 \pm 3,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 7–8 дней после операции — минус $1,1 \pm 0,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 дней (2 нед.) — $4,9 \pm 2,1$ усл. ед. ($p > 0,05$).

При применении АПК «ДИН-1» для лечения больных с послеоперационными нейропатиями, вызванными ушибом II и III ветвей тройничного нерва, изучаемые показатели проводимости и резистентности II и III ветвей тройничного нерва восстановились до нормы через 14–15 дней после операции, а не спустя 1 мес. после ее выполнения без использования АПК «ДИН-1».

При обследовании больных II группы наблюдения (*растяжение тройничного нерва*) показатели проводимости при госпитализации (до проведения операции) составили $119,4 \pm 3,1$ усл. ед. ($p > 0,05$), через сутки после проведения операции — $66,3 \pm 4,6$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 сут.— $78,4 \pm 4,2$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 7–8 дней после операции — $83,3 \pm 3,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3–4 нед.— $88,4 \pm 3,2$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 2 мес.— $118,5 \pm 7,9$ усл. ед. ($p > 0,05$). Резистентность при госпитализации была равна $7,2 \pm 1,9$ усл. ед. ($p > 0,05$), через сутки после операции — минус $6,7 \pm 2,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 сут.— минус $13,1 \pm 3,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 7–8 дней после операции — минус $18,9 \pm 2,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3–4 нед.— минус $3,8 \pm 1,6$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 2 мес.— $6,8 \pm 4,8$ усл. ед. ($p > 0,05$).

Проводимость и резистентность II и III ветвей тройничного нерва в течение первых трех суток у больных с растяжением ветвей тройничного нерва достигала максимальных изменений (уменьшений) этих показателей и только через 2 мес. после проведенной операции показатели нормализовались.

У больных II группы, которым в послеоперационном периоде для лечения нейтропатии тройничного нерва применили АПК «ДИН-1», показатели проводимости при госпитализации (до проведения операции) составили $112,5 \pm 3,8$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 сут.— $75,9 \pm 4,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 7–8 дней после операции — $86,7 \pm 3,6$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес.— $92,1 \pm 2,1$ усл. ед. ($p < 0,001$), через

1,5 мес.— $115,2 \pm 2,2$ усл. ед. ($p > 0,05$). Резистентность при госпитализации составляла $7,4 \pm 2,1$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 сут.— минус $8,3 \pm 3,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 7–8 дней после операции — минус $15,1 \pm 2,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес.— минус $1,2 \pm 1,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1,5 мес.— $5,4 \pm 2,9$ усл. ед. ($p > 0,05$).

При применении АПК «ДИН-1» в комплексном лечении больных с нейропатиями, вызванными растяжением II и III ветвей тройничного нерва, изучаемые показатели проводимости и резистентности восстановились до нормы через 1,5 мес. после операции.

При обследовании больных III группы наблюдения (*частичный или неполный разрыв одной из ветвей тройничного нерва*) показатели проводимости при госпитализации (до проведения операции) составили $120,2 \pm 5,8$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции — $65,2 \pm 8,6$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут.— $73,4 \pm 9,2$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — $79,3 \pm 8,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес.— $82,2 \pm 11,3$ усл. ед. ($p < 0,02$), через 6 мес.— $107,5 \pm 11,2$ усл. ед. ($p > 0,05$). Резистентность при госпитализации была равна $5,9 \pm 0,8$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции резистентность была минус $9,7 \pm 4,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут.— минус $10,6 \pm 4,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — минус $7,9 \pm 4,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес.— минус $2,2 \pm 1,9$ усл. ед. ($p < 0,01$), через 6 мес.— $3,6 \pm 4,2$ усл. ед. ($p > 0,05$).

Анализируя показатели проводимости и резистентности ветвей тройничного нерва у больных с частичным разрывом какой-либо ветви тройничного нерва после проведенного оперативного вмешательства установлено, что после операции наблюдалось достоверное снижение этих показателей. Последние были очень низкими в течение первого месяца после операции у всех больных данной группы наблюдения. Затем наблюдалось медленное и постепенное повышение показателей проводимости и резистентности с нормализацией их только к 6 мес. после проведенной операции. Установлено, чем тяжелее протекала операция у обследуемых с частичным или неполным

повреждением нерва, тем выраженнее была неврологическая симптоматика со стороны тройничного нерва и тем больше и достовернее были отклонения от нормы показателей проводимости и резистентности. Нормализация изучаемых электрофизиологических показателей наблюдалась только через 6 мес. после проведенной операции [3, 5].

При лечении больных III группы наблюдения (при частичном или неполном разрыве одной из ветвей тройничного нерва), которым в комплексном лечении нейропатий тройничного нерва был использован АПК «ДИН-1», показатели проводимости при госпитализации (до проведения операции) составили $117,2 \pm 3,8$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции — $63,4 \pm 4,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — $82,3 \pm 3,1$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — $88,3 \pm 4,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — $94,5 \pm 4,3$ усл. ед. ($p < 0,02$), через 4 мес. — $111,5 \pm 3,2$ усл. ед. ($p > 0,05$). Резистентность при госпитализации была равна $5,3 \pm 0,4$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции резистентность составляла минус $10,2 \pm 3,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — минус $8,1 \pm 2,6$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — минус $3,9 \pm 2,5$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — $2,1 \pm 1,7$ усл. ед. ($p < 0,01$), через 4 мес. — $4,9 \pm 0,9$ усл. ед. ($p > 0,05$).

При использовании АПК «ДИН-1» в комплексном лечении больных с нейропатиями, вызванными частичным (неполным) разрывом II и III ветвей тройничного нерва, изучаемые показатели проводимости, резистентности и тонуса восстановились до нормы уже через 4 мес. после операции, а не спустя 6 мес., согласно нашим обследованиям, без использования аппарата «ДИН-1». Применение в комплексном лечении АПК «ДИН-1» позволило через 4 мес. после оперативного вмешательства добиться полного выздоровления у 97,4% больных с нейропатиями тройничного нерва, вызванными его частичным (неполным) разрывом, т. е. выздоровление пациентов с данной патологией наблюдалось в 1,5 раза быстрее, чем без применения данного аппарата. Только лишь у 1 из 39 больных данной группы, т. е. в 2,6% случаях,

полное выздоровление наступило через 6 мес. после проведенной операции.

При обследовании больных IV группы наблюдения (полный разрыв одной из ветвей тройничного нерва) показатели проводимости при госпитализации (до проведения операции) составили $117,2 \pm 5,6$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции — $58,5 \pm 6,8$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — $44,9 \pm 8,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — $49,6 \pm 6,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — $51,2 \pm 7,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 6 мес. — $56,9 \pm 12,8$ усл. ед. ($p < 0,001$). Резистентность при госпитализации была равна $5,6 \pm 0,9$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции резистентность была минус $23,8 \pm 3,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — минус $29,8 \pm 5,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — минус $33,9 \pm 5,2$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — минус $34,4 \pm 6,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 6 мес. — минус $31,5 \pm 11,9$ усл. ед. ($p < 0,001$).

Анализируя показатели проводимости и резистентности ветвей тройничного нерва у больных с полным разрывом II или III ветви тройничного нерва после проведенного оперативного вмешательства установлено, что на 3 сут. после операции наблюдалось достоверное снижение этих показателей, которые оставались достоверно низкими в течение 3–6 мес. после операции. Нормализации показателей проводимости и резистентности не наблюдалось в течение 6 мес. после проведенного оперативного вмешательства. Установлено, чем тяжелее протекала операция у обследуемых IV группы (с полным повреждением нерва), тем выраженнее была клиническая неврологическая симптоматика со стороны тройничного нерва и тем больше были отклонения от нормы показателей проводимости, резистентности и тонуса. По нашим наблюдениям, нормализации электрофизиологических показателей проводимости и резистентности нерва не происходит даже к 8–12 мес. после проведенной операции.

При обследовании больных IV группы наблюдения (полный разрыв одной из ветвей тройничного нерва) показатели проводимости

при госпитализации (до проведения операции) составили $114,8 \pm 3,9$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции — $54,2 \pm 4,7$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — $52,7 \pm 6,9$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — $68,6 \pm 5,8$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — $89,4 \pm 6,5$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 6 мес. — $99,3 \pm 11,2$ усл. ед. ($p > 0,05$). Резистентность при госпитализации была равна $5,2 \pm 0,7$ усл. ед. ($p > 0,05$), через 3 дня после операции резистентность составила минус $19,9 \pm 4,1$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 14–15 сут. — минус $22,6 \pm 6,1$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 1 мес. после операции — минус $27,9 \pm 6,0$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 3 мес. — минус $10,2 \pm 5,8$ усл. ед. ($p < 0,001$), через 6 мес. — минус $4,3 \pm 4,8$ усл. ед. ($p < 0,02$).

При применении АПК «ДИН-1» в комплексном лечении больных с нейропатиями, вызванными полным разрывом II и III ветвей тройничного нерва, изучаемые показатели проводимости и резистентности восстановились до нормы через 6 мес. после операции только у 17 из 31 пациента, т. е. у 54,8%. У 45,2% больных данной группы с неполным выздоровлением мы продолжали лечение. Клиническое обследование этих пациентов мы провели еще через 1 год после проведенной операции. Установили, что через 1 год после операции нормализация электрофизиологических показателей произошла еще у 8 больных (у 25,8%).

Следовательно, клиническое выздоровление пациентов при полном послеоперационном разрыве ветвей тройничного нерва через 1 год после операции мы получили у 80,6% больных. Следует отметить, что, по данным литературы [3, 10], нормализация чувствительности кожи и слизистых оболочек полости рта при полном пересечении ветвей тройничного нерва (через 1 год после операции) при общепринятом лечении наблюдалась менее чем у 20% больных с данной патологией.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного нами обследования установлено, что использование в лечении АПК «ДИН-1» является перспективным и позволило: в 2 раза сократить сроки лечения всех больных с нейропатиями, вызванными ушибом II и III ветви тройничного нерва; в 1,5 раза сократить сроки лечения больных с нейропатиями, вызванными растяжением нерва; у 97,4% пациентов через 4 мес. после операции добиться выздоровления при нейропатиях, вызванных частичным (неполным) разрывом данного нерва; у 80,6% пациентов с нейропатиями, вызванными полным разрывом ветвей тройничного нерва, добиться клинического выздоровления (в 54,8% случаях через 6 мес. и в 25,8% — через 1 год после операции).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Весо́ва Е. П. Поражение тройничного нерва при неопухолевых заболеваниях челюстно-лицевой области: механизмы возникновения, диагностика, обоснование лечения : дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология». — Киев : НМАПО, 2013. — 425 с.
2. Деклараційний патент на винахід. Спосіб визначення дисфункції трійчастого нерва / А. А. Тимофеев, О. П. Весо́ва, В. І. Портніченко, Ю. М. Коляда, А. Г. Портніченко — № 20031110757; заявл. 15.11.2004 р.; Бюл. № 11.
3. Тимофеев А. А. Диагностический тест тяжести поврежденных тройничного нерва после удаления опухолей и опухолеподобных образований челюстей / А. А. Тимофеев, Е. П. Весо́ва, Н. А. Ушко // Современ. стоматология. — 2016. — № 2 (81). — С. 64–69.
4. Тимофеев А. А. К вопросу систематизации вторичных поражений структур системы тройничного нерва при патологии челюстно-лицевой области / А. А. Тимофеев, Е. П. Весо́ва, Е. В. Ткаченко // Укр. неврологіч. журн. — 2015. — № 1. — С. 94–97.
5. Тимофеев А. А. Лечение нейропатий тройничного нерва у больных после удаления опухолей и опухолеподобных образований на челюстях / А. А. Тимофеев, Н. А. Ушко, Е. П. Весо́ва // Современ. стоматология. — 2016. — № 5. — С. 36–41.

6. Тимофеев А. А. Нейропатия лицевого нерва в результате его ишемизации после проведения паротидэктомий / А. А. Тимофеев, А. И. Кривошеева // Современ. стоматология. — 2015. — № 4. — С. 90–95.

7. Тимофеев А. А. Нейропатии лицевого нерва, вызванные его растяжением / А. А. Тимофеев, А. И. Кривошеева, Б. Беридзе // Современ. стоматология. — 2015. — № 5. — С. 62–67.

8. Тимофеев А. А. Оценка тяжести повреждения ветвей тройничного нерва у больных с переломами челюстей и скулового комплекса / А. А. Тимофеев, Е. П. Весова, В. Л. Леснухин // Современ. стоматология. — 2004. — № 4. — С. 92–94.

9. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. — Киев : Червона Рута-Турс, 2012. — 1048 с.

10. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия / А. А. Тимофеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Киев : Медицина, 2015. — 800 с.