

Положительная динамика носила стойкий прогрессивный характер. К 15-му дню пребывания в стационаре сохранялся лишь незначительный отек в лобной и левой височной областях; умеренный отек со слабо выраженной гиперемией кожи в скуловой и правой височной областях. Послеоперационные раны очистились и заживали вторичным натяжением. При этом в участках инъекций сформировались струпы, что способствовало сохранению умеренновыраженно-го отека в правой подглазничной области и нижнего века (рис. 2 а), который определялся у больной и через 1 месяц (рис. 2 б).

Заклучение. При затяжном атипичном течении гнойных воспалительных заболеваний врачам стоматологам-хирургам в их практической деятельности следует включать в комплекс лечения больных гируд-, магнито- и стимулирующую терапию, а также гипербарическую оксигенацию, которые демонстрируют свою эффективность даже в случаях развития обширных некрозов, и способствуют оптимизации течения воспалительного и восстановительного процессов, ускоряя реконвалесценцию.

Поступила 16.12.13



УДК 616.314-77:616.8-009.7-079.4-085.21+615.814

Е. Д. Диасамидзе, к. мед. н.

Харківська медична академія післядипломної освіти

НЕТРАДИЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ПІДВИЩЕНОЇ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

Стаття присвячена вивченню можливості контролю інтенсивності больового синдрому із застосуванням немедикаментозного методу лікування у хворих при невралгії трійчастого нерва.

Ключові слова: больові відчуття, рефлексотерапія, невралгія трійчастого нерва.

Э. Д. Диасамидзе

Харьковская медицинская академия последипломного образования

НЕТРАДИЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Статья посвящена изучению возможности контроля интенсивности болевого синдрома с применением немедикаментозного метода лечения у больных при невралгии тройничного нерва.

Ключевые слова: болевая чувствительность, рефлексотерапия, невралгия тройничного нерва.

E. D. Diasamidze

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

UNCONVENTIONAL TREATMENT OF PAIN SENSITIVITY IN TRIGEMINAL NEURALGIA

ABSTRACT

This article is devoted to the study of ability to control the intensity of pain with the use of non-pharmacological treatment in patients with trigeminal neuralgia. In our proposed method of treating pain sensitivity in trigeminal neuralgia by prolonged on acupuncture points aurikulyarnoyi zone I earlobe has been significant clinical effect, namely, relief of pain, restoration of tactile sensitivity, shortening treatment, excluding the effect of medication.

Key words: pain sensitivity, reflexology, prosoponeuralgia.

Багатівікова історія вивчення важкої недуги, що отримала в 1671 р. назву невралгії трійчастого нерва (НТН), яка проявляється гострими рекурентними (повторюваними) больовими нападами в області обличчя, сягає своїм корінням в XI - XII століття.

Трійчастий нерв проводить нервові імпульси від чутливих рецепторів особи до мозку, тобто забезпечує зв'язок особи з головним мозком. Система трійчастого нерва складається з його особових гілок і декількох центрів всередині головного мозку, куди і прямують імпульси від чутливих рецепторів обличчя [1].

Невралгія трійчастого нерва провокується судинними проблемами (недостатнє кровопостачання центрів або їх роздратування надмірно звивистою артерією), тобто тиском кровносною судини (артерія або вена) на частину нерва, викликаючи зміну оболонки нерва (дем'єлінізацію), що призводить до зміни проходження нервових імпульсів, викликаючи появу патологічної збудливості нерва і до виникнення болю. Причиною локальної зміни оболонки нерва може бути також і тиск пухлини мозку на нерв, тиск стінкою звуженого кісткового каналу, по якому нерв проходить, наслідки травми голови (спайкові процеси після травм), запальні процеси в області кореня зуба (пульпіт, періодонтит та ін). Захворювання може розвинути після видалення зуба (уражається луночковий нерв) – одонтогенна невралгія. Оболонка нерва може бути пошкоджена і при вірусних захворюваннях (оперізувальний лишай, герпетична і постгерпетична невралгія трійчастого нерва) або при розсіяному склерозі. Розвитку захворювання сприяють різні судинні, ендокринно – обмінні, алергічні розлади, психогенні чинники [2].

Тригемінальна невралгія частіше виникає у жінок (співвідношення 6:4) на п'ятому десятилітті життя, у 60 % – у правій половині обличчя. За даними ВООЗ, захворюваність коливається в межах 2-4 випадків на 100 тис. населення. У 98 % біль при невралгії трійчастого нерва виникає в зоні II або III гілки, або в області обох гілок. Невралгія I гілки зустрічається рідко, тому при її діагностиці слід пам'ятати, що зазвичай це буває при ураженні верхньої очної ямкової щілини (фронтит, місцевий запальний процес та ін.).

Але частіше це іррадіація болів з другої гілки трійчастого нерва в першу [3].

Основним препаратом при лікуванні невралгії трійчастого нерва є карбамазепін (фінлепсін, тегретол). Карбамазепін сприяє ГАМК – ергічному гальмуванню в нейронних популяціях, схильних до пароксизмальних форм активності. Лікування починають з дози 0,1 мг 2 рази на добу. Потім добова доза поступово збільшується до мінімально ефективною. Не рекомендовано перевищувати дозу більше 1200 мг/добу. Через 6–8 тижнів після настання ефекту дозу поступово зменшують до мінімально підтримуючої або зовсім відмінюють [3].

У пацієнтів, які застосовують препарат тривало, поступово настає зниження його ефективності. Крім цього при тривалому застосуванні препарат викликає токсичне ураження печінки, нирок, бронхоспазм, апластичну панцитопенію. Можуть виникати порушення психіки, зниження пам'яті, атаксія, запаморочення, сонливість, диспепсичні розлади. Відомо, що препарат надає тератогенну дію [3].

Відомий спосіб лікування неврити трійчастого нерва методом фізіотерапії, зокрема електричним полем УВЧ, діадинамічними струмами, електрофорезом вітаміну В1, новокаїну, йоду в поєднанні з анальгетиками, нейролептиками, седативними і гипосенсибілізуючими засобами [4].

Недоліком цього способу є мала його ефективність, больові відчуття не завжди купіруються, набуваючи затяжний характер, не завжди відбувається відновлення тактильної чутливості, а також недоліком є обмеженість використання методу внаслідок широкого діапазону протипоказань і можливості побічної дії лікарських препаратів, необхідність тривалого лікування та багаторазових відвідувань хворим лікувального закладу.

Мета наших досліджень. Усунення больового синдрому, відновлення тактильної чутливості, скорочення термінів лікування, виключення впливу медикаментів при невралгії трійчастого нерва.

Матеріали та методи. Пропонований спосіб лікування больової чутливості при невралгії трійчастого нерва здійснюється наступним чином. Ми застосовували пролонговану аурикулярну мікроіглотерапію голками – кнопками.

З класичних точок на анатомічних зонах вушної раковини ми використовували точки зони I мочки вуха.

Композиція (рецепт) точок акупунктури в кінцевому рахунку визначає зниження больової чутливості в певній зоні. Ми використовували власну композицію: були поставлені класичним способом спеціальні голки - кнопки в аурикулярні точки зони I мочки вуха: 9 I і 10 I.

Мікроіглотерапію проводили циклами, тобто безперервним впливом на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу 7 днів.

Для досягнення значущого клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів проводили 2-3 циклу курсу аурикулярної мікроіглотерапії. Інтервал між циклами становив 5 днів.

Застосовувалися голки «Dong Bang» (Південна Корея) з декоративним покриттям із срібла, зареєстровані в МОЗ України, що мають міжнародний сер-

тифікат за ISO. Діаметр голки 0,22 мм, довжина робочої частини 0,18 мм. Перерва між циклами 5 днів.

Результати власних досліджень. Наші спостереження свідчать про те, що в основній групі (54 особи) зменшення інтенсивності болю наступало вже на 5–6 день лікування, повне купірування больового синдрому після закінчення лікування спостерігалось після закінчення лікування у 49 осіб, 5 хворих відзначали значне ослаблення больових відчуттів. При невритах, що супроводжувалися пригніченням тактильної чутливості (17 хворих), після 3 курсів лікування спостерігалось повне її відновлення.

У контрольній групі (27 осіб) лікування проводили загальноприйнятими методами фізіо- та медикаментозної терапії. Повне купірування больового синдрому спостерігалось у 7 хворих, зменшення інтенсивності болю у 8 осіб, лікування виявилось безуспішним у 12 пацієнтів.

Приклад. хвора П., 34 роки, звернулася зі скаргами на тупі постійні болі в області нижньої щелепи справа і оніміння нижньої губи праворуч, що виникли після екстракції 46 зуба, яка відбулась 12 місяців тому. Безуспішно лікувалася різними методами фізіотерапії, зокрема, полем УВЧ, електрофорезом новокаїну, вітаміну В1, отримувала полівітаміни, фінлепсін.

Враховуючи відсутність ефекту від проведеного лікування, хворій була призначена пролонгована аурикулярна мікроіглотерапія голками – кнопками: були поставлені класичним способом голки – кнопки в аурикулярні точки зони I мочки вуха: 9 I і 10 I.

Мікроіглотерапію проводили циклами, тобто безперервним впливом на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу 7 днів.

Для досягнення значущого клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів провели 2 циклу курсу аурикулярної мікроіглотерапії. Інтервал між циклами становив 5 днів.

Через 5 днів пацієнтка відзначала значне ослаблення больових відчуттів, до кінця курсу лікування больовий синдром повністю купірувався. Віддалені результати лікування свідчили про повну відсутність болів протягом 6, 10, 12 місяців, відновлення тактильної чутливості, що сталося через 3 місяці після закінчення курсу лікування.

Висновок. При запропонованому нами способі лікування больової чутливості при невралгії трійчастого нерва шляхом пролонгованої дії на акупунктурні точки аурикулярної зони I мочки вуха був досягнутий значний клінічний ефект, а саме: усунення больового синдрому, відновлення тактильної чутливості, скорочення термінів лікування, виключення впливу медикаментів.

Список літератури

1. **Исагулян Э. Д.** Невралгия тройничного нерва / Э.Д. Исагулян. – 2005. – Режим доступа: www.painstudy.ru/matls/pface/trifacial.htm. – 2005.
2. **Борисова Э. Г.** Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях: Монография / Э. Г. Борисова – Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2011. – 128 с.
3. **Афанасьева Е. В.** Фармакотерапия тригеминальной невралгии / Е. В. Афанасьева // Биомедицина. 2006. – №3. – С. 24-25.
4. **Миргородская Л. В.** Патент RU (11) 2093208 (13) C1-1997.10.20.

REFERENCES

1. **Isagulyan E. D.** Prosoponeuralgia. Access mode: www.painstudy.ru/matls/pface/trifacial.htm. – 2005.
2. **Borisova E. G.** *Diagnostika i lechenie bolevykh sindromov litsa i polosti rta v ambulatornykh usloviyakh* [Diagnostika that likuvannya bolovih sindromiv oblichchya i porozhnini company in out-patient minds]. Voronezh: Izd-vo Voronezh. gos. un–ta, 2011. – 128 p.
3. **Afanas'eva E. V.** Pharmacotherapy of trigeminal neuralgia. *Biomeditsina*. 2006;3:24-25.
4. **Mirgorodskaya L. V.** Patent RU (11) 2093208 (13) C1-1997.10.20.

Надійшла 09.12.13

