

ПОРАЖЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВЫ В СТРУКТУРЕ НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

По определению международной ассоциации по изучению боли (The International Association for the Study of Pain – IASP), боль – это неприятное физическое и эмоциональное ощущение, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей. Естественно, что болевые состояния бывают самые разные. В изучении болевых синдромов особое место отводится так называемой лицевой боли [4, 9, 10].

Лицевая боль представляет собой важную медицинскую проблему, в первую очередь из-за хронического рецидивирующего и в ряде случаев достаточно устойчивого ко многим методам лечения болевого синдрома [1, 3].

Изучение проблемы лицевой боли в современной научной литературе представлено недостаточно широко. На эту тему опубликовано лишь единичное количество монографий и статей, а также ей посвящены небольшие разделы литературы [5, 13, 15].

В связи с тем, что в настоящее время недостаточно широко изучена непосредственно сама проблема лицевой боли, затруднена диагностика и, как следствие, лечение данного заболевания, нередко случаи оказания неадекватной специализированной медицинской помощи [1, 2, 7, 13].

Одной из самых распространенных причин лицевой боли является поражение вегетативных парасимпатических нервных узлов головы [5, 6, 12]. Болевой синдром лица возникает у пациентов в результате поражения какого-либо или каких-либо парасимпатических узлов (крылонебный, поднижнечелюстной, подъязычный, ушной и носоресничный) [9, 10, 12]. Боль в зубах и челюстях преимущественно возникает при ганглионите



Журавлев В.П.

д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой
хирургической стоматологии
и ЧЛХ ГБОУ ВПО УГМА,
г. Екатеринбург



Николаева А.А.

клинический ординатор
кафедры хирургической
стоматологии и ЧЛХ ГБОУ
ВПО УГМА, г. Екатеринбург

Резюме

В статье представлены результаты анализа структуры нейростоматологического приема, особенности клинического проявления пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами. Отмечен высокий процент диагностических ошибок у врачей-стоматологов и неправильное лечение больных данного профиля.

Ключевые слова: боль, лицевая боль, вегетативные парасимпатические узлы, ганглионит.

LOSS OF AUTONOMIC PARASYMPATHETIC NODES OF THE HEAD IN THE STRUCTURE NEYROSTOMATOLOGICHESKOGO RECEPTION

Zhuravlev V.P., Nikolaeva A.A.

The summary

The results of the analysis of the structure neyrostomatologicheskogo reception. Features of clinical manifestations in patients with autonomic parasympathetic affected nodes. There was a high percentage of diagnostic errors by doctors, dentists and improper treatment of patients with this profile.

Keywords: pain, facial pain, vegetative parasympathetic junctions, ganlionitis.

крылонебных и подчелюстных вегетативных парасимпатических узлов [5, 9, 12]. Клинические проявления пораженных вегетативных парасимпатических узлов часто провоцирует неоправданное вмешательство в зубочелюстную систему [6, 9].

Анализ распространенности и клинической структуры пациентов с ганглионитами головы у пациентов крупного индустриального центра позволит идентифицировать потребности в оказании специализированной медицинской помощи, определить первостепенные задачи по повышению качества диагностики и лечения больных данного профиля.

Цель исследования

Изучить особенности пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами, обращающихся на нейростоматологический прием.

Материалы и методы исследования

Проведено исследование 1056 историй болезней пациентов в возрасте от 16 до 90 лет, обратившихся на нейростоматологический прием в многопрофильную стоматологическую поликлинику УГМА и НУЗ «ДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ. СВЕРДЛОВСК-ПАССАЖИРСКИЙ ОАО «РЖД»». В исследовании участвовали 105 пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами вирусной этиологии в возрасте от 18 до 64 лет. Пациенты были разделены на возрастные группы согласно рекомендациям ВОЗ: 18-24 года, 25-34, 35-44, 45-54 и 55-64 года.

Анализ характеристик лицевой боли у пациентов с ПВПУГ проводился с помощью разработанной нами анкеты. Анкета включала в себя вопросы о локализации боли, определении интенсивности боли, характере боли, воздействии боли на трудоспособность и т.д.

Критериями включения было наличие клинически и лабораторно подтвержденного диагноза «поражение вегетативных парасимпатических узлов головы вирусной этиологии». Статистическую обработку данных проводили на основании программного пакета Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждения

В период с 2008 по 2013 год на нейростоматологический прием обратились 1056 пациентов, из них 553 пациента с лицевой болью, что составило 52,37%.

В ходе обследования пациентов было выявлено, что преобладающая часть на нейростоматологическом приеме – это пациенты с поражением вегетативных парасимпатических узлов головы (48,71%),



Рис. 1. Распределение пациентов на нейростоматологическом приеме

37,55% – с невралгией тройничного нерва, 13,74% – с нейропатией тройничного нерва (рис. 1).

Пациенты с ганглионитами головы обращались с жалобами на постоянную ноющую боль в области верхних и нижних зубов, челюстей, с иррадиацией в глотку, небо, околоушную, лобную, затылочную область, а также с распространением боли в шею, предплечье, плечо. Кроме того, на стороне поражения выявлялся сложный симптомокомплекс вегетативно-сосудистых и секреторных расстройств в виде слезотечения, инъекирования склер, ринореи, гиперемии и отежности слизистой оболочки полости рта и кожи лица.

При пальпации определялась болезненная область в проекции пораженного узла в 100% случаев. Лидокаиновая проба была также положительна в 100% случаев. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что лидируют среди пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами женщины (90,47%). Удельный вес мужчин составил 9,53%.

Чаще (в 49,52%) пациенты с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами обращались на нейростоматологический прием в возрастной группе 55-64 года. Реже обращаемость пациентов с ганглионитами наблюдалась в следующих возрастных группах: 45-54 года (22,86%), 35-44 года (18,10%), 25-34 года (8,57%), 15-24 года (0,95%) (см. табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Пациенты с ганглионитами	
	%	Абс.
18-24	0,95	1
25-34	8,57	9
35-44	18,10	19
45-54	22,86	24
55-64	49,52	52
Всего	100	105

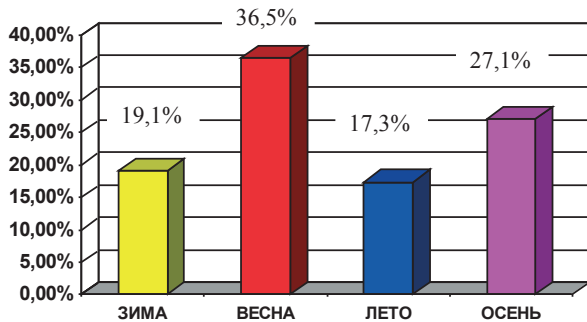


Рис. 2. Частота обращаемости пациентов в зависимости от времени года

В весеннее (36,5%) и осеннее (27,1%) время года обращаемость пациентов с ганглионитами была выше, чем в летнее и зимнее время года (рис. 2).

В ходе исследования было установлено, что одинаково часто поражались крыловиднонебный узел с одноименной стороны (7,62%). Поражение КНУ справа и слева составило 3,81%. Двухстороннее поражение крылонебных и подчелюстных парасимпатических вегетативных нервных узлов отмечалось в 43,81% случаев. Поражение правого крылонебного узла и поднижнечелюстного узла наблюдалось в 17,14% случаях, левого – лишь в 14,29%. Справа поражение подчелюстного узла наблюдалось чаще (4,76%), чем левого (0,95%). Двухстороннее поражение подчелюстных узлов не зафиксировано ни в одном из случаев (см. табл. 2).

Таблица 2

Поражение вегетативных парасимпатических узлов головы вирусной этиологии

Крылонебный узел			Крылонебный и подчелюстной узел			Подчелюстной узел	
Справа	Слева	Справа и слева	Справа	Слева	Справа и слева	Справа	Слева
7,62*	7,62*	3,81*	17,14*	14,29*	43,81*	4,76*	0,95*

* Числовые значения представлены в процентах

Большинство пациентов (62%) были направлены из других лечебных учреждений с несоответствующими диагнозами (из них 16% – невралгия тройничного нерва, 10% – неврит тройничного нерва, 39% – нетипичная лицевая боль, 10% – ретенция, дистопия нижних третьих моляров, 8% – пульпит, 13% – гайморит, 4% – отит). Самообращение пациентов составило 34% случаев. И лишь 4% пациентов были направлены из других лечебных учреждений с диагнозом «поражение вегетативных парасимпатических узлов».

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что наибольшее число респондентов (59,42%) на момент осмотра оценили свое болевое ощущение на 5 баллов. 31,28% респондентов оценили боль в 4 балла, 6,98% – в 3 балла, и только 2,32% – в 2 балла.

На вопрос «Как бы вы оценили самую неприятную боль за последние 6 месяцев?» респонденты ответили следующим образом: 60,46% респондентов отметили 5 баллов, а 39,54% – 4 балла. При оценке боли за последние 6 месяцев основная часть респондентов указала 4 балла (69,77%).

После анализа оценки воздействий боли на трудоспособность нами было выявлено, что у 83,72% респондентов боль влияла на трудоспособность, из-за чего пациенты отказывались от своих обычных занятий (работы, учебы, домашних дел, семейных мероприятий и т.д.).

При обработке данных вербально-цветовой шкалы и оценке интенсивности болевых ощущений на момент осмотра нами были получены следующие результаты: 53,49% респондентов отмечали сильные болевые ощущения и лишь 2,32% указывали на незначительную боль (см. табл. 3).

Таблица 3

Показатели вербально-цветовой шкалы (на момент осмотра)

Значения	Число ответивших	% от числа ответивших
Синий	2	4,65
Зеленый	1	2,32
Красный	0	0
Желтый	0	0
Фиолетовый	3	6,98
Коричневый	9	20,93
Черный	23	53,49
Серый	5	11,63

Обращало на себя внимание то, что более 50% пациентов с ганглионитами предъявляли жалобы на депрессию, раздражительность, снижение памяти и другие нарушения физического и психического состояния и познавательных функций.

Выводы

Результаты анализа полученных за пятилетний период данных указывают на высокую (48,7%) распространенность пациентов с поражением вегетативных парасимпатических нервных узлов в структуре профильного нейростоматологического приема.

Чаще происходит поражение нескольких вегетативных парасимпатических узлов головы.

Высокий процент недообследованных лиц с ганглионитами головы актуализирует необходимость повышения профессиональных компетенций стоматологов по разделу «НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЯ», внедрения современных методов диагностики и лечения пациентов с пораженными вегетативными парасимпатическими узлами головы и совершенствования системы диспансеризации больных с лицевой болью.

Данное заболевание недостаточно описано в современной научной литературе. На эту тему опубликованы единичные статьи и небольшие разделы в учебной литературе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Е.Г., Кускова Т.К. Журнал «Лечащий врач» // Герпес-вирусы 6, 7, 8-го типов. – М.: 2006. №2.
2. Герасимова М.М. Герпетическая нейроинфекция / М.М.Герасимова // Невролог. журнал. – 2004. №1, том 9.
3. Грачев Ю. В., Климов В.А., Молодецких В.А. и др. Лицевые боли как проявление психических расстройств // Журн. неврол. и психиатр, 2002. №4.
4. Данилов А.Б. Нейропатическая боль / М.: Нейромедиа, 2003.
5. Журавлев В.П. Диагностика и лечение основных нейростоматологических синдромов / В.П.Журавлев, Л.П.Мальчикова // Совершенствование медицинской помощи населению. Сборник научных трудов ГУЗ СОКБ №1. – Екатеринбург, 2006.
6. Журавлев В.П. Этиология, клиника и диагностика истинной невралгии: дис... д-ра мед. наук: 14.00.21, 14.00.13 / В.П.Журавлев. – УГМА, Екатеринбург. 2001.
7. Кадыков А.С. Справочник по головной боли / А.С.Кадыков и др. – М., 2005.
8. Каримова И.М. Герпесвирусная инфекция. Диагностика, клиника, лечение // Медицинское информационное агентство. – М. 2004.
9. Колесов Н. Нейротепловидение: возможности и перспективы / Н.Колесов, Л.Б.Лихтерман // Материалы междунар. научно-практ. конф. – Ялта. 2002.
10. Колосова О.А. Головная боль напряжения / О.А.Колосова // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. Вейна А.М. – М., 2001.
11. Мокеева М.В. Герпес. Современное состояние проблемы лечения. Монография // Самара, 2006.
12. Назаров В.М. Нейростоматология / В.М.Назаров, В.Д.Трошин, А.В.Степанченко. – М.: «Академия», 2008.
13. Bellner L., Thorn F., Nygren E., Liljeqvist JA., Karlsson A., Eriksson K. // A proinflammatory peptide from herpes simplex virus type 2 glycoprotein G affects neutrophil, monocyte and NK cell functions. // J Immunol. 2005; 174 (4).

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ



Лазер Waterlase® MD – представитель принципиально новой лазерной технологии MD с их помощью достигнуты высочайшие клинические результаты в гораздо более приятных для пациента условиях

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Длина волны: 2780 нм
 Мощность: 0,1-8,0 Ватт
 Частота импульсов: 10-50 Гц
 Энергия импульса: 300 МДж
 Классификация лазера: IV
 Рабочее напряжение: -220V ± 10%
 Размеры: 32x66x82 см Вес: 34 кг

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- Гингивэктомия и френектомия
- Препарирование полостей I класса
- Удлинение клинической коронки за счет костной ткани
- Лазерный кюретаж и терапия пародонта
- Челюстно-лицевая хирургия и имплантология
- Терапия корневых каналов и лазер в эндодонтии



Уникальный диодный лазер Biolase

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Размеры: (ДхВ*Ш): 9x18x6 см; Вес: 1 кг
 Электропитание 100-240 В, 50/60 Гц, 2 А
 Класс лазера 4 Длина волны 940 нм, ±15 нм
 Постоянное или импульсное излучение
 Длительность импульса: 0,05 мс - 10 сек
 Частота импульсов: до 10 кГц
 Диаметр световодов: 200, 300, 400 мкм

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- Разрезы для биопсии тканей
- Перикоронотомия над непрорезавшимся зубом
- Удаление фибром
- Френектомия и френулотомия
- Гингивэктомия
- Гингивопластика
- Операции на деснах
- Гемостаз
- Приживление имплантантов
- Вскрытие и дренаж абсцессов и др.



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН
www.masterdent-ural.ru

г. Екатеринбург
 ул. Чкалова, 124

Оформить заказ:
 (343) 287-50-50
 200-90-55