

- ных новообразований органов полости рта. *Проблемы стоматологии*. 2019;15(2):50-55. [NurievaNS, GuzaAO, Zakharov AS, Garev AV. Review of the current state of the problem of primary detectability of malignant neoplasms of the oral cavity. *Problemy stomatologii*. 2019;15(2):50-55. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18481/2077756620191525055>
3. Геворков А.Р., Бойко А.В., Болотина Л.В., Шапков С.В. Основные принципы ведения пациентов с мукозитом и дерматитом при лучевом лечении с лекарственной модификацией больных плоскоклеточным раком орорфарингеальной области. *Опухоли головы и шеи*. 2016;6(3):12-21. [GevorkovAR, BoykoAV, BolotinaLV, ShashkovSV. Basic principles of management of patients with mucositis and dermatitis in radiation treatment with drug modification of patients with squamous cell carcinoma of the oropharyngeal region. *Opukholi golovy i shei*. 2016;6(3):12-21. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2016-6-3-22-32>
 4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Москва, 2014. 226 с. [Davydov MI, Axel EM. *Statistics of Malignant Neoplasms in Russia and CIS Countries in 2012*. Moscow, 2014. 226 p. (In Russ.)]
 5. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Оценка состояния полости рта у пациентов с новообразованиями орорфарингеальной зоны. *Проблемы стоматологии*. 2016;12(3):52-57. [Kiparisova DG, Kiparisov YuS, Nurieva, NS. Assessment of the state of the oral cavity in patients with the neoplasms of the oropharyngeal zone. *Problemy stomatologii*. 2016;12(3):52-57. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2016-12-3-52-57>
 6. Раджабова З.А., Ракитина Д.А., Гурин А.В. и др. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластик. *Опухоли головы и шеи*. 2015;1:15-18. [RajabovaZA, RakitinaDA, Gurin AV, et al. Reconstructive plastic surgery in patients with malignant neoplasms of the tongue, oral mucosa, types of plastic. *Opukholi golovy i shei*. 2015;1:15-18. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2015-1-15-18>
 7. Dobratz EJ, Hilger PA. Cheek defects. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2009;17(3):455-67. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2009.05.004>
 8. Geden EM, Buchbinder D, Urken ML. The submental island flap for palatal reconstruction: A novel technique. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62:387-390. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.06.009>
 9. Kim JT, Kim SK, Koshima I, et al. An anatomic study and clinical applications of the reversed submental perforator-based island flap. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:2204-2210. <https://doi.org/10.1097/00006534-200206000-00004>
 10. Scepanovic M, Calvo-Guirado JL, Markovic A, et al. A 1-year prospective cohort study on mandibular overdentures retained by mini dental implants. *Eur J Oral Implantol*. 2012;5(4):367-79.
 11. Todescan S, Lavigne S, Kelekis J, Cholakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. *J Can Dent Assoc*. 2012;78:107.
 12. Vojvodić D, Celebić A, Mehulić K, Zabarović D. Prosthetic rehabilitation of a patient with mandibular resection prosthesis using mini dental implants (MDIs). Case report. *Coll Antropol*. 2012;36(1):307-11.

УДК: 616.833.15-009.7-08:615.84

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

¹Н.К. Хайдаров, ²М.Б. Абдуллаева, ²Ф.Н. Чориева

¹Кафедра нервных болезней и физиотерапии ТГСИ, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3126-9013>.

²Ташкентский педиатрический медицинский институт

Тройничный нерв, пятая пара черепно-мозговых нервов является самым крупным из 12 пар черепных нервов. Он относится к нервам смешанного типа, включает чувствительные и двигательные волокна. Тройничный нерв берет свое начало в полости черепа, в Гассеровом нервном узле. От этого узла отходит чувствительный корешок нерва, который почти сразу делится на 3 ветви. Они выхо-

дят на поверхность через естественные отверстия в костях черепа и обеспечивают чувствительность лица к прикосновению, боли, теплу и холоду. I ветвь иннервирует лоб, бровь и глаз, II ветвь отвечает за чувствительность щеки, носа, верхней губы, верхней челюсти и неба, III – охватывает подбородок, нижнюю губу, нижнюю челюсть,

язык и висок, обычно приступы боли начинаются с зон, лежащих в области иннервации II и III ветвей.

Невралгия тройничного нерва (лицевая или тригеминальная невралгия)-это заболевание периферической нервной системы, характеризующееся кратковременными, интенсивными и повторяющимися болевыми ощущениями в области иннервации одной или нескольких ветвей нерва.

Распространённость в популяции оценивается в 1 случай на 15 тысяч человек (может быть занижена из-за неверной диагностики). Чаще всего возникает у людей старше 50 лет, но может встречаться и у молодых при рассеянном склерозе. Чаще встречается у женщин.

Точная причина заболевания неизвестна, хотя и существует несколько теорий, объясняющих ее происхождение. Считается, что невралгия может возникнуть в результате сдавливания корешка нерва проходящими рядом кровеносными сосудами или как осложнение при воспалительных заболеваниях зубов и десен. Невралгия ветви тройничного нерва – заболевание с множеством возможных причин развития. В первую очередь это сдавливание сосудами: смещенными артериями или венами. Также воспаление могут провоцировать нарушения обмена веществ и заболевания, которые с ними связаны. Это сахарный диабет, подагра и прочие подобные патологии.

Существуют и другие возможные причины невралгии тройничного нерва:

- воспаления, возникшие при лечении зубов;
- переохлаждение (общее или лицевой области);
- психические нарушения;
- гнойные заболевания костей челюстей или черепа;
- заражение организма глистами;
- хронический кариес или синусит;
- инфекционные и вирусные заболевания (герпес, аденовирусы, эпидемический паротит, туберкулез легких, опоясывающий лишай);
- очень сильная аллергия;
- опухоли головного мозга;
- воспаления наружного, среднего или внутреннего уха;
- рассеянный склероз;
- слишком узкий канал лицевого нерва от рождения;
- травмы или операции на височной кости.

Сильные приступы боли на лице, напоминающие удар электрического тока, возникают при самых обычных действиях. Больной боится умываться, разговаривать, есть, чистить зубы, бриться. Болью сопровождается даже движение воздуха или простое прикосновение нервного волокна. Она проявляется приступами, носит простреливающий и жгучий характер. В среднем длительность приступа составляет до 3 минут, примерно

у 7% пациентов она длится до 3 дней. За сутки их число может достигать 200. Обычно боль локализуется только в одной части лица – правой или левой. Длительность приступа боли – от 2 секунд до нескольких дней. Во время приступа может возникнуть подергивание мышц лица, больные в это время или боятся пошевелиться, чтобы не усилить боль, или начинают тереть лицо, пытаясь ее унять.

Боль при невралгии тройничного нерва может наблюдаться в разных частях лица. Все зависит от того, какая ветвь нерва была поражена:

- если верхнечелюстная – в области лицевых мышц, верхней челюсти и носа.
- нижнечелюстная – боль будет напоминать зубную.
- глазная – в области висков, лба и над бровями.

На фоне боли у пациента развивается повышенная тревожность и даже фобии. Человек стремится избегать тех поз и движений, которые провоцируют у него неприятные ощущения. Другие характерные симптомы воспаления тройничного нерва:

- спазмы лицевых мышц;
- усиленное слюноотечение;
- повышенная или сниженная чувствительность кожи лица;
- умеренное повышение температуры;
- слабость и боль в мышцах.

Предварительный диагноз может быть поставлен неврологом уже на основании жалоб пациента, изучения истории его заболевания и объективного осмотра лица с оценкой симметричности в состоянии покоя и при попытке улыбнуться. Также в процессе консультации врач может провести дополнительные тесты, попросив пациента зажмурить глаза, сложить губы трубочкой, нахмурить брови и пр.

Лабораторная и инструментальная диагностика невралгии тройничного нерва включают следующие обследования:

- общие анализы крови и мочи;
- компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ);
- рентгенография придаточных пазух носа;
- панорамная рентгенография полости рта;
- электронейромиография для определения локализации воспаления[1][3].

Для снятия боли пациентам назначают финлепсин (карбамазепин), но при его длительном приеме эффективность снижается, требуются все более высокие дозы. А лекарство это достаточно тяжелое и может оказать серьезное побочное воздействие на организм. В некоторых случаях помогает физиотерапия, но эффект от консервативного лечения часто незначителен, а в 30% случаев не отмечается вообще[1][3].

Если таблетки и физиопроцедуры не помогают, приходится выбирать метод хирургического лече-

ния. Существует множество операций, направленных на устранение боли при невралгии тройничного нерва, но все их можно разделить на три вида:

1. Блокады в месте выхода ветки на поверхность. Обычно производятся путем алкоголизации нерва смесью спирта с новокаином. Боль быстро проходит, но через некоторое время может вернуться. Повторные блокады нерва обычно менее эффективны.

2. Деструкция чувствительного корешка тройничного нерва в полости черепа. При этом виде операций к нервному корешку через щеку и через естественное отверстие в кости черепа подводят длинную пункционную иглу (см рис.) Затем нерв прерывают с помощью какого-либо агента. Несколько десятилетий назад широко применялось введение через иглу кипятка, спирта или глицерина. Сейчас применяются электромагнитные волны высокой частоты или лазер. Лазерное излучение, доставляемое к чувствительному корешку через световод, действует наиболее точно, что обеспечивает хорошие результаты операции и отсутствие побочных явлений. Операция проводится под местной анестезией, что позволяет применять этот метод у пациентов преклонного возраста и при наличии сопутствующих заболеваний.

3. Микрососудистая декомпрессия тройничного нерва применяется только если причиной невралгии является сдавливание нерва окружающими кровеносными сосудами. Это большая нейрохирургическая операция, которая производится под общим наркозом с внутричерепным доступом. В ходе операции между сосудами и корешком нерва помещают прокладку, предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок. Однако, сосудисто-нервный конфликт не всегда является причиной невралгии. Кроме того, большим с сопутствующими заболеваниями и большим преклонного возраста эта операция противопоказана. Этот метод более травматичен для пациента и может сопровождаться осложнениями[2].

В настоящее время в большинстве стран мира наблюдается интенсивное внедрение лазерного излучения в биологических исследованиях и в практической медицине. Уникальные свойства лазерного луча открыли широкие возможности его применения в различных областях: хирургии, терапии и диагностике. Клинические наблюдения показали эффективность лазера ультрафиолетового, видимого и инфракрасного спектров для местного применения на патологический очаг и для воздействия на весь организм. Лазер или оптический квантовый генератор, это техническое устройство, испускающее свет в очень узком спектральном диапазоне в виде направленного сфокусированного пучка электромагнитных волн. Собственно слово «лазер» является аббревиатурой английского тер-

мина «Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation», что в переводе означает «усиление света стимулированным излучением». В современной медицине лазеротерапия занимает особое место. Во-первых, как метод наиболее универсальный, помогающий при очень различных заболеваниях; во-вторых, как один из безопасных методов; в-третьих, как один из самых высокоэффективных методов немедикаментозной терапии. В неврологии лазеротерапия начала активно использоваться в конце 80-х, начале 90-х годов. За эти годы были успешно пролечены сотни тысяч пациентов, написано огромное количество научных трудов и книг по данной методике, защищены кандидатские и докторские диссертации по данной теме. Поэтому, данный метод лечения, на сегодняшний день, один из самых изученных методов физиотерапии, что также вызывает к нему огромное доверие. Полное название данной методики – «низкоинтенсивная магнито-инфракрасно-лазерная терапия». Это название отражает факторы воздействия: постоянное магнитное поле, лазерное излучение инфракрасного диапазона и небольшая мощность данного излучения. Для лечения используются терапевтические лазерные установки с импульсной мощностью излучения не более 30 мВт/см² [4, 5].

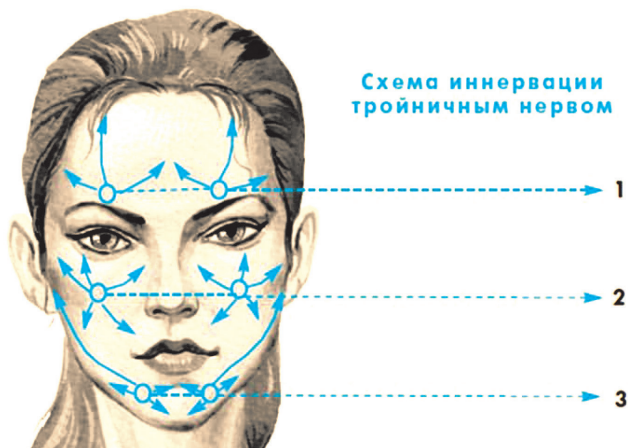
Лазерное излучение инфракрасного диапазона обладает сильной отражающей способностью от кожи, и его проникновение в ткани тела небольшое. Но проникновение лазера вглубь значительно повышается в присутствии постоянного магнитного поля. При таком сочетании лазерное излучение проникает в ткани тела на глубину до 2,5-3 см. Это позволяет облучать такие структуры как нервные стволы, крупные сосуды, расположенные под кожей и протекающую по ним кровь, нервные сплетения, вегетативные узлы, связки, мышцы, хрящи, надкостницу, а также лимфатические узлы и протоки. За счет такого комплексного воздействия на различные органы достигается улучшение их кровоснабжения, улучшение микроциркуляции крови в этих органах, улучшение лимфооттока, активация местного иммунитета (тканевые лимфоциты, лейкоциты). За счет этих эффектов у пациентов довольно быстро снимается болевой синдром, вызванный воспалением тканей, рассасываются отеки, снимаются спазмы мышц, улучшается нервная проводимость, восстанавливается чувствительность, мышечный тонус. При воздействии на структуры головы и шеи улучшается мозговое кровоснабжение, улучшается венозный отток, снимаются головные боли, улучшается сон, мыслительная активность, память. Лазерное излучение оказывает биостимулирующее действие на разные ткани организма. Под действием мощного светового потока возрастает активность тканевых ферментов, что приводит к ускорению биохими-

ческих процессов. Это способствует улучшению обновления клеток и регенерации тканей.

Лазеротерапия вызывает мобилизацию защитных сил организма, увеличение активности микроциркуляции крови, концентрации в тканях питательных веществ и кислорода, в результате происходит быстрое заживление пораженных участков.

Действие лазерного излучения с лечебной целью снижает вязкость крови, увеличивает лимфоотток, оптимизирует работу иммунной системы, обладает анальгетическим, антивирусным, противомикробным, противоотечным, противовоспалительным, успокаивающим и антиаллергическим действием. Проведение курса лазеротерапии быстро устраняет болевой синдром, сопровождающий разные заболевания, сокращает сроки проведения лечения. Лазерная терапия активно применяется при невралгии тройничного нерва. Противопоказанием для терапии лазером являются случаи, когда невралгия вызвана опухолью или рассеянным энцефаломиелитом. Если невралгия стала следствием инфекции в зубах или в пазухах носа, то без устранения этой инфекции лечение лазером не даст результата [7, 8].

Излучение проводится по линии соответствующей ветви тройничного нерва



1. Нерв нижней челюсти, в том числе угол губ, подбородочные отверстия, козелок и дальше вверх до окончания кости темени.

2. Нерв верхней челюсти, в том числе скула, участок под глазом, «клыковая ямка», проекции лунок зубов.

3. Глазничный нерв, берущий начало в надорбитальной ямке и оканчиваясь посередине темени.

Все лечение лазером длится 10 или 15 сеансов, в день осуществляется одна процедура. В случае если потребуется провести лазерную терапию снова, то это можно делать не раньше, чем через 21-30 дней.

Воздействие на поврежденный тройничный нерв осуществляется с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения и электростимуляции. Лечение больных с послеоперационной невралгией тройничного нерва проводится по схеме: лазерное облучение области проекции оперированной пазухи и точек выхода пораженных ветвей и узла тройничного нерва – в раннем послеоперационном периоде (до 2 недель) и лазерное облучение тройничного нерва чрезкожным методом – в отдаленном периоде, с использованием полупроводникового лазерного аппарата. [6]

Показаниями для проведения повторных курсов лечения у больных с невралгией тройничного нерва, развившейся в результате заболеваний ЛОР-органов и хирургических вмешательств на них, служат: длительность невралгии тройничного нерва более года (хроническая невралгия), повторное обострение у больных с острой невралгией, обострение ЛОР-заболевания, вызвавшего невралгию.

Таким образом, благодаря лазерной терапии, за счет комплексного воздействия которой на различные органы достигается улучшение их кровоснабжения, улучшение микроциркуляции крови в этих органах, улучшение лимфооттока, активация местного иммунитета (тканевые лимфоциты, лейкоциты). За счет этих эффектов у пациентов довольно быстро снимается болевой синдром, вызванный воспалением тканей, рассасываются отеки, снимаются спазмы мышц, улучшается нервная проводимость, восстанавливается чувствительность, мышечный тонус, что актуально при лечении невралгий тройничного нерва. Кроме того, при воздействии на структуры головы и шеи улучшается мозговое кровоснабжение, улучшается венозный отток, снимаются головные боли, улучшается сон, мыслительная активность, память, что несомненно важно при лечении больных с невралгией тройничного нерва [9].

Литература/References

1. Громов С.А., Хоршев С.К., Михайлов В.А. Оптимизация терапии эпилепсии финлепсином // Журнал неврологии и психиатрии 2000 № 9. С. 32-35.
2. Зенков Л.Р. Алгоритмы выбора препаратов в лечении фокальной эпилепсии // РМЖ, 2004. № 5.

3. Михеев С.М. Финлепсин: мифы и реальность // РМЖ. 2001. Т. 9. № 7-8.
4. Akiskal H.S., Fuller M.A., Hirschfeld R.M., et al. Reassessing carbamazepine in the treatment of bipolar

- disorder: clinical implications of new data // *CNS Spectr.* 2005; 12-13; quiz 14-5.
5. Ichiyama T., Matsufuji H., Suenaga N., et al. [Low-dose therapy with carbamazepine for convulsions associated with mild gastroenteritis] // *No To Hat-tatsu.* 2005; 37(6):493-7.
6. Ando T., Hamblin M.R., Huang Y.-Y. Low-level laser therapy for stroke and brain disease // *Handbook of Photomedicine / Edited by M.R. Hamblin, Y.-Y. Huang.* – Boca Raton – London – New York: CRC Press, 2016. – P. 631-643. doi: 10.1201/b15582-60
7. Ferraresi C., Parizotto N.A. Low-level laser therapy and light-emitting diode therapy on muscle tissue: performance, fatigue, and repair // *Handbook of Photomedicine / Edited by M.R. Hamblin, Y.-Y. Huang.* – Boca Raton – London – New York: CRC Press, 2016. – P. 611-629. doi: 10.1201/b15582-59
8. Gavish L. Low-level laser therapy for wound healing // *Handbook of Photomedicine / Edited by M.R. Hamblin, Y.-Y. Huang.* – Boca Raton – London – New York: CRC Press, 2016. – P. 577-589. doi: 10.1201/b15582-56
9. Meneguzzo D.T., Ferreira L.S. Low-level laser therapy in dentistry // *Handbook of Photomedicine / Edited by M.R. Hamblin, Y.-Y. Huang.* – Boca Raton – London – New York: CRC Press, 2016. – P. 653-661. doi: 10.1201/b15582-62
10. Parizotto N.A. Low-level light therapy for nerve and spinal cord regeneration // *Handbook of Photomedicine / Edited by M.R. Hamblin, Y.-Y. Huang.* – Boca Raton – London – New York: CRC Press, 2016. – P. 645-652. doi: 10.1201/b15582-61

УДК: 616.314.17-008.1-002.2-05-092-08

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Х.П. Камиллов, К.А. Тахирова, Ш.Т. Ходжиакбарова, Ш.Р. Боймирзаева

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент.

РЕЗЮМЕ

Воспалительные заболевания пародонта характеризуются широким распространением среди 90% взрослого населения в мировом масштабе, увеличением уровня заболевания и тяжелых форм повреждения пародонта. По данным ВОЗ «...высокие показатели пародонтита наблюдаются в 65-95% в возрасте 20-44 лет, тяжелые формы заболевания обнаруживаются у 5-25% взрослого населения, умеренная степень у 30-45%, и только 2-8% людей в возрасте 35-45 лет имеют здоровый

пародонт»(ВОЗ,2015). Высокая распространенность, склонность к прогрессированию и рецидивам, трудоемкость и недостаточная эффективность лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта, определяют значимость этой проблемы в современной стоматологии. В данном обзорном статье проведено современные представления об этиологии, патогенезе и методах лечения хронического пародонтита

Ключевые слова: пародонтит, этиопатогенез, лечение, пародонтальные карманы, биопленка, противовоспалительная терапия.

REVIEW OF MODERN APPROACHES IN THE ETIOPATHOGENETIC TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS

Kh.P. Kamilov K.A.Takhirova Sh.T.Xodjiakbarova Sh.R.Boymirzaeva

Department of hospital therapeutic dentistry of TSDI, Yashnabad district, 103 Makhtumkuli str., 100047, Tashkent.

ABSTRACT

Inflammatory periodontal disease is characterized by widespread prevalence among 90% of the global adult population, an increase in the incidence of the disease and severe forms of periodontal damage. According to the WHO “... high rates of periodontitis are observed in 65-95% at the age of 20-44 years, severe forms of the disease are found in 5-25% of the adult population, moderate in 30-45%, and only

2-8% of people at the age of 35-45 have a healthy periodontium ”(WHO, 2015). High prevalence, tendency to progression and relapses, laboriousness and insufficient effectiveness of treatment and prevention of inflammatory periodontal diseases determine the significance of the problem in modern dentistry. This review article presents modern ideas about the etiology, pathogenesis and methods of treatment of chronic periodontitis.