

развития спаечной болезни, можно предположить, что антиоксидантная терапия влияет на одно из основных звеньев спайкообразования и является перспективным направлением в комплексном лечении и профилактике спаечной болезни.

Литература

1. Воробьев А.А. Профилактика спаечной болезни брюшной полости (обзор зарубежной литературы) / А.А. Воробьев, Е.Е. Бебуришвили, Е.Е. Писарева // Хирургия. – 1998. – №3. – С.65-67.
2. Vorobyev A.A. Preventive measures against peritoneal adhesions of the abdominal cavity (review of foreign literature) / A.A. Vorobyev, E.E. Beburishvili, E.E. Pisareva // Surgery. – 1998. – №3. – P. 65-67.
3. Журавлев А.И. Антиоксиданты. Свободнорадикальная патология / А.И. Журавлев, С.М. Зубкова. – М.: МИКО-ПРИНТ, 2008. – 272 с.
4. Zhuravlev A.I. Antioxidants. Free-radical pathology / A.I. Zhuravlev, S.M. Zubkova // M.: MIKO-PRINT, 2008. – 272 p.
5. Лапароскопические технологии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости / Г.В. Ходос [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №4. – С.36–43.
6. Laparoscopic technologies in treatment of acute adhesive intestinal obstruction G.V. / Hodos [et al.] // Endoscopic surgery. – 2006. – №4. – P.36–43.
7. Мониторинг клинического течения спаечной болезни брюшной полости в поликлинике / П.М. Староконь [и др.] // Бюл. Волгогр. науч. центра РАМН. – 2008. – №4. – С.35–37.
8. Monitoring of clinical progression of peritoneal adhesions of abdominal cavity in polyclinics / P.M. Starokon' [et al.] // Bulletin of Volgograd scientific Centre of Russian Academy of Medical Sciences. – 2008. – №4. – P.35–37.
9. Поройский С.В. Влияние операционного стресса на морфологическую организацию функционально различных отделов брюшины в динамике послеоперационного периода / С.В. Поройский, А.А. Воробьев, А.В. Поройская, И.А. Максимова // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2010. – №2. – С. 26-30.
10. Poroykiy S.V. The influence of surgical stress on the morphological organization of various functional departments of the peritoneum in the postoperative course / S.V. Poroykiy, A.A. Vorobyev, A.V. Poroykaya, I.A. Maksimova // Bulletin of Volgograd scientific Centre of Russian Academy of Medical Sciences. – 2010. – №2. – p. 26-30.
11. Способ предотвращения развития спаечной болезни у лабораторных животных в эксперименте: пат. 2347569 Рос. Федерации: МКИ {7} A61K 31/4412, A61K 31/355 / авторы и заявители А.А. Сысолятин, С.С. Целуйко, А.Н. Бадасян, М.Л. Пластинин, А.А. Сергиевич, М.А. Штарберг, Т.А. Баталова; патентообладатель ГОУ ВПО АГМА. № 2007142120/14; заявл. 14.11.2007; опубл. 27.02.2009, Бюл. № 6.
12. The method of prevention of peritoneal adhesions at laboratory animals in experiment: pat. 2347569 of Russian Federation: MKI {7} A61K 31/4412, A61K 31/355 / authors and applicants A.A. Sysolyatin, S.S. Tseluyko, A.N. Badasyan, M.L. Plastinin, A.A. Sergeevich, M.A. Shtarberg, T.A. Batalova; patent holder State Educational Institute of Higher Professional Education Amur State Medical Academy. № 2007142120/14; appl. 14.11.2007; publ. 27.02.2009, Bulletin. № 6.
13. Тотиков В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотиков, М.В. Калицова, В.М. Амриллаева // Хирургия. – 2006. – №2. – С.38–43.
14. Totikov V.Z. Diagnostic and treatment programme at acute adhesive obturative small intestinal obstruction / V.Z. Totikov, M.V. Kalitsova, V.M. Amrillaeva // Surgery. – 2006. – №2. – P.38–43.
15. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 160 с.
16. Chekmazov I.A. Adhesive disease of the peritoneum / I.A. Chekmazov. – M.: Geotar-Media, 2008. – 160 p.
17. Найр С.К. Роль протеолитических ферментов в профилактике послеоперационной интраперитонеальной адгезии / С.К. Найр, И.К. Бхат // Arch. Surg. – 1974. – Vol.108, №10. – P.849–853.
18. Nair S.K. Role of proteolytic enzymes in the prevention of post operative intraperitoneal adhesion / S.K. Nair, I.K. Bhat // Arch. Surg. – 1974. – Vol.108, №10. – P.849–853.

И.С. Пинелис, Ю.И. Пинелис, М.А. Катман, И.Д. Ушницкий ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

УДК 616.833-009.7: 617.52-08

В работе описаны этиология, возможный патогенез, симптоматика и лечение неврита второй ветви тройничного нерва, возникшего в результате травматического повреждения или в послеоперационном периоде. Авторами предложено комплексное лечение данной патологии. Проведенные наблюдения свидетельствуют о его эффективности.

Ключевые слова: неврит второй ветви тройничного нерва, этиология, патогенез, симптоматика, лечение.

In the paper the etiology, possible pathogenesis, symptomatology and treatment of neuritis of the second branch of trigeminal nerve, emerged as a traumatic damage result or in the postoperative period, are described. The authors proposed the complex treatment of this pathology. The carried out observations justified its effectiveness.

Keywords: neuritis of the second branch of trigeminal nerve, etiology, pathogenesis, symptoms, treatment.

Введение. Согласно МКБ 10 неврит тройничного нерва возглавляет группу заболеваний данной пары черепно-мозговых нервов. Неврит тройничного нерва – заболевание воспалительного характера, которое поражает веточки тройничного нерва. Оно проявляется сильной приступообразной болью в

зонах иннервации и в значительной мере снижает качество жизни пациента.

Причин, которые вызывают воспаление тройничного нерва, не так уж и много. Часто неврит тройничного нерва появляется как следствие перенесенных инфекционных заболеваний (менингит, туберкулез, грипп, сифилис, герпетическая инфекция), переохлаждения, травмы, токсического воздействия, а также может быть спровоцирован воспалительными заболеваниями зубов и десен, различными процессами в пазухах (гайморита, лобная) [1, 3, 6].

Между тем в последние годы стали часто встречаться больные с воспалением второй ветви тройничного

нерва после гайморотомии, вскрытия периостита и зубосохраняющих операций на верхней челюсти, особенно во фронтальном отделе. Кроме того, участились случаи повреждения периферических нервов второй ветви тройничного нерва пломбировочным материалом, прошедшим через корневой канал и выведенным за верхушку зуба в костные ткани и верхнечелюстную пазуху [2, 4]. В результате таких травм могут поражаться основные, но чаще альвеолярные ветви тройничного нерва. При воспалении второй ветви тройничного нерва патологические симптомы (боль, онемение, парестезии и нарушение чувствительности) наблюдаются в области верхней губы,

Читинская ГМА: ПИНЕЛИС Иосиф Семенович – д.м.н., проф., зав. кафедрой, pinelis1@mail.ru, ПИНЕЛИС Юрий Иосифович – д.м.н., проф., pinelism@mail.ru, КАТМАН Мария Александровна – к.м.н., ассистент, katman_mariya@mail.ru; УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, incadim@mail.ru.

нижнего века, верхней части щеки, зубов верхней челюсти, гайморовой пазухи, боковой поверхности лица и др.

По нашему мнению, основным механизмом развития невралгии передней, средней и задней ветвей верхнечелюстного нерва является формирование рубцового блока в послеоперационном и посттравматическом периодах (компрессия нервных тканей рубцом). Особенностью данной патологии является то, что клиническая картина проявляется не сразу, а только через 6-12 месяцев после операции или травмы. В этой связи больной или врач не всегда могут установить причинный фактор [5].

Цель исследования: на основании оценки комплексного лечения травматической невралгии второй ветви тройничного нерва разработать рекомендации по совершенствованию ее лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением на протяжении 10 лет в стоматологическом отделении Клиники Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА) находилось 22 больных с диагнозом послеоперационный неврит второй ветви тройничного нерва. Возраст больных варьировал от 39 до 57 лет. Из них подавляющее число были женщины (81,8 %). Сторона поражения зависела от места проведения операции или эндодонтического лечения, нанесения травмы и др.

Большинство пациентов жаловалось на постоянные, периодически усиливающиеся, ноющие, жгучие боли, появление зон онемения или парестезии соответствующих участков кожи верхней губы, щеки, подглазничной области, боковой стенки носа, зубов, десен, кожи лица. Из анамнеза заболевания установлено, что 10 больных подверглись радикальной гайморотомии внутриротовым способом, 5 – периостотомии в области фронтальных зубов, 3 – резекции верхушки корней верхних премоляров, 4 – ранее лечились по поводу субназального перелома верхней челюсти. Почти все пациенты отмечали появление вышеописанных жалоб через 4-6 месяцев после травмы и лечебных мероприятий в области слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти соответствующей стороны. Из истории жизни выявлено, что имеющаяся хроническая сопутствующая патология не могла стать причиной или повлиять на течение невралгии.

Клиническая картина послеоперационной или посттравматической невралгии второй ветви тройничного

нерва достаточно скудная. Нами при местном обследовании отмечены следующие клинические симптомы. Пальпация в области проекции подглазничного нерва была слабо болезненной, отмечалось снижение чувствительности кожи. В полости рта определялся, как правило, послеоперационный рубец, локализующийся в верхнем отделе альвеолярного отростка верхней челюсти. При длительном течении невралгии у некоторых обследуемых имели место десквамация эпителия слизистой оболочки, рыхлость и кровоточивость десны и др., что указывало на трофические расстройства в зоне иннервации. Дополнительные методы исследования (рентгенологические, электроодонтометрия и др.) были малоинформативны.

Результаты и обсуждение. Обычно лечение неврита начинают с устранения причины заболевания: купирования местного воспалительного процесса, удаления пломбировочного материала из периапикальной области и др. Однако при данной патологии главным являлось ослабление или полная ликвидация влияния рубцовой ткани, окутывающей нервный ствол (компрессия, нарушение трофики и др.). С этой целью мы вводили в ткани вокруг рубца по переходной складке верхней челюсти 10–40 мг/мл кеналага или дипроспана. В зависимости от эффективности воздействия препарата количество инъекций могло достигать 5 раз. Кроме того, на область рубца назначали 10 сеансов электрофореза 5000 ЕД гепарина, 10-15 сеансов фонофореза с мазью контрактубекс или 3000 МЕ геля лонгидаза. Для снятия боли применяли ненаркотические анальгетики (аспирин по 0,25-0,5 г 3-4 раза в день, анальгин 0,5 г 2-3 раза в день, седальгин по 1 таблетке 3 раза в день, ибупрофен по 0,2 г утром до еды и 3 раза в день после еды и др.). Дополнительно пациенты получали по показаниям антигистаминные препараты, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и др.

Основным показателем эффективности комплексного лечения было уменьшение или полное снятие боли, восстановление чувствительности кожи, слизистой оболочки и зубов верхней челюсти. Следует отметить, что невриты, вызванные «молодыми» рубцами (3-9 месяцев), почти полностью подверглись обратному развитию под действием кортикостероидов и физиотерапевтических мероприятий. В этом месте оставался мягкий белесоватый и несколько западающий рубец. У остальных больных под дей-

ствием кортикостероидов и иммунотерапии регресс старых рубцов достигал 60-75%.

Для иллюстрации нами приводится клинический пример.

Пациент К., 56 лет, обратился в Клинику ЧГМА с жалобами на ноющие боли в подглазничной области справа, иррадиирующие в зубы верхней челюсти, губу, крыло носа, усиливающиеся при приеме пищи, умывании и разговоре. Из анамнеза выяснено, что около 5 лет назад ему проведена операция радикальная гайморотомия внутриротовым доступом по поводу хронического одонтогенного гайморита справа. Через 1 год появились вышеуказанные жалобы. Обращался к невропатологу, который диагностировал невралгию второй ветви тройничного нерва и назначил противосудорожную терапию финлепсином. После проведенного лечения улучшение не наступило. При объективном обследовании выявлено: конфигурация лица не нарушена, пальпация точки выхода подглазничного нерва справа слабо болезненная, а слева – безболезненная. Курковые зоны не обнаружены. Рот открывается в полном объеме. По переходной складке альвеолярного отростка верхней челюсти справа определяется болезненный плотный, неподвижный рубец величиной 5 см. Слизистая оболочка вокруг него незначительно отечная, перкуссия зубов верхней челюсти справа безболезненная. На рентгенограмме придаточных пазух носа костных изменений не выявлено. Больному выставлен диагноз послеоперационная невралгия второй ветви тройничного нерва справа и назначено 10 инъекций 2%-ного лидокаина по типу подглазничной анестезии справа. После завершения курса блокад больной почувствовал незначительное улучшение, а через 1 месяц вышеуказанные жалобы возобновились. В этой связи пациенту проведены 3 инъекции 40 мг кеналага в зону рубца на верхней челюсти с интервалом в 3 недели и курс витаминотерапии. После этих процедур рубец стал более мягким, безболезненным и подвижным. Одновременно больной отметил почти полное прекращение болей. При контрольном обследовании через 6 месяцев у пациента болевые ощущения отсутствовали, а пальпация послеоперационного рубца была безболезненной.

Заключение. Терапия послеоперационных невритов второй ветви тройничного нерва при всем многообразии методов лечения требует

индивидуального подхода с учетом длительности заболевания. Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективным является комплексное лечение, состоящее из патогенетически обоснованных методов. Кроме того, полученные данные еще раз подтверждают мнение о том, что чем раньше начато лечение молодых рубцов, тем успешнее терапия послеоперационного неврита.

Литература

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2002. – Т.1. – 776 с.

Bezrukov V.M. Guide to the surgical odontology and maxillofacial surgery / V.M. Bezrukov, T.G. Robustova. – M.: Medicine, 2002. – P.1. – 776 p.

2. Кулаков А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / А. Кулаков, Т. Робустова, А. Неробеев. – М.: Гэотар-медиа, 2010. – 928 с.

Kulakov A. The surgical odontology and maxillofacial surgery: national manual / A. Kulakov, T. Robustova, A. Nerobeev. – M.: Publishing house: GEOTAR-media, 2010. – 928 p.

3. Рузин Г.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П. Рузин, М.П. Бурых. – М.: Гэотар-медиа, 2000. – 292 с.

Ruzin G. P. Bases of operation technology in surgical odontology and maxillofacial surgery / G. P. Ruzin., M. P. Burykh. – M.: Publishing house: GEOTAR-media, 2000. – 292 p.

4. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – М.: Изд-во «МИА», 2007. – 237 с.

Timofeev A.A. Fundamentals of maxillofacial surgery / A.A. Timofeev. – M.: MIA publishing house, 2007. – 237 p.

5. Трошин В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога: Руководство для студентов и врачей / В.Д. Трошин, Е.Н. Жулёв. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 222 с.

Troshin V.D. Pain syndromes in practice of the dentist: the manual for students and doctors / V.D. Troshin, E.N. Zhulyov. – N. Novgorod: NGMA publishing house, 2002. – 222 p.

6. Хирургическая стоматология / Под ред. В.В. Афанасьева. – М.: Гэотар-медиа, 2015. – 880 с.

Surgical dentistry / the editor V. V. Afanasiev. – M.: GEOTAR-MEDIA publishing house, 2015. – 880 p.

АРКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

М.П. Лебедев, К.Н. Большев, В.А. Иванов, М.И. Томский, А.С. Андреев

МОНИТОРИНГ ТЕМПЕРАТУРЫ ПЛОВЦОВ-ЭКСТРЕМАЛОВ ПРИ ЗАПЛЫВЕ ЧЕРЕЗ БЕРИНГОВ ПРОЛИВ

УДК 536.532

Приведены данные об изменении температуры в желудках и на запястьях двух пловцов в ходе заплыва через Берингов пролив в условиях экстремально низкой температуры воды (от 3 до 6 °C), а также в ходе предварительного заплыва через реку Лена в более благоприятных условиях. Непрерывное измерение температуры тела пловцов проводилось с использованием температурного логгера iBDL DS1922L, который, обладая небольшими размерами и энергонезависимой памятью, может быть помещен непосредственно внутри исследуемого объекта. Минимальная температура в желудках пловцов в ходе заплыва через Берингов пролив была зафиксирована на уровне 27 °C. Измерение температуры тела человека в экстремальных условиях окружающей среды может помочь в изучении предельных возможностей организма и борьбе с последствиями переохлаждения.

Ключевые слова: температура тела человека, термологгеры, гипотермия.

The authors reported data on temperature changes in the stomach and on the wrists of the two swimmers during swim across the Bering Strait in conditions of extremely low water temperature (3 °C to 6 °C), as well as in the preliminary swim across the river Lena in more favorable conditions. The continuous measurement of the body of the swimmers' temperature was done using a thermologger iBDL DS1922L, which, having a small size and a non-volatile memory can be placed directly inside of the object. The minimum temperature in the stomachs of swimmers during swim across the Bering Strait was fixed at 27 °C. Measurement of body temperature in extreme environmental conditions can help to study the limit of an organism and to fight with the effects of hypothermia.

Keywords: human body temperature, thermologgers, hypothermia.

Исследование реакций человеческого организма при воздействии на него низких температур имеет важное значение для развития медицины в области определения пределов физических возможностей тела. Проведение таких исследований сопровождается

трудностями как чисто технического характера, так и опасностью при воздействии низких температур на организм неподготовленного человека. Для определения температуры тела в разных точках в течение продолжительного времени необходимы датчики, обладающие достаточной компактностью, автономностью и точностью.

Особый интерес представляют возможности специально тренирующихся спортсменов, привычных к экстремально холодным условиям. В 1987 г. американка Лин Кокс установила рекорд, проведя в 6-градусной воде 2 ч 6 мин и преодолев за это время 4160 м в Беринговом проливе. Этот рекорд был побит нашими соотечественниками: в августе 2014 г. в Беринговом проливе

состоялось уникальное событие – заплыв от острова Малый Диомид (США) до острова Ратманова (Россия) (рис. 1).

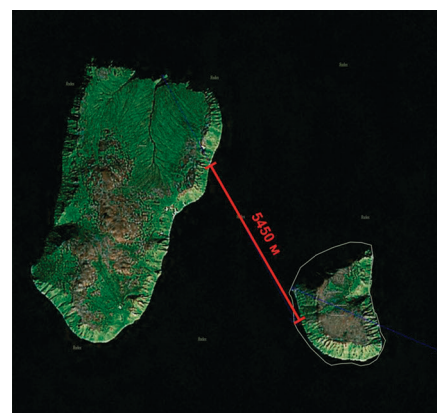


Рис.1. Маршрут заплыва

ЛЕБЕДЕВ Михаил Петрович – член-корр., д.т.н., предс. президиума ЯНЦ СО РАН, m.p.lebedev@prez.ysn.ru; **БОЛЬШЕВ Константин Николаевич** – к.т.н., с.н.с. ИФТПС им. В.П.Ларионова СО РАН, k.bolshev@mail.ru; **ИВАНОВ Василий Алексеевич** – д.т.н., в.н.с. ИФТПС, v.ivanov49@mail.ru; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., директор ЯНЦ КМП, ogus@list.ru; **АНДРЕЕВ Александр Семенович** – аспирант, вед. инженер ИФТПС, asandreev92@mail.ru.