

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДХОДА К АКУПУНКТУРНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

В работе изучена возможность выбора тактики и подхода к акупунктурному воздействию у больных с травматическим невритом тройничного нерва. Под нашим наблюдением находились 4 группы пациентов: в I группе (16 пациентов) за сутки до операции выполняли сеанс акупунктуры; во II группе (17 человек) акупунктурное воздействие проводили только после оперативного вмешательства; в III группе (15 пациентов) акупунктуру проводили в сроки от 1 до 6 месяцев после получения травмы или проведения операции; в IV группе (15 больных) применялся только общепринятый курс лечебно-реабилитационных мероприятий. Результаты доказывают положительное влияние акупунктурного воздействия у пациентов с травматическими невритами тройничного нерва на этапе подготовки больного к операции либо сразу после ее проведения.

**Ключевые слова:** неврит тройничного нерва, акупунктура.

The objective of this report is to determine acupuncture tactics and approach to patients with trigeminal neuritis caused by trauma. In hospital four groups of patients were studied. 1st group (15 patients) had got series of acupuncture 1 day before operation. 2nd group (15 persons) had got a course of acupuncture immediately after the operation. 3d group (15 patients) had got a course of acupuncture 1–6 months after the trauma or operation. 4th group (15 patients) had got traditional treatment. The results of the studies showed positive effects of acupuncture treatment of patients with trigeminal neuritis caused by trauma before and immediately after the operations. Key words: trigeminal neuritis, acupuncture.

Травматический неврит тройничного нерва является достаточно частым осложнением, встречающимся у пациентов клиник челюстно-лицевой хирургии. Данная патология чаще возникает при переломах нижней челюсти, проведении костной пластики по причине микрогении и прогении, при оперативных вмешательствах по причине новообразований нижней челюсти [3, 6, 7]. Из одонтогенных поражений системы тройничного нерва – невриты нижнего и верхнего луночковых нервов диагностируются у 15,12% пациентов [2].

Успешно решать данную проблему позволяют достижения фармацевтической отрасли. Однако положительный эффект при использовании медикаментозных средств достигается на фоне общего, нередко отрицательного, влияния на органы и системы человека [4].

Все перечисленное выше обуславливает актуальность дальнейшего изучения вопроса и разработки подходов к использованию рефлексотерапевтических воздействий в комплексном лечении и реабилитации пациентов с травматическими невритами тройничного нерва.

Цель данной работы – изучение возможности выбора тактики и подхода к акупунктурному воздействию у челюстно-лицевых больных с травматическим невритом тройничного нерва в различные сроки после получения травмы.

Задачей исследования является определение оптимальных схем акупунктуры (метода воздействия, продолжительности курса) для использования данного способа

рефлексотерапии в составе комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий при травматических невритах тройничного нерва.

### Материал и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии под нашим наблюдением находились 63 пациента с диагнозом «Травматический неврит тройничного нерва». Все указанные больные получали общепринятый курс лечения и были разделены на 4 группы таким образом, чтобы обеспечить сопоставимость полученных результатов (табл.).

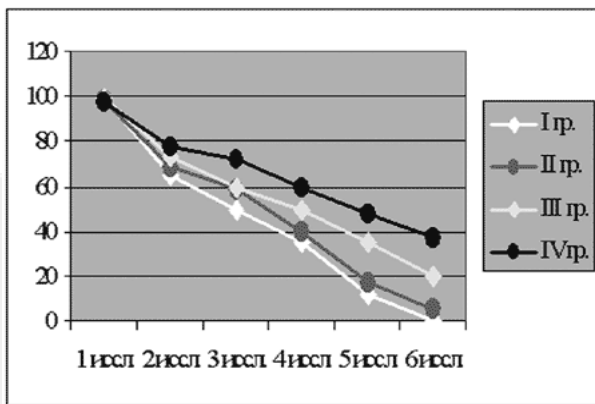
№ п/п	Причины возникновения травматического неврита тройничного нерва	Количество пациентов			
		I группа	II группа	III группа	IV группа
1.	Травматические переломы нижней челюсти	6	6	6	5
2.	Проведение оперативных вмешательств (жесткой пластики) по причине микротравмы и протекции	4	5	4	5
3.	Проведение оперативных вмешательств по причине новообразований нижней челюсти	3	2	2	2
4.	Невриты нижнего и верхнего луночковых нервов, имеющие одонтогенный генез	3	4	3	3

I группу составили 16 пациентов, которым за сутки до операции проводили сеанс акупунктуры с привлечением точек общего действия, а также локальных и отдаленных биологически активных точек, расположенных на каналах тела, выходящих в зону планируемого оперативного вмешательства [1, 5]. Воздействие осуществляли сильным тормозным методом с получением полной гаммы предусмотренных ощущений, при экспозиции иглы в тканях не менее 30 минут. Курс акупунктуры в послеоперационный период состоял из 12 сеансов, выполняемых ежедневно. Метод воздействия и экспозиция были прежними. При необходимости курс лечения повторяли. II группа состояла из 17 человек, которым акупунктурное воздействие проводили только после оперативного вмешательства в соответствии с изложенной выше схемой и методом. III группа включала 15 пациентов, которым акупунктурное лечение проводили в сроки от 1 до 6 месяцев после получения травмы или проведения оперативного вмешательства IV группу составляли 15 больных, которым применялся только общепринятый курс лечебно-реабилитационных мероприятий. Данная группа служила контролем.

Всем пациентам проводили клиническое обследование, которое включало заполнение тестов-анкет оценки боли (субъективно) и степени гипестезии в области иннервируемой тройничным нервом (объективно). Указанные показатели исследовали в динамике: в первые сутки после получения травмы, оперативного вмешательства или при поступлении в клинику (1 исследование), на 3 (2 исследование), 5 (3 исследование), 7 (4 исследование), 10 (5 исследование), 14 сутки (6 исследование) и далее – до и после каждого последующего курса рефлексотерапии.

### Результаты и обсуждение

Результаты исследований показали, что в I и II группах приступы, чувство онемения и явления парестезии купировались значительно раньше к 14 суткам и демонстрировали достоверные различия ( $p < 0,02$ ) и ( $p < 0,01$ ) соответственно как в отношении данных IV группы, так и в отношении показателей контроля (см. рис. 1).



Пациентам III группы для достижения стойкого положительного результата было необходимо проведение второго, а в некоторых случаях и третьего курса акупунктуры. Необходимо отметить, что при сопоставлении данных I и II групп было выявлено достоверное преимущество результатов I группы ( $p < 0,05$ ), в которой у 75% больных перечисленные выше симптомы удавалось преодолеть к 10 суткам.

#### Выводы

Приведенные результаты убедительно доказывают положительное влияние акупунктурного воздействия в составе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с травматическими невритами тройничного нерва. Причем применение рефлексотерапии на этапе подготовки больного к операции либо сразу после ее проведения позволяет своевременно включиться компенсаторным системам организма, что ведет к сокращению сроков лечения и реабилитации, следовательно, имеет определенный социально-экономический эффект.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии / Под ред. В.Н. Цибуляка. – Новосибирск: Наука, 1991. – 432 с.
2. Гречко В.Е., Пузин М.Н., Степанченко А.В. Одонтогенные поражения системы тройничного нерва. – М., 1988. – 108 с.
3. Карлов В.А. Неврология лица. – М., 1991. – 288 с.
4. Фомина Т.В. Дифференцированная рефлекторная терапия больных невралгией тройничного нерва и некоторые вопросы её патогенеза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Мн., 1986. – 19 с.
5. Чудакова И.О. Использование акупунктуры в комплексном лечении невралгий и травматических невритов тройничного нерва // Новые технологии в современной медицине. Мн., 1999. – С. 217–221.
6. Чудаков О.П., Быкадорова Л.Г., Глинник А.В. и соавт. Клиника и дифференциальная диагностика основных болевых синдромов лица и челюстей: Метод. рекомендации. – Мн., 1999. – 23 с.
7. Яковлева В.И. Диагностика и лечение нейрогенных заболеваний челюстно-лицевой области. – Мн., 1989. – 102 с.