

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ, ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ахмедова Чарос Зафаровна

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7199491>

Аннотация. Повреждение нижнего альвеолярного нерва вследствие проведения операции дентальной имплантации в области нижней челюсти, стало одной из актуальных проблем современной медицины. Исследование 21 больных с повреждением нижнего альвеолярного нерва показало, что медикаментозное лечение хорошо действует на легкие степени повреждения, а при средней и тяжелой степени поражения требует более длительного и комплексного лечения, с применением физиотерапевтических процедур.

Ключевые слова: альвеолярный нерв, имплантация, физиотерапия.

MEDICATIONAL THERAPY, PHYSIOTHERAPY FOR INJURY OF THE LOWER ALVEOLAR NERVE AFTER DENTAL IMPLANTATION

Abstract. Damage to the lower alveolar nerve due to the operation of dental implantation in the lower jaw has become one of the urgent problems of modern medicine. A study of 21 patients with damage to the inferior alveolar nerve showed that drug treatment has a good effect on mild degrees of damage, and in case of moderate and severe damage, it requires a longer and more complex treatment, using physiotherapeutic procedures.

Key words: alveolar nerve, implantation, physiotherapy.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее актуальных и значимых проблем в неврологии связанных со стоматологией является повреждение нижнего альвеолярного нерва, возникающий при проведении операции дентальной имплантации в области нижней челюсти. Распространенность сенсорных изменений нижнеальвеолярного нерва вследствие введения имплантатов на нижней челюсти составляет от 11% до 32-33% (О.В.Грачева, 2011). Данное патологическое осложнение требует своевременной и оптимальной диагностики и терапии из-за сенсорной потери в окружающих тканях в зоне иннервации, а также возникновения болевого синдрома различной интенсивности. Итогом данной причины является формирование эмоционально-стрессовых нарушений, которые значительно ухудшают качество жизни пациента.

Нижнечелюстной канал имеет разные варианты позиции в теле нижней челюсти. В более 50% случаев располагается вблизи верхушек корней зубов, то есть имеет высокое расположение зубов. А также часто он расположен у нижнего края челюсти и очень редко встречается в срединной части. Данная патология имеет тенденцию к росту встречаемости среди населения, в результате увеличения количества установления имплантатов, а также требует более полного изучения, диагностики и лечения (Н.К. Нечаева, А.Ю. Васильев, 2011).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 21 больных с повреждением нижнего альвеолярного нерва после дентальной имплантации. Среди них 13 (61,9%) женщин и 8 (30,1%) мужчин в возрасте от

26 до 54 лет. Во всех случаях повреждение было зафиксировано сразу после оперативного вмешательства.

Методами исследования явилось изучение чувствительности по общепринятой методике. Болевой синдром оценивался по шкале ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследуемых разделили на две группы: 10 человек в первой группе и 11 человек - во второй группе. Первой группе было назначено медикаментозное лечение, а вторая группа дополнительно к медикаментозной терапии получала физиотерапевтическое лечение.

В обеих группах были больные различной степени повреждения, из них в первой группе: легкой – 3 (14,2%), - 5 (23,8%) - средней и тяжелой – 2 (9,5%) степени повреждения нижнего альвеолярного нерва; во второй группе больных: по 4 (19%) больных соответственно, легкой и средней тяжести и 3 (14,2%) тяжелой степени тяжести.

У обследуемых больных был выявлен болевой синдром различной интенсивности: так по шкале ВАШ в первой группе больных интенсивность боли у 4 (19%) пациентов составила 45-51мм, у 6 (28,6%) больных 61-63мм; во второй группе: у 5 (23,8%) больных 47-53 мм и 6 (28,6%) больных – 60-64 мм. Беспокоящая пациента боль значительно снижала трудовую деятельность пациента, усложняла выполнение ежедневных функций и ухудшала ночной сон, что влияло и на качество жизни пациента.

При исследовании чувствительности выявилась потеря чувствительности подбородка и нижней губы на стороне оперативного вмешательства.

В первой группе с легкой степенью повреждения были назначены большие дозы нестероидных противовоспалительных анальгетиков - ибупрофена в соответствии с массой тела, 3 раза в день с длительностью на неделю.

Для средней и тяжелой степени повреждения назначали перорально: антибиотики (амоксциллин-по 2 таблетке 3 дня), глюкокортикостероиды (дексаметазон или преднизолон) и дополнительно высокие дозы нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен).

Кроме этих препаратов было назначено витамины группы В в течении 7 дней, диуретики, антигистаминные препараты.

Во второй группе больных к базисной терапии было добавлено проведение физиотерапии: УВЧ и электронейростимуляция. Ультравысокочастотная терапия - действует электромагнитной полем ультравысокой частоты на поврежденный участок, таким образом, улучшает проводимость электроимпульсов по периферической нервной системе, снижает чувствительность на нервных окончаниях.

УВЧ терапия проводилась у 14 пациентов, 15 процедур с длительностью по 15 минут.

Электронейростимуляция - это метод направленный на стимуляцию нервной системы с помощью электрических токов низкой частоты. Сеанс терапии длился по 20 минут и состоял из 15 процедур. Электронейростимуляция повышает уровень активации проводящих структур спинного мозга, способствуя прохождению афферентного возбуждения к расположенным выше отделам центральной нервной системы, улучшая состояние локальной и общей гемодинамики у больных за счет восстановления центральной и региональной нервной регуляции.

Проводимые физиотерапевтические методы воздействия имеют ряд объективных противопоказаний: нарушение функции печени и почек, недостаточность сердечно-сосудистой системы, заболевания соединительной ткани, заболевания связанные с нарушением свертывающей системы крови, артериальная гипертензия, сопровождающаяся гипертоническими кризами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение с помощью медикаментозных препаратов показали положительное воздействие при легкой степени поражения нижней альвеолярной невралгии, которая имела только несильные болевые ощущения.

При средней и тяжелой степени, воздействие медикаментов показали, что у некоторых больных оставались сильные боли, которые не ушли после применения препаратов. Им было назначено повторное медикаментозное лечение.

Больные, получавшие ультравысокочастотную терапию, во время этого сеанса не чувствовали боли. Но после всей полученной терапии, боли стали возобновляться.

Метод электронейростимуляции дал положительные результаты у больных легкой и средней степени повреждения альвеолярного нерва.

Таким образом, медикаментозное лечение хорошо действует на легкие степени повреждения, а при средней и тяжелой степени поражения требует более длительного и комплексного лечения. Лечение с помощью УВЧ терапии и электронейростимуляции не дает полностью положительного результата. Если после получения медикаментозного лечения, начать физиотерапию то тогда мы можем получить хороший результат.

REFERENCES

1. Day.R.H. Diagnosis and treatment of trigeminal nerve injuries // J Calif Dent Assoc 1994-22(6). P 48-51.
2. Аведов Ю.Б. Неврологические аспекты одонтогенных поражений системы тройничного нерва. 2009. С-20.
3. Арсаханова Г.А Основные аспекты диагностики повреждений периферических нервов.2016. С50-57.
4. Грачева О.В Нарушение функции нижнего альвеолярного нерва как осложнение дентальной имплант.
5. Походенько-Чудакова И.О. Метод лечения осложнений протезирования зубов с опорой на дентальные имплантаты. Минск 2020. 38с.