

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СТОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Фан Г.С., Кононенко В.И.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону

Целью нашей работы явилось изучить у больных с открытыми переломами нижней челюсти (НЧ) встречаемость стоматоневрологических синдромов, клинически манифестирующихся прозопалгиями, а также нарушением чувствительности и двигательных функций жевательных и мимических мышц в первый год после травмы. Обследовано 242 больных с открытыми переломами НЧ, наблюдавшихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской больницы №20 г.Ростова-на-Дону. Количество мужчин было 204 (84,3%), а женщин - 38 человек (15,7%). Возраст больных в среднем составил 31,6±1,43 года. У больных наблюдали переломы тела (40,5%), мышечковых отростков (30,6%), угла (25,2%), собственно ветви (2,9%) и венечного отростка (0,8%) НЧ. У 194 больных (80,2%) лечение переломов НЧ было оперативным, а у 48 больных (19,8%) использовали консервативно-ортопедическое лечение (назубное двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта). При оперативном лечении переломов НЧ остеосинтез проводили с помощью костного шва, спиц Кишнера, титановых минипластин. Неврологическое обследование включало изучение поверхностной и глубокой чувствительности кожных покровов лица. Двигательные расстройства выявляли при оценке силы, тонуса мышц лица и черепа. При наличии прозопалгии (боли в области лица) устанавливали ее нозологическую форму. Среди больных с прозопалгиями наиболее представленной являлась группа пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица. Так, в первый год после травмы миофасциальный болевой синдром встречался практически у половины группы (у 48,3%). Основу клинической картины миофасциального синдрома лица составляли боли, локальное мышечное напряжение, ограничение подвижности и повышенная утомляемость жевательных и/или мимических мышц. Височнонижнечелюстной болевой синдром был выявлен у 17,4% пациентов. Для пациентов при болевой дисфункции височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС) были характерны частые односторонние тупые боли в передней околоушной области, усиливающиеся при открывании рта и жевании; суставные шумы; болезненность при пальпации жевательных мышц; ограниченное открывание рта. Синдром одонталгии у пациентов изучаемой группы встречался в 6,6%, лицевая каузалгия наблюдалась редко (в 2,9%). Анализ анамнеза пациентов, у которых после лечения открытого перелома НЧ развился миофасциальный синдром лица, позволил выявить частое указание на бруксизм, . симптом «сжатых челюстей». Кроме того, нередко отмечались эпизоды безболезненной дисфункции ВНЧС (шелканье в суставе, ограничение открывания рта по утрам), регрессировавшие самостоятельно. Более чем у половины пациентов в анамнезе имелись головные боли напряжения.

У больных с открытыми переломами НЧ в первый год после травмы частым последствием были нарушения чувствительности в челюстно-лицевой области. В большей мере среди пациентов были распространены гипестезии в зоне иннервации тройничного нерва (30,6%). Кроме того, нарушения болевой чувствительности были связаны и с наличием гиперестезии в 13,2%. Парестезии лицевой области заключались в ощущении покалывания, жжения (14,9%). Наличие парестезии сочеталось у больных с локальной мышечной болью при их пальпации. Анализ распространенности . неврогенных прозопалгий у больных с открытыми переломами нижней челюсти в первый год после травмы позволил выявить следующую клиническую картину. Наиболее распространенным явился синдром плексалгии альвеолярных нервов (17,4%), невралгия тройничного нерва встречалась в 15,7%, невралгия лицевого нерва - в 7,4%, языкоглоточного нерва - в 2,1%.

Итак, у больных с открытыми переломами нижней челюсти наблюдали высокую распространенность миофасциальных, неврогенных прозопалгий. Данное обстоятельство диктует необходимость применения наряду с традиционными методами лечения воздействие на региональный нервно-мышечный аппарат.