

ПРОБЛЕМИ СТОМАТОЛОГІЇ

© Колісник І.А., Ткаченко П.І., Панькевич А.І., Гоголь А.М.

УДК 616.834.154-002:616-009.7

DOI <https://doi.org/10.31718/med.2021.25.5-6.09>

ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА КРИЛОПІДНЕБІННИЙ ГАНГЛІОНІТ

Колісник І.А., Ткаченко П.І., Панькевич А.І., Гоголь А.М.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Робота є фрагментом НДР «Обґрунтування комплексного лікування функціональних порушень та удосконалення технологій оперативних втручань при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний номер 0120U105551.

Relevance of the research. The features of complex anatomical and functional organization of the maxillofacial area, peripheral nervous system, as well as autonomic structures determine a variety of pathogenetic mechanisms of prosopalgia, among which the lesions of the pterygopalatine node are the most common. Despite the presence of a significant variety of clinical manifestations of pterygopalatine ganglionitis, the prevalence and variety of autonomic manifestations in this disease, the main complaint of patients is pain, the characteristics of which are quite different. The aim of our research was to study the nature of pain in patients with pterygopalatine ganglionitis. Material and methods of research. We examined 105 patients with pterygopalatine ganglionitis aged from 30 to 74 years. Patients were examined for the nature of pain and its intensity, the predominant time of onset and duration of pain attacks, the place of primary localization of pain and the area of its spread. A visual analog scale (VAS) was used to assess pain intensity. Based on the intensity of pain and depending on the severity of the disease, all patients were divided into three groups: mild, moderate and severe pterygopalatine ganglionitis. With a mild severity of pterygopalatine ganglionitis, the intensity of pain attacks is 4-5 points, lasting up to 30 minutes and with a frequency of 1-3 times a day with localization within one or two anatomical areas. With moderate severity, the intensity of pain attacks is 5-7 points, lasting from 30 minutes to 1-2 hours and with a frequency of 4-5 times a day with the gradual spread of pain from one area to half of the face. The severe course is characterized by pain attacks of 8-10 points, lasting for 2 hours or more and with a frequency of attacks from 4 to 6-10 per day. In addition, the pain, occurring in one anatomical area, gradually spread to half of the face, radiating to neighboring areas. Thus, analyzing the features of the pain syndrome in patients with pterygopalatine ganglionitis, we can conclude: 1. The intensity of pain, which was determined by VAS, increases depending on the severity of ganglionitis and ranges from 4.3 points in mild to 8.75 in severe ganglionitis. 2. The duration and frequency of pain attacks increase from 30 minutes with a frequency of 1-3 seizures per day in patients with mild pterygopalatine ganglionitis, to 2 or more hours and 4-10 seizures per day in patients with severe ganglionitis. 3. The localization of pain attacks extends from one anatomical area in mild ganglionitis to half of the face with the possibility of irradiation of pain in severe ganglionitis. 4. These clinical symptoms should be used in determining the severity of pterygopalatine ganglionitis and the choice of treatment tactics in the future.

Key words: pterygopalatine ganglionitis, visual-analog scale, prosopalgia, facial pain syndromes.

Незважаючи на наявність значного розмаїття клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту, розповсюдженість і різноманітність вегетативних реакцій при даному захворюванні, головною скаргою пацієнтів є біль, характеристика якого є досить різною. У роботі проведено аналіз характеру болю у пацієнтів із крилопіднебінним гангліонітом у залежності від ступеню тяжкості захворювання. З'ясовано, що інтенсивність болю, тривалість та частота больових нападів посилюються у залежності від ступеню тяжкості гангліоніту. Локалізація больових нападів поширюється від однієї анатомічної ділянки при легкому ступені тяжкості до половини обличчя із можливістю іррадіації болю при тяжкому ступені тяжкості. Перераховані клінічні симптоми доцільно використовувати при встановленні ступеню тяжкості крилопіднебінного гангліоніту та виборі лікувальної тактики в подальшому.

Ключові слова: крилопіднебінний гангліоніт, візуально-аналогова шкала, прозопалгія, больові синдроми обличчя.

*Цитування при атестації кадрів: Колісник І.А., Ткаченко П.І., Панькевич А.І., Гоголь А.М. Особливості больового синдрому у хворих на крилопіднебінний гангліоніт // Проблеми екології і медицини. – 2021. – Т. 25, № 5-6. – С. 36-38.

Вступ

Особливості складної анатомо-функціональної організації щелепно-лицевої ділянки, периферичної нервової системи, а також вегетативних структур зумовлюють різноманіття патогенетичних механізмів виникнення лицевого болю – прозопалгії. Прозопалгія – це клінічний термін, який поєднує больові синдроми, що локалізуються у ділянці обличчя. Серед усіх вегетативних прозопалгій, за даними Яворської Є.С., найчастіше зустрічається ураження крилопіднебінного вегетативного вузла – крилопіднебінний гангліоніт (КПГ) [1, 2].

Поліморфізм клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту, що поєднує больові напади і вегетативні реакції, та відсутність специфічних методів діагностики значно утруднюють встановлення правильного діагнозу і змушують пацієнтів звертатися до лікарів різних спеціальностей у залежності від переважання тих чи інших симптомів, а хворі досить часто перебувають під спостереженням неврологів, офтальмологів, оториноларингологів, стоматологів із різними діагнозами [3].

Незважаючи на наявність значного розмаїття клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту, розповсюдженість і різноманітність вегетативних реакцій при даному захворюванні, головною скаргою пацієнтів є біль, характеристика якого є досить різною.

Метою нашого дослідження стало вивчення характеру болю у пацієнтів із крилопіднебінним гангліонітом.

Матеріал та методи дослідження

Нами обстежено 105 пацієнтів із крилопіднебінним гангліонітом у віці від 30 до 74 років (чоловіків – 56, жінок – 49).

Обстеження пацієнтів здійснювали згідно загальноприйнятої схеми історії хвороби, звертаючи особливу увагу на скарги пацієнтів. Здійснювали оцінку характеру болю та його інтенсивності, переважний час виникнення та тривалість больових нападів, місце первинної локалізації болю та зони його розповсюдження, відмічали наявність чи відсутність вегетативних проявів, куркових зон, факторів, що здатні викликати больовий напад. Для оцінки інтенсивності болю застосовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ, Visual Analog Scale, VAS) [4] – на відрізьку прямої лінії в 10 см хворий відмічає інтенсивність болю, де ліва межа – повна відсутність болю, а права – максимального нестерпного болю.

Об'єктивними критеріями діагностики крилопіднебінного гангліоніту в клініці стало виявлення болісності при пальпації точок виходу надочного, підочного, ментального, великого піднебінного та великого потиличного нервів, гіпер-гіпо- та парестезій переважно в зоні іннервації I та II гілок трійчастого нерва, позитивного симптому «шкірної смужки» на ураженій половині обличчя.

На основі інтенсивності болю та у залежності від тяжкості захворювання усі пацієнти були розподілені на три групи: з легким, середнім та тяжким перебігом крилопіднебінного гангліоніту [5, 6, 7].

Результати та їх обговорення

Легкий ступінь тяжкості було діагностовано у 27 пацієнтів, середній у 48 і тяжкий – у 30 чоловік.

Базуючись на отриманих даних історій хвороб пацієнтів з крилопіднебінним гангліонітом, ми побудували зведену таблицю, що дозволяє прослідкувати зміни характеристики болю у залежності від ступеня тяжкості захворювання (Таблиця 1.).

Таблиця 1

Характеристика болю у пацієнтів з крилопіднебінним гангліонітом у залежності від ступеня тяжкості

Біль	Ступінь тяжкості гангліоніту		
	Легкий	Середній	Тяжкий
Інтенсивність	До 4-5 балів	5-7 балів	8-10 балів
Тривалість	До 30 хвилин	Від 30 хвилин до 1-2 годин	Від 2 годин і більше
Частота	1-3 рази на добу	4-5 разів на добу	Від 4 до 6-10 разів на день
Локалізація	В межах однієї-двох анатомічних ділянок	Виникаючи в одній ділянці, поступово поширюючись на пів обличчя	Виникав в одній анатомічній ділянці, поступово поширюючись на всю половину обличчя, віддаючи в шию, плече, лопатку, вуха
Характеристика	Пекучий, свердлячий, колючий, ниючий	Пекучий, свердлячий, колючий, ниючий, ріжучий	Пекучий, свердлячий, колючий, інколи поширення больового нападу нагадує «розтікання гарячого шару» від ділянки первинної локалізації по всьому обличчю
Середня інтенсивність за ВАШ	4,3	5,5	8,75

Аналізуючи таблицю, можна помітити збільшення інтенсивності, частоти та тривалості больових нападів у залежності від ступеня тяжкості КПГ. Також звертає на себе увагу зміна локалізації болю від однієї-двох анатомічних ділянок до поширення на половину обличчя, або ж додаткову іррадіацію. Суттєво відрізняються показники інтенсивності болю за ВАШ.

Деякі пацієнти відмічали наявність продромального періоду, коли при середньому ступені тяжкості КПГ за 20-30 хвилин до нападу виникали передвісники у вигляді головокружіння, нудоти, головного болю, а при тяжкому перебігу – поколювання обличчя, „повзання мурашок”, нудоти, запаморочення, почервонін-

ня обличчя, яке під час нападу змінювалось блідістю шкірних покривів.

Болісність проєкційних точок виходу черепно-мозкових нервів на боці ураження при легкій формі КПГ у більшості хворих (15 чол.) відсутня. У 7 хворих – незначна болісність при пальпації великого піднебінного нерва, у 5 – підочномозкового нерва, що належать до системи верхньощелепного нерва. Симптом «шкірної смужки» в усіх хворих негативний.

При пальпації проєкційних точок виходу периферичних гілок черепно-мозкових нервів у пацієнтів із середнім ступенем тяжкості КПГ виявлено болісність на боці ураження у всіх хворих, причому одночасно у декількох точках. Частіше визначалася болісність при

пальпації великого піднебінного нерва – у 39 хворих та підчочномкового – у 35 пацієнтів, значно рідше – надчочномкового – у 12 випадках, і досить рідко – ментального у 4 хворих та великого потиличного у 2 пацієнтів. Симптом «шкірної смужки» позитивний у 3 хворих.

При тяжкому перебігу КППГ пальпація проєкційних точок на боці ураження у всіх хворих була болісною або різко болісною. У 29 хворих виявлено болісність при пальпації великого піднебінного нерва, у 27 – при пальпації підчочномкового нерва, у 21 – надчочномкового нерва, у 6 – великого потиличного і у 4 – ментального. Симптом «шкірної смужки» був позитивний у 19 хворих.

Таким чином, проаналізувавши особливості больового синдрому у хворих на крилопіднебінний гангліоніт, можна зробити висновки:

1. Інтенсивність болю, яку визначали за допомогою ВАШ, посилюється у залежності від ступеню тяжкості гангліоніту і складає від 4,3 балів при легкому ступені тяжкості до 8,75 при тяжкому перебігу гангліоніту.

2. Тривалість та частота больових нападів збільшуються від 30 хвилин із частотою 1-3 напади на добу у пацієнтів при легкому перебігу КППГ, до 2 та більше годин і 4-10 нападів на добу у пацієнтів з тяжким ступенем тяжкості.

3. Локалізація больових нападів поширюється від однієї анатомічної ділянки при легкому ступені тяжкості до половини обличчя із можливістю іррадіації болю при тяжкому ступені тяжкості.

4. Перераховані клінічні симптоми доцільно використовувати при встановленні ступеню тяжкості крилопіднебінного гангліоніту та виборі лікувальної тактики в подальшому.

Література

1. Javorskaja ES, Besharova TK, Okonskaja LD. Diagnostika, klinika i lechenie vegetativnyh ganglionitov golovy. Metodicheskie rekomendacii. K.; 1988: 19.
2. Javorskaja ES. Bolevye i paresteticheskie sindromy cheljustno-licevoj oblasti. K.: Medkniga. 2007; 56: 23-25.
3. Grycaj N, Kobzyska N. Nejrostomatologija. K.: Zdorov'ja. 2001: 144.
4. Vejn AM. Zabolevanija vegetativnoj nervnoj sistemy: Rukovodstvo dlja vrachej. M.: Medicina. 1991: 622.
5. Kolisnyk IA. Likuvannja krylopidnebinного ganglionitu imunobiologichnymy preparatamy: avtoref. dys.... kand. med. nauk. Poltava; 2007: 18.
6. Tkachenko PI, Kolisnyk IA, Pan'kevych AI, Shvec' AI. Poglady na patogenez ta klinichnyj perebig krylopidnebinного ganglionitu. Novyny stomatologii. 2007, № 2 (51): 54–56.
7. Kolisnyk IA. Klinichna harakterystyka hvoryh na krylopidnebinnyj ganglionit. Svit medycyny ta biologii. 2017, №1 (59): 61-64.

Матеріал надійшов до редакції 10.11.2021.