УДК 616.31-083:616.834-002.152

И.А. Колесник

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРЫЛОНЕБНОГО ГАНГЛИОНИТА С ГИГИЕНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ПОЛОСТИ РТА

Высшее государственное учебное заведение Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия"

Актуальность темы.

Заболевания вегетативных узлов головы, по данным Яворской Е.С. [1], составляют 75 % патологических синдромов лица, из которых чаще всего встречается крылонебный ганглионит (КНГ). Полиморфизм его клинических проявлений значительно усложняет диагностику заболевания, затрудняет выбор оптимального варианта рационального метода лечения, что обусловлено топографо-анатомическими и функциональными особенностями периферического отдела вегетативной нервной системы головы [2].

У пациентов, страдающих ганглионитом, нередко ухудшается гигиена полости рта. Это связано с наличием постоянной боли в зубочелюстной системе, снижающей качество жизни и концентрирующей внимание именно на болевых ощущениях, а мотивация к повышению стоматологического здоровья у таких пациентов отсутствует [3].

Поэтому **целью** нашей работы стало изучение взаимосвязи состояния гигиены полости рта, тканей пародонта и степени тяжести крылонебного ганглионита.

Материалы и методы исследования.

Нами было обследовано 93 пациента с крылонебным ганглионитом в возрасте от 30 до 74 лет (мужчин – 51, женщин – 42). Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек в возрасте от 40 до 60 лет.

Обследование проводили согласно классической схемы. При установлении диагноза учитывали характер болевого приступа, его интенсивность, локализацию, частоту возникновения и длительность, наличие вегетативных проявлений. Основными объективными диагностическими критериями КНГ в клинике стали: болезненность при пальпации проекционных точек выхода черепно-мозговых нервов, нарушение чувствительности кожи и слизистой оболочки на стороне поражения и положительный симптом "щипка" (кожной складки) [4].

Учитывая, что КНГ сопровождается выраженным болевым синдромом, для оценки интенсивности боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) [5].

Изучение состояния зубов, гигиены полости рта, тканей пародонта проводили согласно общепринятой схемы [6]. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс Федорова-Володкиной (1968). Интенсивность воспаления в околозубных тканях оценивали с помощью пробы Шиллера-Писарева (1989). Степень повреждения тканей пародонта определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА по Parma (1960), пародонтального индекса ПИ по Russel (1956) [6].

Полученные данные обработаны при помощи вариационно-статистического анализа, а достоверность отличий оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты собственных исследований

В зависимости от клинических проявлений, нами были выделены три степени тяжести заболевания: легкая, средняя, тяжелая, определение которых базировалось на комплексном обследовании.

Для легкой степени тяжести заболевания характерным было возникновение локализованной боли слабой интенсивности (до 4-5 баллов по ВАШ), длительностью до 30 минут и частотой приступов 1-3 раза в сутки. Она локализовалась в 1-2 анатомических областях. Иногда, возникая в одной области, боль распространялась на соседнюю и определялась больными как жгучая, сверлящая, колющая, ноющая.

Наличие вегетативных расстройств отмечали все пациенты во время приступа и 6 пациентов ощущали их в межприступный период, что проявлялось незначительным покраснением кожи лица, конъюнктивитом, слезотечением, слюнотечением, ринореей.

Расстройства кожной чувствительности и отдельных участков слизистой оболочки при этой форме ганглионита чаще всего отсутствовали (59,09%), иногда возникали незначительные гиперестезии (40,91%). Пальпация проекционных точек выхода черепно-мозговых нервов была безболезненной в 54,54% случаев. У 27,27% наблюдалась незначительная болезненность при пальпации места выхода большого небного нерва, у 18,18% – подглазничного нерва, входящих в состав верхнечелюстного нерва. Симптом "кожной складки" у всех пациентов не определялся.

При средней степени тяжести ганглионита возникала боль интенсивностью в 5-7 баллов, длительностью от 30 минут до 1-2 часов и частотой пароксизмов 4-5 раз в сутки. У некоторых пациентов возникали длительные (1-2 часа) приступы или в незначительном количестве (1-3) приступы средней длительности (30-60 минут) в виде интенсивной боли, которая чаще возникала в одной анатомической области и, постепенно усиливаясь, иррадиировала на всю половину лица. Больные характеризовали ее как жгучую, сверлящую,

колющую, ноющую или режущую. У 4 пациентов прослеживался продромальный период, когда за 20-30 минут до приступа возникали предвестники заболевания в виде головокружения, тошноты, головной боли.

Во время приступа все обследованные пациенты отмечали наличие ярких вегетативных нарушений (так называемая "вегетативная буря"). Возникали выраженные признаки покраснения кожи лица, конъюнктивы, отек мягких тканей соответствующей области, слезотечение, слюнотечение, ринорея. В межприступной период вегетативные проявления теряли свою яркость, но можно было заметить покраснение конъюнктивы, отек верхнего или нижнего века на стороне поражения, иногда – незначительное покраснение кожи подглазничной области.

Расстройства чувствительности наблюдались у всех пациентов: гиперестезия выявлена у 32 пациентов (74,42%), гипестезия – у 10 (23,26%), у 1 – парестезия (2,32%).

При пальпации проекционных точек выхода периферических ветвей черепно-мозговых нервов на стороне поражения болезненность выявлена у всех пациентов. Причем, как правило, у одного пациента было выявлено от двух и более болезненных проекционных точек (чем обусловлено несоответствие количества пациентов в группе и количества болезненных точек). Чаще определялась болезненность при пальпации в области выхода большого небного нерва – у 39 пациентов (90,7%) и подглазничного - у 34 больных (79,1%), значительно реже – надглазничного (12 пациентов) (27,9%) и очень редко – ментального - 4 больных (9,3%) и большого затылочного у двоих пациентов (4,7%). Выявлен положительный симптом кожной складки у 2 пациентов (4,7%).

При тяжелом течении крылонебного ганглионита возникала интенсивная боль от 8 до 10 баллов, длительностью от 2 часов и больше. Иногда это сопровождалось постоянной болью с небольшими "светлыми" промежутками, на фоне которых возникали более интенсивные приступы в количестве от 4 до 10 раз в сутки. Она возникала преимущественно в одной анатомической области и распространялась на всю половину лица, отдавая в шею, плечо, лопатку, ухо. Больные характеризовали ее как жгучую, сверлящую, колющую, иногда сравнивая распространение болевого приступа с "растеканием горячего шара" от области первичной локализации по всему лицу. Приступ боли возникал, как правило, на протяжении нескольких минут, постепенно усиливаясь и становясь невыносимым. У 25% пациентов отмечались предвестники в виде покалывания лица, "ползания мурашек", тошноты, головокружения, покраснения лица, которое во время приступа сменялось бледностью кожных покровов.

У больных с тяжелым течением крылонебного ганглионита возникали вегетативные нарушения, свидетельствующие о выпадении некоторых функций узла, что проявлялось ощущением онемения кожи лица на стороне поражения, "ползанием мурашек", покалыванием. У 67,86% пациентов прослеживалась сухость слизистой оболочки полости рта, носа, конъюнктивы. Такие нарушения возникали не только во время приступа, но и сохранялись в межприступный период.

Среди расстройств чувствительности чаще всего встречались парестезии (53,57%), реже гипестезии (28,57%) и гиперестезии (17,86%).

Пальпация проекционных точек на стороне поражения у всех пациентов была болезненна или резко болезненна. У всех пациентов наблюдалась болезненность при пальпации большого небного нерва (100%), у 28 человек (96,43%) – при пальпации подглазничного нерва, у 21 (75%) – надглазничного, у 6 (21,43%) – большого затылочного, у 4 (14,29%) – ментального нерва. Симптом "кожной складки" положительный у 19 пациентов (67,9%).

На основании вышеизложенных данных легкая степень тяжести крылонебного ганглионита была установлена у 22 пациентов, средняя – у 43, и тяжелая – у 28 человек.

Состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у пациентов с крылонебным ганглионитом представлены в табл. 1.

Как видно из таблицы, индекс КПУ у пациентов с легкой степенью тяжести был в 1,37 раза выше показателя КПУ контрольной группы, при средней степени – в 1,58 раза, а при тяжелом течении – в 1,7 раза. Увеличение индекса КПУ в зависимости от степени тяжести КНГ мы связываем с частым необоснованным удалением зубов при болевых приступах.

ГИ по Федорову-Володкиной при легкой степени тяжести превышал такой показатель у группы контроля в 1,58 раза, при средней степени тяжести – в 1,62 раза и при тяжелой – в 1,93 раза. Ухудшение гигиенического состояния можно связать с усилением болевых ощущений пациентов, боязнью возникновения приступа.

Таблица 1

Состояние гигиены и тканей пародонта у пациентов с крылонебным ганглионитом в зависимости от степени тяжести

	Контроль (n=20)	Легкая степень тяжести (n=22)	Средняя степень тяжести (n=43)	Тяжелая степень тяжести (n=28)
КПУ	4,15±0,18	5,69±0,25*	6,57±0,32*	7,2±0,73*
ГИ по Федорову-Володкиной	1,32±0,09	2,09±0,12*	2,14±0,8*	2,56±0,34*
Проба Шиллера-Писарева	1,3±0,4	2,2±0,3*	2,5±0,3*	2,9±0,5*
РМА по Parma	24,5±1,5	48,25±2,1*	55,7±2,7*	68,5±3,5*
ПИ по Russel	1,4±0,2	2,3±0,3*	3,5±0,4*	5,2±0,3*

*Примечание: * – достоверность разницы между показателями контрольной группы и пациентов (p<0,05).*

Проба Шиллера-Писарева также увеличивалась в зависимости от степени тяжести КНГ: при легкой степени превышала показатель группы контроля в 1,69 раза, при средней – в 1,92 раза, а при тяжелой – в 2,23 раза.

Индекс РМА превышал показатели контрольной группы при легкой степени тяжести в 1,97 раза, при средней – в 2,27 раза и при тяжелой – в 2,8 раза, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса в тканях пародонта пациентов с КНГ.

ПИ по Russel также был выше показателей группы контроля в 1,6 раза при легкой степени КНГ, в 2,5 раза при средней степени тяжести и в 3,7 раза при тяжелом течении.

Выводы

1. При установлении диагноза крылонебного ганглионита для планирования лечебных мероприятий прежде всего следует выделять степени тяжести заболевания: легкую, среднюю, тяжелую.
2. Установлено увеличение индекса КПУ в зависимости от степени тяжести крылонебного ганглионита, что можно объяснить необоснованным удалением зубов при болевых приступах.
3. У пациентов с КНГ наблюдалось ухудшение гигиенического состояния полости рта в зависимости от степени тяжести крылонебного ганглионита.
4. Изменения в тканях пародонта обследованных пациентов свидетельствуют о наличии пародонтита, причем тяжесть воспалительных изменений усиливалась в зависимости от степени тяжести КНГ.

Литература

1. Яворская Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области : метод. пособие / Е. С. Яворская. – К.: Медкнига, 2007. – 56 с. – (Библиотечка практикующего врача). – ISBN 966-7013-23-5.
2. Грицай Н. М. Нейростоматологія : навч. посібник / Н. М. Грицай, Н. О. Кобзиста. – К.: Здоров'я, 2001. – 144 с.
3. Николаева А. А. Клинико-иммунологическая характеристика и оптимизация терапии постгерпетического ганглионита у пациентов с лицевыми болями : автореф. дисс. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / А. А. Николаева. – Екатеринбург, 2015. – 25 с.
4. Ерохина Л. Г. Лицевые боли : монография / Л. Г. Ерохина. – М.: Медицина, 1973. – 176 с.
5. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы : рук-во для врачей / А. М. Вейн. – М.: Медицина, 1991. – 622 с.
6. Цепов Л. М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Е. А. Михеева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.: ил.

Стаття надійшла 23.02.2016 р.

Резюме

В зависимости от интенсивности боли, наличия вегетативных проявлений, изменения кожной чувствительности выделено степени тяжести крылонебного ганглионита: легкую, среднюю, тяжелую. Установлено увеличение индекса КПУ, выявлено достоверное ухудшение гигиенических показателей в зависимости от степени тяжести крылонебного ганглионита.

Изменения в тканях пародонта обследованных пациентов свидетельствуют о наличии пародонтита, причем тяжесть воспалительных изменений усиливалась в зависимости от степени тяжести заболевания.

Ключевые слова: крылонебный ганглионит, гигиена полости рта, состояние тканей пародонта.

Резюме

Залежно від інтенсивності болю, наявності вегетативних проявів, зміни шкірної чутливості виділено ступені тяжкості крилопіднебінного гангліоніту: легкий, середній, тяжкий. Виявлено збільшення індексу КПВ, достовірне погіршення гігієнічних показників залежно від ступеня тяжкості крилопіднебінного гангліоніту.

Зміни в тканинах пародонта обстежених пацієнтів свідчать про наявність пародонтиту, причому тяжкість запальних змін посилювалася залежно від ступеня тяжкості захворювання.

Ключові слова: крилопіднебінний гангліоніт, гігієна порожнини рота, стан тканин пародонта.

UDC 616.31-083:616.834-002.152

INTERRELATION DEGREE OF SEVERITY PTERYGOPALATINE GANGLIONITIS WITH THE HYGIENIC CONDITION OF THE ORAL CAVITY

Kolisnyk Inna Anatoliivna

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

Summary

Pterygopalatine ganglionitis is the most often among pathological syndromes of the face. Polymorphism of its manifestations significantly complicates diagnosis and choice of the optimal method of treatment, due to topographic, anatomical and functional features of the structure of peripheral vegetative nervous system of the head.

Patients who suffer from ganglionitis often have worse oral hygiene. This is due to the presence of constant

pain in the teeth-jaw system that reduces quality of life and focuses attention on the pain, and motivation to improve dental health in these patients is missing.

The purpose of our study was to investigate the relationship status of oral hygiene, periodontal tissue and severity of pterygopalatine ganglionitis.

We examined 93 patients with pterygopalatine ganglionitis aged 30 to 74 years. The control group consisted of 20 healthy patients aged 40 to 60 years.

Nature of the pain attacks, its intensity, frequency and duration of occurrence, availability of the vegetative manifestation take into account at diagnosis. Objective criteria for diagnosis are: pain on palpation projection points out of cranial nerves, violations skin or mucosa sensitivity, positive symptom "skinfold".

We used visual analog scale to assess pain intensity.

The study of teeth, oral hygiene, periodontal tissues performed according to generally accepted scheme. To assess the hygienic condition the index Fedorov-Volodkina (1968) was used. The intensity of the inflammation of the tissues around the teeth evaluated using samples Schiller-Pisarev. The degree of damage of periodontal tissues was determined by papillary-marginally-alveolar index PMA by Parma (1960), periodontal index PI by Russel (1956).

We allocated degrees of severity of pterygopalatine ganglionitis: easy, medium, hard in dependence on the intensity of pain, presence the vegetative symptoms, changes in skin sensitivity.

CPR marked increase in the index, depending on the severity pterygopalatine ganglionitis that can explain the unreasonable removal of teeth with pain attacks.

Also found significant violations of hygiene indexes, depending on the degrees of severity of pterygopalatine ganglionitis.

Changes in periodontal tissues of patients indicate the presence of periodontal disease, and the severity of inflammatory changes amplified depending on the severity of the disease.

Keywords: pterygopalatine ganglionitis, oral hygiene, periodontal tissue condition.