

УДК 616.316.5:616.834.3

І.А. Колісник, П.І. Ткаченко

## ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НА КРИЛОПІДНЕБІННИЙ ГАНГЛІОНІТ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом комплексних тем „Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань” (номер державної реєстрації 0197U018550) і “Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки”, (номер державної реєстрації: 0105U004081).

**Вступ.** Нейростоматологічні синдроми протягом тривалого часу становлять собою важливу проблему практичної медицини. Захворювання вегетативних вузлів голови, за даними Є.С. Яворської [7], складають 75% випадків серед існуючих патологічних синдромів обличчя, з яких найчастіше зустрічається ураження крилопіднебінного вузла [2].

Клінічна картина вегетативних гангліонітів дуже поліморфна, що зумовлено топографо-анатомічними та функціональними особливостями периферичного відділу вегетативної нервової системи голови [3], а велике розмаїття симптоматичних проявів ускладнює діагностику та вибір раціонального методу лікування. Терапія проводиться в залежності від переважаючих тих чи інших ознак, а хворі перебувають під наглядом невропатологів, стоматологів, офтальмологів, оториноларингологів із різними діагнозами.

У клінічній картині крилопіднебінного гангліоніту (КПГ) поряд із больовими пароксизмами та яскравими вегетативними реакціями виникають зміни секреції слинних залоз, що клінічно проявляється слинотечею, або, навпаки, сухістю ротової порожнини.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення порушень секреторної функції привушних слинних залоз у хворих на крилопіднебінний гангліоніт для визначення шляхів її корекції.

**Об’єкт і методи дослідження.** Нами було

обстежено 62 чоловіки на КПГ у віці від 30 до 74 років. При встановленні діагнозу особливу увагу звертали на скарги пацієнтів щодо основного захворювання та супутньої соматичної патології, вивчаючи локалізацію та характер болю; частоту і тривалість больового пароксизму; інтенсивність болю, яку оцінювали за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ): на відріжку прямої лінії в 10 см хворий відмічає інтенсивність болю [1]; наявність вегетативних проявів: слино-, сльозотечі, ринореї, почервоніння шкіри, місцевого підвищення температури, набряку м’яких тканин; факторів, які провокують та полегшують біль. Об’єктивними критеріями діагностики крилопіднебінного гангліоніту в клініці стало виявлення болісності при пальпації точок виходу над- та 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 [5].

Сіалометрію проводили за методикою Т.Б. Андреевої натщесерце без стимуляції протягом 20 хв [4]. Для взяття секрету одночасно дренивали протоки обох привушних слинних залоз, використовуючи набір канюль різного діаметру з оливою. Було обстежено по 20 чоловік із легким та тяжким ступенем тяжкості КПГ та 22 чоловіки із середнім. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Отримані дані оброблені за допомогою варіаційно-статистичного аналізу. Достовірність відмінностей оцінювали за критерієм Стьюдента за допомогою редактора Microsoft Excel і визнавали їх достовірними при  $p < 0,05$ .

**Результати досліджень та їх обговорення.** Так як перебіг крилопіднебінного гангліоніту відрізняється за клінічними проявами і даними параклінічних методів досліджень, нами були виділені ступені тяжкості захворювання: легкий, середній, тяжкий [6].

Розподіл хворих за ступенем тяжкості проводили у залежності від розповсюдженості болю, його інтенсивності, тривалості та частоти виникнення.

Для легкого ступеню тяжкості характерно виникнення локалізованого болю незначної інтенсивності (до 4-5 балів за ВАШ), тривалістю до 30 хвилин та частотою нападів 1-3 рази на добу.

При середньому ступені тяжкості виникав біль інтенсивністю 5-7 балів, тривалістю від 30 хвилин до 1-2 годин та частотою пароксизмів 4-5 разів на добу, який поширювався на всю половину обличчя.

Для важкого перебігу характерний інтенсивний біль 8-10 балів, тривалістю від 2 годин і більше та частотою нападів від 4 до 6-10, який поширювався на всю половину обличчя, віддаючи в шию, плече, лопатку.

Сіалометрію проводили за методикою Т.Б. Андреевої натщесерце без стимуляції протягом 20 хв [4]. Для взяття секрету одночасно дренували протоки обох привушних слинних залоз, використовуючи набір канюль різного діаметру з оливою. Було обстежено по 20 чоловік із легким та важким ступенем тяжкості КПП та 22 чоловіки із середнім.

При обстеженні хворих звертало на себе увагу, що при легкому ступені тяжкості

КПП скарги на зміну секреції слинних залоз практично у всіх хворих були відсутні, при середньому - хворі відмічали слинотечу під час виникнення больового нападу, а при важкому ступені тяжкості виникала сухість ротової порожнини, що підтверджувалось даними сіалометричного дослідження.

Так, при легкому ступені тяжкості КПП було встановлено в обстежених хворих незначні кількісні порушення секреції на боці ураження: кількість секрету, що виділялася з привушної слинної залози здорового та ураженого боку недостовірно відрізнялася між собою та з показниками контрольної групи (у частини хворих може бути гіперсаливація) (табл.).

Середній ступінь тяжкості КПП супроводжувався порушенням секреторної функції привушних слинних залоз: кількість секрету на ураженому боці була більше кількості секрету здорового боку та кількості секрету контрольної групи в 1,3 рази (табл.).

Аналіз отриманих результатів сіалометрії у хворих з важким перебігом КПП виявив достовірне зниження секреції на боці ураження в 1,3 рази в порівнянні зі здоровим боком, що зумовлено, на наш погляд, ураженням структури вузла та порушенням його функцій (табл.).

Таблиця

**РЕЗУЛЬТАТИ СІАЛОМЕТРІЇ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НА КРИЛОПІДНЕБІННИЙ ГАНГЛІОНІТ (M±M)**

Кількість обстежень		Кількість секрету (мл)	
		Здоровий бік	Уражений бік
Хворі	легкий ступінь (n=20)	2,41±0,14	2,52±0,09
	середній ступінь (n=22)	2,42±0,32	3,28±0,18*#
	тяжкий ступінь (n=20)	2,40±0,21	1,82±0,14*#
Контроль (n=15)		2,43±0,12	

**Примітка:** 1. \* – достовірність різниці між показниками у хворих та контрольної групи (p<0,05); 2. # – достовірність різниці між показниками здорового та ураженого боку (p<0,05).

Враховуючи виявлені порушення, в комплексне лікування крилопіднебінного гангліоніту, окрім біологічно активних препаратів у хворих з важким ступенем тяжкості було включено галантамін по 20 крапель внутрішньо після їжі та електрофорез калію йодиду на ділянку привушної слинної залози з ураженого боку № 10 з метою стимуляції слиновиділення.

**Висновки.** Таким чином, стан секреції слинних залоз має взаємозв'язок із ступенем тяжкості КПП: при легкому ступені

тяжкості зміни були не достовірними, при середньому ступені виявлено достовірне підвищення секреції на боці ураження в 1,3 рази, а при важкому ступені – достовірне зниження секреції на боці ураження в 1,3 рази, що необхідно враховувати при проведенні лікувальних і профілактичних заходів у даної категорії хворих.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується вивчити віддалені результати лікування хворих на крилопіднебінний гангліоніт з урахуванням прове-

деної корекції секреторної функції привушних слинних залоз.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы /А.М. Вейн.: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 1991 – 622 с.
2. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейростоматологии. /В.Е.Гречко. – М.: Медицина, 1993. – 255 с.
3. Грицай Н.М. Нейростоматология /Н.М. Грицай, Н.О. Кобзиста. – К.: Здоров'я, 2001. – 144 с.
4. Ромачева И. Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез /И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин, В.В. Афанасьев, А.Н. Морозов. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
5. Судаков Ю.Н. Автономность болевого феномена при ганглионите крылонебного узла /Ю.Н. Судаков // Врачебное дело. – 1969. – № 5. – С. 80-84.
6. Ткаченко П.І Погляди на патогенез та клінічний перебіг крилопіднебінного гангліоніту /П.І. Ткаченко, І.А. Колісник, А.І. Панькевич, А.І. Швець //Новини стоматології. – 2007. – №2 (51). – С. 54-56.
7. Яворская Е.С. Диагностика, клиника и лечение вегетативных ганглионитов головы /Е.С. Яворская, Т.К. Бешарова, Л.Д. Оконская //Методические рекомендации. – К., 1988. – 19 с.

УДК 616.316.5:616.834.3

### ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ КРЫЛОНЕБНЫМ ГАНГЛИОНИТОМ

Колесник И.А., Ткаченко П.И.

**Резюме.** Статья посвящена изучению функциональной активности околоушных слюнных желез у больных крылонебным ганглионитом в зависимости от степени тяжести. Результаты сиалометрии показали, что состояние секреции слюнных желез имеет взаимосвязь со степенью тяжести крылонебного ганглионита: при легкой степени тяжести изменения были не достоверными, при средней степени выявлено достоверное повышение секреции на стороне поражения, а при тяжелой степени – достоверное снижение секреции, что необходимо учитывать при комплексном лечении этих больных.

**Ключевые слова:** крылонебный ганглионит, околоушные слюнные железы.

UDC 616.316.5:616.834.3

### FUNCTIONAL ACTIVITY of PAROTID SALIVARY GLANDS at PATIENTS with SPHENOPALATAL GANGLIONITIS

Kolesnik I.A, Tkachenko P.I.

**Summary.** The article is devoted the study of functional activity of parotid salivary glands at patients with sphenopalatal ganglionitis depending on the degree of weight. The results of sialometra showed that the state of secretion of salivary glands had intercommunication with the degree of weight of sphenopalatal ganglionitis: at the easy degree of weight of change were not reliable, at a middle degree the reliable increase of secretion is exposed on the side of defeat, and at a heavy degree is a reliable decline of secretion, that it is necessary to take into account these patients at complex treatment.

**Key words:** sphenopalatal ganglionitis, parotid salivary glands.

*Стаття надійшла 26.08.2009 р.*