



СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА І ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА КРИЛОПІДНЕБІННИЙ ГАНГЛІОНІТ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Вищий державний
навчальний заклад
України
«Українська медична
стоматологічна
академія»

*І.А. Колісник,
А.І. Панькевич*

Больові синдроми обличчя, до яких належить і крилопіднебінний гангліоніт (КПГ), займають особливе місце у стоматології і неврології. Клінічна картина вегетативних гангліонітів дуже поліморфна, що становить труднощі для діагностики цього захворювання і пов'язане із топографо-анатомічними особливостями будови периферичного відділу вегетативної

нервової системи (Грицай Н.М., Кобзиста Н.О., 2001).

КПГ поряд із яскравими вегетативними реакціями (почервоніння шкіри, кон'юнктиви, набряк м'яких тканин, слюзо- та слинотеча, ринорея) та досить вираженим больовим синдромом, що є основними клінічними проявами захворювання, спричиняє цілу низку змін у ротовій порожнині. Ці порушення безпосередньо можуть бути пов'язані зі зміною секреторної функції слинних залоз, і вони насамперед можуть впливати на стан гігієни ротової порожнини і тканин пародонта (Турбіна Л.Г., 2000). Тому метою нашого дослідження стало вивчення взаємозв'язку стану гігієни порожнини рота, тканин пародонта і ступеня тяжкості КПГ.

Ми обстежили 93 пацієнтів на КПГ віком від 30 до 74 років, (чоловіків – 51, жінок – 42). Легкий ступінь тяжкості КПГ був установлений у 22, середній – у 43 і тяжкий – у 28 хворих. Контрольну групу склали 20 осіб віком 40-60 років, які лікувалися на базі Полтавської обласної стоматологічної поліклініки з приводу карієсу.

Стан зубів, тканин пародонта, гігієни порожнини рота вивчали згідно з рекомендаціями Є.В.Боровського, П.А.Леуса з урахуванням положень ВООЗ „Стоматологічні обстеження” (Боровський Є.В., Леус П.А., 1977). Фіксуєючи зубну формулу, реєстрували індекс КПВ. Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота застосовували індекс гігієни, розроблений Ю.А.Федоровим і В.В.Володкіною (Федоров Ю.А., 1989). Інтенсивність поширення запалення в навкол зубних тканинах оцінювали за допомогою проби Шіллера-Писарева. Ступінь ушкодження тканин пародонта визначали за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА за Parma (Боровський Є.В., Леус П.А., 1977), пародонтального індексу ПІ за Russel (Федоров Ю.А., 1989).

На обстеженні хворих із легким ступенем тяжкості основні показники патології твердих тканин зуба (КПВ) склали $5,69 \pm 0,29$ при порівнянні з контрольною групою $4,15 \pm 0,18$. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – $2,09 \pm 0,12$ – незадовільний, при значенні контрольної групи хворих $1,32 \pm 0,09$. Проба Шіллера-Писарева негативна в 6 осіб, слабопозитивна в 14 хворих і позитивна у 2. Індекс РМА склав $1,45 \pm 0,05$ при показниках контрольної групи $0,9 \pm 0,06$, ПІ становив від 0,9 (легкий ступінь), до 3,9 (тяжкий ступінь захворювання).

У хворих середнього ступеня тяжкості КПВ склав $6,57 \pm 0,32$, ПІ за Федоровим-Володкіною – $2,14 \pm 0,18$ – незадовільний. Проба Шіллера-Писарева негативна в 3 осіб, слабопозитивна в 33 осіб і позитивна в 7 осіб. Індекс РМА склав $1,62 \pm 0,08$, ПІ – від 1,1 до 4,2.

За тяжкого перебігу КПГ КПВ становив $7,2 \pm 0,73$ при порівнянні з контрольною групою $4,15 \pm 0,07$. ПІ за Федоровим-Володкіною – $2,56 \pm 0,34$ при значенні контрольної групи $1,32 \pm 0,09$. Проба Шіллера-Писарева слабопозитивна в 17 осіб, позитивна в 11 осіб. Індекс РМА склав $1,75 \pm 0,07$ при показниках контрольної групи $0,9 \pm 0,06$, ПІ становив від 1,9 до 4,2.

Отже, крилопіднебінний гангліоніт залежно від ступеня тяжкості перебігу викликає стабільне погіршення стану гігієни ротової порожнини і тканин пародонта, які вимагають відповідної корекції шляхом проведення стоматологічних заходів.