© Горбаченко О. Б., Швець А. І., Половик О. Ю., Рожнов В. Г., Марченко В. Ю.

УДК 611. 714–071. 3+616. 833. 18–002–08

Горбаченко О. Б., Швець А. І., Половик О. Ю., Рожнов В. Г., Марченко В. Ю.

РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРЕПА ПРИ ВИБОРІ ЛІКУВАННЯ ГАНГЛІОНІТІВ ВУШНОГО ВУЗЛА

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

a_polovik@mail.ru

Дана робота є фрагментом НДР «Визначення закономірностей морфогенезу органів, тканин та судинно-нервових утворень організму в нормі, експерименті та під дією зовнішніх чинників. Морфо-експериментальне обґрунтування дії нових хірургічних шовних матеріалів при використанні їх в клінічній практиці», № державної реєстрації 0113U001024.

Вступ. Вегетативні парасимпатичні вузли голови, які розташовані за ходом гілок трійчастого нерва взагалі розглядаються як складні периферичні нервові центри, що пов'язані з центральною нервовою системою.

Вегетативним вузлам голови: крилопіднебінному, вушному, піднижньощелепному та під`язиковому належить важлива роль в забезпеченні іннервації слизових оболонок порожнин носа і рота, слинних залоз. В клінічних умовах зустрічаються запалення вегетативних вузлів голови, які носять назву гангліонітів [6], Варіант проходження в значній мірі залежить від особливостей його зв`язків з іншими вегетативними вузлами голови.

Це пов`язано з тим, що вегетативні гангліїї, нерви та сплетення розташовані на великій площі і функціонально пов`язані між собою та з верхнім шийним симпатичним вузлом [1, 3-5].

За умов, що у людей похилого віку дуже часто зустрічаються захворювання трійчастого нерва та вегетативних вузлів за його ходом, не уявляється можливим надання суттєвої допомоги без детального вивчення їх взаєморозташування.

Мета дослідження. Прослідкувати ефективність консервативних методів лікування та проведення блокади при гангліонітах щелепно-лицевої ділянки з урахуванням особливостей розташування вегетативних вузлів голови в залежності від форми черепа.

Об'єкт і методи дослідження. Об`єктами дослідження стали 20 хворих з вегетативними гангліонітами щелепно-лицевої ділянки. Так, з крилопіднебінним гангліонітом було 8 хворих, з гангліонітом вушного вузла – 7 і з гангліонітом під`язикового та під нижньощелепного вегетативних вузлів – 5. Вік хворих коливався від 40 до 72 років; період захворювання 1-10 років.

Для дослідження застосували загальноклінічні методи: скарги пацієнтів, анамнез захворювання, огляд, пальпацію, перкусію, визначення чутливості шкіри.

Як диференційну ознаку в діагностиці крилопіднебінного гангліоніту, використовували змазування слизової оболонки порожнини носа 10% р-ом лідокаїну під час больового нападу, що у випадку гангліоніту призводило до стихання болю. Діагностичною ознакою гангліоніту вушного вузла є припинення болю після введення 2% р-ну Лідокаїну попереду зовнішнього слухового отвору. Основною диференційною ознакою гангліоніту під`язикового та піднижньощелепного вузлів є виникнення больових пароксизмів від вживання великої кількості їжі за відсутності об`єктивних ознак конкрематозного сіалоденіту. При цьому під час больових нападів, які можуть тривати від 5 до 60 хв. у хворих виникає відчуття напруги і розпирання нижньої губи та язика, що супроводжується гіперсалівацією.

Також в даному дослідженні використовувалися спеціальні методи дослідження: рентгенографія, дистанційна інфрачервона термографія та ультразвукове дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. При гангліонітах вегетативних вузлів голови, біль частіше носить нападоподібний характер: напади спостерігалися протягом годин, а деколи тижнів. При цьому характерний був вихід больової хвилі за межі зон анатомічної іннервації гілок трійчастого нерва. З боку ураження вегетативного вузла голови часто відмічалися набряки м`яких тканин обличчя, слизової оболонки язика та порожнини рота. В ході проведеного дослідження характерною була наявність типових секреторних порушень: при ураженні крилопіднебінного

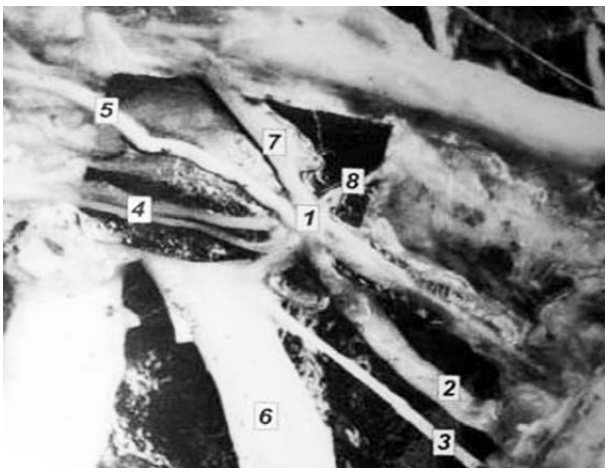

Рис. 1. Задньоверхнє положення вушного вегетативного вузла.
1 – вегетативний вушний вузол, 2 – гілка до вушно-скроневого нерва, 3 – гілка до щічного нерва, 4 – гілка до нерва-натягача піднебінну фіранку, 5 – гілка до барабанної струни, 6 – нижньощелепний нерв, 7 – гілка до малого кам'янистому нерва, 8 – гілка до крилопіднебінного вегетативного вузла.

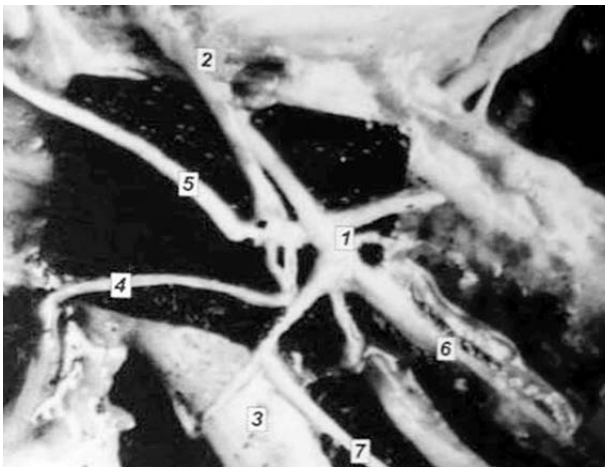

Рис. 2. Передньонижнє положення вушного вегетативного вузла.
1 – вушний вегетативний вузол, 2 – гілка до малого кам'янистому нерва, 3 – нижньощелепний нерв, 4 – гілка до нерва-натягача піднебінну фіранку, 5 – гілка до барабанної струни, 6 – гілка до вушно-скроневого нерва, 7 – гілка до щічного нерва.

вузла виникала сльозо-, слино-, ринотеча, а при ураженнях вушного вузла, під`язикового та піднижньощелепного – характерною була гіперсалівація.

Блокаду проводили у залежності від локалізації ганліоніту, типу будови черепа хворого та припустимого топографо-анатомічного вузла.

При лікуванні крило-піднебінного гангліоніту, найоптимальнішим є модифікований шлях підвиличнокрилопіднебінної анестезії у крилопіднебінній ямці за Вайсблатом, який був запропонований Рибалко Т. І. [4]. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки в гору або вниз на 10˚ , що зумовлено типом черепа хворого та розташуванням крилопіднебінного вузла в крилопіднебінній ямці. Згідно даних Рибалко Т. І. , у людей з брахіцефалічною формою черепа вузол розташовується ближче до задньої стінки однойменної ямки, тому більш точним є введення голки у верхніх її відділах. У осіб з доліхоцефалічною формою голови вузол розташовується ближче до передньої стінки, тому найбільш точним є введення голки у нижніх відділах крилопіднебінної ямки. Під час введення голки основним орієнтиром залишалася латеральна пластинка крилоподібного відростка клиноподібної кістки, а місцем уколу – серединна трагоорбітальна лінія.

Щодо вушного вегетативного вузла, то є два його положення відносно овального отвору і нижньощелепного нерва [1].

У осіб з брахіцефалічною формою голови і хемопрозопічною формою обличчя вушний вузол займає задньоверхнє положення (**рис. 1**), у доліхоцефалів з лептопрозопічною формою лиця він займає передньонижнє положення **(рис. 2**).

Тому, для максимально точного підведення голки до вушного вегетативного вузла підходить модифікація центральної анестезії нижньощелепного нерва за Вайсблатом у підскроневій ямці. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки вгору або вниз на 10˚ у залежності від будови черепа хворого та розташування вузла.

При ураженні під'язикового та піднижньощелепного вегетативних вузлів укол проводився на рівні останнього моляра під слизову оболонку під'язикової ділянки в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка, так як вузол розташований на латеральній поверхні під'язикової слинної залози над язиковим нервом [3].

При лікуванні гангліонітів з урахуванням типу будови черепа, ефективність була набагато вищою.

Висновок. Таким чином, ефективне раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного проведення блокади із урахуванням локалізації вегетативних вузлів, яка залежить від типу будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягнути кращого результату в лікуванні захворювань вегетативних вузлів голови.

Перспективи подальших досліджень. Планується провести дослідження у залежності від ефективності проведеного лікування від попередніх клінічних та морфологічних проявів гангліонтів.

Література

1. Горбаченко О. Б. Топографія зв'язки та структурна організація вушного вегетативного вузла у людей зрілого та похилого віку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.03.01 «Нормальна анатомія» / О. Б. Горбаченко. – Харків. 2004. – 21 с.
2. Грицай Н. М. Нейростоматологія / Н. М. Грицай, Н. О. Кобзиста. – К. : Здоров'я, 2001. – 144 с.
3. Половик О. Ю. Топографія, структура та зв'язки під'язикового вегетативного вузла у осіб похилого та старечого віку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. . мед. наук : спец. 14.03.01 «Нормальна анатомія» / О. Ю. Половик. – Харків, 2005. – 19 с.
4. Рожнов В. Г. Топографоанатомічні та гістологічні особливості будови піднижньощелепного вегетативного вузла у осіб похилого та старечого віку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.03.01 «Нормальна анатомія» / В. Г. Рожнов. – Харків, 1997. – 22 с.
5. Рыбалко Т. И. Различия во внешнем строении крылонебного узла у лиц зрелого и пожилого возвраста : автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук : спец. 14. 00. 02 «Анатомия человека» / Т. И. Рыбалко. – Харьков, 1992. – 20 с.
6. Яворская Е. С. Диагностика, клиника и лечение вегетативных ганглионитов головы / Е. С. Яворская //Методические рекомендации МЗ УССР. – Киев, 1988. – 117 с.

УДК 611. 714–071. 3+616. 833. 18–002–08

РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРЕПА ПРИ ВИБОРІ ЛІКУВАННЯ ГАНГЛІОНІТІВ ВУШНОГО ВУЗЛА

Горбаченко О. Б., Швець А. І., Половик О. Ю., Рожнов В. Г., Марченко В. Ю.

Резюме. За допомогою загальноклінічних та спеціальних методів діагностики проведено дослідження захворюваності на гангліоніти у щелепно – лицевій ділянці, визначена ефективність проведеного лікування гангліонтів з урахуванням особливостей розташування вузлів у залежності від типу будови черепа.

В результаті проведених досліджень виявлено, що раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного проведення блокади, із урахуванням локалізації вегетативних вузлів, що пов'язано з типом будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягти кращих результатів в лікуванні запалень вегетативних вузлів голови.

Ключові слова : діагностика, вегетативні вузли голови, гангліоніти.

УДК 611. 714–071. 3+616. 833. 18–002–08

РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГЛИОНІТОВ УШНОГО УЗЛА

Горбаченко О. Б., Швец А. И., Половик А. Ю., Рожнов В. Г., Марченко В. Ю.

Резюме. С помощью общеклинических и специальных методов диагностики проведено исследование заболеваемости ганглионитами в челюстно-лицевой области. Определена эффективность проведенного лечения ганглионитов с учетом особенностей расположения узлов в зависимости от формы черепа.

В результате проведенных исследований выявлено, что рациональное лечение ганглионитов зависит от правильно проведеной блокады, с учетом локализации вегетативных узлов в зависимости от типа строения черепа. Применение этой методики позволяет достичь лучших результатов в лечении заболеваний вегетативных узлов головы.

Ключевые слова: диагностика, вегетативные узлы головы, ганглиониты.

UDC 611. 714–071. 3+616. 833. 18–002–08

Role of Anthropometric Indexes of Skull at Choice of Otic Nod's Ganglionitis Treatment

Gorbachenko O. B., Shvez A. I., Polovyk O. Yu., Rozhnov V. G., Marchenko V. Yu.

Abstract. Autonomic ganglions of the head, i. e., sphenopalatine, otic, submandibular and sublingual, are crucial in providing of innervations of mucous membrane of nasal and oral cavities, salivary glands. In the clinical conditions inflammations of autonomic ganglions of the head, called ganglionitis, occur. Clinical course of inflammation greatly depends on specific features of topography of this or that ganglion and availability of its interactions with other autonomic ganglions of the head.

Disorders of the autonomic ganglions of the head account for 75 % of cases among existing pathological syndromes of the face. The clinical picture of autonomic ganglionitis is different. It is reasoned by the fact that autonomic ganglions, nerves and plexuses are located on the large area and functionally interconnected with each other and superior cervical sympathetic ganglion.

In ganglionitis of autonomic ganglions of the head the pain is often of the paroxysmal nature: attacks were observed during hours and sometimes even weeks. Specifically, the pain wave goes beyond the borders of areas of anatomical innervations of trigeminal nerve branches. The affection of autonomic ganglion of the head is often manifested by the edemas of facial soft tissues, mucous membrane of tongue and oral mucosa. The study revealed specific availability of typical secretory impairments: in affection of sphenopalatine ganglion lacrimation, drooling and rhinorrhea was observed and in affection of otic, submandibular and sublingual ganglions hypersalivation was typical.

The blockade was carried out according to the ganglionitis location, type of skull structure of the patient and probable topographic anatomical ganglion.

In treatment of sphenopalatine ganglion the most effective is the modified way of Vaisblat's infratemporal-sphenopalatine anaesthesia in sphenopalatine fossa. Modification consists in extra tilt of needle up or down by 10°, stipulating by the type of scull of a patient and location of sphenopalatine ganglion in sphenopalatine fossa. According to Rybalko T. I., in people with brachycephalic type of scull the ganglion is located closer to posterior wall of the fossa and, consequently, it is more precise to introduce the needle into the superior parts. In individuals with dolichocephalic shape of the head the ganglion is located closer to anterior wall; therefore it is more precise to introduce the needle into the inferior parts of sphenopalatine fossa. During the introduction of the needle the main focus was the lateral lamina of pterygoid process, and point of injection was the median tragoorbital line.

As for the otic autonomic ganglion, it has two locations relative to oval lumen and submabdibular nerve. In individuals with dolichocephalic shape of the head and chemoprosophilic face form, otic ganglion is of posterosuperior location; in dolichocephalic people with leptoprosophilic face form it is of anteroinferior location. Therefore, to introduce the needle with maximal precision to the otic autonomic ganglion, the modification of Vaisblat's central anaesthesia of mandibular nerve in infratemporal fossa should be applied. The modification consists in extra tilt of needle up or down by 10° according to the type of scull of a patient and ganglion location.

In affection of sublingual and submandibular autonomic ganglions the injection was made at the level of last molar under mucosa of sublingual area into the deepest part of mandibulolingual groove, as the ganglion is located on the lateral surface of sublingual salivary gland above the lingual nerve.

In treatment of ganglionitis the efficacy was higher when the type of scull shape was considered.

Consequently, the effective, rational treatment of ganglionitis depends on correct performance of blockade, taking into account the localization of autonomic ganglions according to the scull shape. Application of such technique benefits to achieving the better success in treatment of impairments of autonomic ganglions of the head.

Keywords: diagnostics, vegetative nods of head, ganglionitis.

Рецензент – проф. Шерстюк О. О.

Стаття надійшла 20. 03. 2015 р.