

7. Осложнения контактной уретеролитотрипсии / В.М. Попков, Р.Н. Фомкин, А.Н. Понукалин, Б.И. Блюмберг // Саратов. науч.-мед. журнал. – 2011. – Т.7, №2. – С.62–65.

8. Comparison of different methods of endoscopic ureterolithotripsy / A.Ts. Borzhievsky, A. Maicher, J. Sokolowski, J. Lorenz // 4th Congress of the central Euro-

pian Association of Urology. – Lodz., Poland, 2002. – S. 38–39.

9. Is stent placement necessary after uncomplicated ureteroscopy for removal of impacted ureteral stones? / I. Cevik, O. Dillioglugil, A. Akdas, Y. Siegel // J. Endourology. Endourological Society. – 2010. – Vol. 24, N 8. – P. 1263–1267.



УДК 616.311 : 616 – 071.4 : 616.8 – 009.613

**Є.Н. Дичко,
А.В. Вербицька,
С.О. Карнаух**

БОЛЬОВИЙ ТА ПАРЕСТЕТИЧНИЙ ФЕНОМЕН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра дитячої стоматології
(зав. – д. мед. н., проф. І.В. Ковач)*

Ключові слова: глосалгія,
глосодинія, патогенез,
класифікація

Key words: glossalgia, glossodynia,
pathogenesis, classification

Резюме. В теоретической и практической стоматологии, неврологии и психиатрии, существует неоднозначное отношение к нейростоматологическим патологическим процессам, в том числе к глоссалгии и глоссодинии. У больных возникают постоянные клинические признаки, преимущественно в полости рта в виде мучительной жгучих болей и парестезий языка. Однако, через короткое время больной погружается в целый набор невротических и психических признаков, ведущими из которых становятся подавленность настроения, снижение работоспособности, канцерофобия, нарушение сна, депрессия. Поэтому, все нейростоматологические заболевания ложно относят к тяжелым неврологическим заболеваниям, требующим специального лечебного подхода и продолжительного диспансерного наблюдения. Правильно составленный лечебно-профилактический комплекс позволяет получить достаточно высокую результативность – 60%-80%, вместе с тем сохраняется необходимость глубокого изучения природы глоссалгии и глоссодинии для проведения целенаправленного лечения. Обследовано 205 больных глоссалгией и глоссодинией в клиническом, параклиническом и лабораторном аспекте. Установлено, что в большинстве случаев заболевания возникает на фоне хронической соматической патологии в случае внезапного внешнего раздражения (как пускового механизма). Основными этиологическими факторами нейростоматологических патологических процессов следует считать хронические заболевания нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и пищеварительной системы, нередко – их сочетания. Однако, важное значение имеют и раздражения механического, химического или термического характера в полости рта. В патогенезе феномена подчеркнута роль нервных, вегетативных и сосудистых расстройств, особенно, на уровне микроциркуляции слизистой оболочки полости рта. Предлагается систематизировать глоссалгию, как симпатикотоническую, ваготоническую и смешанную.

Summary. In the theoretical and practical dentistry, neurology and psychiatry, there is ambivalence about neurodental pathological processes, including glossalgia and glossodynia. In these patients persistent clinical signs, mainly in the oral cavity in the form of excruciating burning pain and paresthesias of the tongue occur. However, after a short period of time patient

is immersed into a range of neurotic and psychiatric symptoms, main of them depressed mood, decreased work performance, cancerogenic phobia, insomnia, depression. Therefore, all neurodental diseases are falsely attributed to severe neurological disease that requires special medical approach and a long follow-up. A well-designed health care complex allows to obtain a high performance - 60% to 80%, however, there remains a need in profound study of the nature glossalgia and glossodynia for targeted treatment. The study involved 205 patients with glossalgia and glossodynia in clinical, para-clinical and laboratory aspects. It was found that in most cases there is presence of chronic somatic diseases in case of sudden external stimuli (like trigger). Chronic diseases of the nervous, cardiovascular, endocrine and digestive system, often - their combination should be considered as main etiological factors neurodental pathological processes. However, irritation of the mechanical, chemical and thermal nature of the oral cavity are important. In the pathogenesis of the phenomenon the role of nerve, autonomic and cardiovascular disorders, especially at the level of the microcirculation of the oral mucosa is underlined. It is proposed to systematize glossalgia as sympathicotonic, vagotonic and mixed.

Серед больових та парестетичних синдромів голови та обличчя глосалгія і глосодинія посідають провідне місце за частотою виникнення. За деякими відомостями, їх частота становить понад 30-40% від усіх уражень слизової оболонки порожнини рота [1, 5]. Пекучі парестезії з больовим компонентом, які виникають протягом денного часу кожного дня, посилюючись до вечора, спонукають до вкрай явного невротичного стану хворого, тому це захворювання спеціалісти зараховують до важкого неврологічного патологічного стану [2, 3, 4, 6]. Адаже в низці випадків, доведені до відчаю своїм станом здоров'я, де наявні депресія та суїцидальні думки, деякі особи укорочують собі віку шляхом самогубства. При цьому у більшості своїй вони страждають від безпідставної підозри на невиліковну хворобу інфекційного або онкологічного характеру. Слід зазначити, що порушення центральної, вегетативної нервової та ендокринної системи підтверджені відповідними дослідженнями [7, 8, 9], але увага хворої людини прикута до суб'єктивних відчуттів у порожнині рота, тому її хвилюють ознаки захворювання місцевого, а не загального порядку. Таким чином, природа нейростоматологічних патологічних процесів, якими є больовий та парестетичний феномен, досить складна і потребує поглибленого вивчення та аналізу. Це необхідно, перш за все, для більш результативних лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Тому метою дослідження стало уточнення етіології та патогенезу больового та парестетичного синдрому в СОПР шляхом проведення клінічного, параклінічного, лабораторного вивчення основних показників гомеостазу хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстеження проведено 205 хворим на глосалгію та глосодинію у віці від 40 до 73 років, серед яких чоловіків було 78, жінок – 127. Групу контролю склали 33 клінічно здорових особи адекватної статі та віку. Усі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні протягом трьох тижнів з проведенням лікувально-профілактичних заходів за протоколом нейростоматологічних захворювань та індивідуальних призначень відповідним лікарем-інтерністом. Хворі та здорові особи контрольної групи поглиблено обстежувались з використанням клінічних (суб'єктивних та об'єктивних), параклінічних (визначення смакової, дискримінаційної чутливості) та лабораторних (електрофізіологічних, біохімічних) способів за стандартними і загальновідомими методиками. Особлива увага приділялася оцінці стану судинної системи різних рівнів, зокрема мікроциркуляторного в басейні зовнішньої сонної артерії, рівня катехоламінової, холінергічної, ліпідної системи та балансу електролітів. Отримані дані слугували показниками збалансованості функції анімальної та вегетативної нервової системи у нейростоматологічних хворих. Цифрові дані оброблено за відповідною комп'ютерною програмою статистичного аналізу способом О.І. Сукманського.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи вірогідні причини виникнення больових та парестетичних проявів на СОПР за анамнестичними даними слід визнати, що у 22% хворих вони були екзогенними (механічні, хімічні, термічні чи електричні подразники в ротовій порожнині), у 34% - це загострення існуючих соматичних захворювань (нервової, судинної, ендокринної чи травної системи). Але 44%

хворих не змогли визначитись з такими чинниками.

У клініці глосалгії та глосодинії переважали відчуття пекучого болю з різними відтінками парестезій, нерідко значного ступеня, що нагадувало каузалгію в ділянці язика, щік, зів, губ, ясен. Значна кількість осіб скаржилась на сухість у ротовій порожнині. Характерно, що специфічні об'єктивні зміни в покривних тканинах були відсутні, за винятком деякого набряку та підвищеного нальоту на язичі.

Параклінічні показники у хворих мали ту особливість, що у більшості випадків знижувався поріг смакової (аж до спотворення) та дискримінаційної чутливості покривних тканин ротової порожнини.

Шляхом електрофізіологічних досліджень (капіляроскопії, термометрії та реовазографії) встановлено, що у хворих на глосалгію та глосодинію наявні три варіанти змін гемодинаміки в басейні зовнішньої сонної артерії. У переважній більшості випадків відзначався спастичний тип капілярного русла в ділянках обстеження, і значно менше – атонічний та нормотонічний (лише 10% спостережень). Це підтверджено реовазографією – майже 91% хворих мали гіпертонічний тип реограм, а у 9% осіб вони були гіпотонічними або дистонічними. До речі, у ділянках больових та парестетичних відчуттів температура була зниженою по відношенню до показників контрольної групи. Одночасно з цим встановлено, що хворі мали усі ознаки активації симпато-адреналової, а в деяких випадках і холін ергічної системи. При цьому за рівнем норадреналіну таких змін досягали 90% хворих, а за показниками 5-ОІОК – у 47%.

Ліпідний обмін у нейростоматологічних хворих мав свої особливості, адже майже 78% осіб мали показники гіперхолістеринемії та гіпербета-ліпопротеїдемії.

Встановлено також зниження активності калікреїн-кінінової системи у 82% хворих, що стосується регуляції гемодинаміки, особливо капілярного русла.

Майже 90% хворих на глосалгію та глосодинію мали розбалансованість співвідношення електролітів калію та натрію у зіставленні з особами контрольної групи як свідчення посилення функції симпатичної іннервації при цьому захворюванні.

Результати проведених досліджень дозволили розробити власну схему етіології, патогенезу та патогенетичну класифікацію нейростоматологічних захворювань.

Основними етіологічними чинниками нейростоматологічних захворювань, якими є глосалгія та глосодинія, слід визнати ендогенні або соматичні патологічні стани, серед яких переважають нервові, серцево-судинні, ендокринні та травні. На тлі таких хронічних змін в організмі формуються відповідні умови для виникнення складного механізму розвитку цього феномену. Але певним чином на появу больового та парестетичного синдрому СОПР впливають і екзогенні (місцеві) чинники – подразнення покривних тканин ротової порожнини (харчові продукти, гострі краї зубів чи зубних протезів, різні метали в протезах, операція видалення зруйнованих зубів тощо). Суттєве значення має і раптовий стрес побутового чи виробничого характеру. Але такі явища слід розцінювати як пусковий механізм раптової появи болю чи парестезії в СОПР за умов наявності відповідної готовності організму при соматичних хворобах. Разом з тим, як хворі, так і деякі лікарі помилково вважають місцеві чинники за єдині та провідні у виникненні цього феномену. І це призводить до тривалого проведення нераціонального лікування.

У патогенезі нейростоматологічних патологічних процесів чітко визначаються такі моменти: при наявності хронічних захворювань соматичних органів та систем патологічні аферентні імпульси ірритативної природи по симпатичному стовбуру потрапляють у вегетативно-ретикулярні структури мозку, потім іррадіюють у гіпоталамо-лімбічні утворення та кору обох півкуль. З цих структур через вегетативні вузли щелепно-лицьової ділянки та навколосудинні симпатичні утворення надходять сигнали в ефекторні органи (покривні тканини порожнини рота, обличчя, слинні залози), в основному через еферентні шляхи симпатичної іннервації. Така тривала імпульсація тримає в напрузі вегетативно-ретикулярні структури, через що виникає дезінтеграція над- та сегментарних вегетативних утворень. Наслідком цього стає ірритация симпато-адреналової та серотонінової системи, посилення обміну ліпідів, пригнічення калікреїн-кінінової системи, ферментної та електролітної діяльності, що забезпечують гомеостаз організму хворого. У результаті спостерігається зміна рівноваги фізіологічно активних речовин (катехоламінів, серотоніну, ліпідів, ферментів), порушується взаємодія гормональних та медіаторних ланок з відповідними судинними реакціями (у більшості шляхом вазоспазму), зміною мікроциркуляції і метаболізму в тканинах та клітинах (покриви ротової порожнини

та обличчя). Виникаюча у зв'язку з цим ішемія супроводжується гіпоксією, дистрофією, патологією чутливості та больовим і парестетичним феноменом. Надмірне накопичення продуктів метаболізму в цих тканинах подразнює тонкі аферентні волокна Аβ і С, що є «рецепторами» больових сигналів, а їх синхронні та генеровані залпи викликають стійке збудження коркових больових аналізаторів. При цьому можлива реперкусія болу навіть у віддалені органи.

На ґрунті подібних уявлень больового та парестетичного феномену логічно визначити таку його класифікацію:

1. Симпатотонічна форма.
2. Ваготонічна форма.
3. Змішана форма.

Така патогенетична систематика дозволяє обґрунтувати комплексне лікування патогенетичного спрямування.

ВИСНОВКИ

1. Больовий та парестетичний феномен СОПР має складну природу виникнення та розвитку,

яка потребує глибокого дослідження, враховуючи значну тяжкість клінічних проявів.

2. Необхідно враховувати, що в етіології такого феномену є цілий набір соматичної патології нервової, серцево-судинної, ендокринної, травної системи (ендогенний) та зовнішніх подразнень (екзогенний), що відіграють роль пускового механізму.

3. Необхідною умовою патогенезу больового та парестетичного феномену є виникнення таких ланок цього ланцюга як судинна (в більшості випадків вазоспазм) та гіпоксична в мікроциркуляторному руслі покривних тканин СОПР.

4. За таких умов формуються три форми вегето-судинних розладів, тому феномен необхідно систематизувати як симпатотонічний, ваготонічний та змішаний з відповідною комплексною корекцією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дычко Е.Н. Глоссалгия (аспекты патогенеза и лечения): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.0 1.22 «Стоматология» / Е.Н. Дычко. – М., 1982. – 39с.
2. Дычко Е.Н. Значение калликреин-кининовой системы в патогенезе глоссалгии / Е.Н. Дычко, И.В. Ковач, И.А. Романюта // Медичні перспективи. – 2012. – № 1. – С. 110-113.
3. Дичко Є.Н. Особливості церебральної гемодинаміки при глосалгії та глосодинії / Є.Н. Дичко, Ю.В. Хотімська, І.А. Романюта // Медичні перспективи. – 2012. – № 3. – С. 128-130.
4. Дычко Е.Н. Психоземotionalное состояние у больных с глоссалгией / Е.Н. Дычко, П.Л. Срибник, А.В. Штомпель // Актуальні питання медицини. – Д., 2012. – С. 37-38.
5. Дычко Е.Н. Роль метаболизма липидов и катехоламинов в патогенезе глоссалгии / Е.Н. Дычко, И.В.

Ковач, П.Л. Срибник // Укр. стоматол. альманах. – 2009. – № 2. – С. 54-55.

6. Дычко Е.Н. Уровень качества жизни у больных глоссалгией / Е.Н. Дычко, И.В. Ковач, А.В. Самойленко // Укр. стоматол. альманах. – 2011. – № 2. – С. 22-24.

7. Сукманский О.И. К вопросу о нервнотрофических процессах в полости рта : авторефер. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.03.03 «Патологическая физиология» / О.И. Сукманский. – Одесса, 1958. – 23с.

8. Selving K.A. Periodontal Wound healing and regeneration / K.A.Selving // Periodontology. – 1999. – P. 21-39.

9. Van Winkelhoff A.I. Systemic antibiotic therapy in periodontitis / A.I. Van Winkelhoff, I. Ramas, J. Slots // Periodontal. – 2000. – Vol. 10. – P.45-78.

