

КОРЕКЦІЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ГЛОСАЛГІЇ

Є.Н. Дичко, І.В.Ковач, Ю.В. Хотімська, О.Г. Гапоненко

ДЗ « Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Резюме

Проведено обстеження 201 хворого з глоссалгією в віці від 31 до 75 років, більшість з яких були жінки (72%) з типовими нейростоматологічними ознаками. З допомогою модифікованого ВОХ встановлено, що у хворих має місце психастенія трьох ступенів вираженості: помірна, депресивна та суїцидально небезпечна. Рекомендовано лікувально – профілактичний комплекс для осіб з глоссалгією та глоссодинією включати корегувальну психотерапію, релаксацію та інші сугестивні прийоми на тлі використання м'яких психо – і нейротропних засобів з індивідуальним дозуванням і терміном реабілітації.

Ключевые слова: больные, глоссалгия и глоссодиния, психастения, лекарственная коррекция.

Резюме

Обстежено 201 хворого на глосалгію у віці від 31 до 75 років, більшість яких були жінки (72%) з типовими нейростоматологічними ознаками. За допомогою модифікованого ВОХ встановлено, що у хворих мала місце психастенія трьох ступенів вираженості: помірна, депресивна та суїцидально небезпечна. Рекомендовується лікувально – профілактичний комплекс для осіб із глосалгією та глоссодинією включати корегувальну психотерапію, релаксацію та інші сугестивні прийоми на тлі використання м'яких психо – і нейротропних засобів з індивідуальним дозуванням і терміном реабілітації.

Ключові слова: хворі, глосалгія і глосодинія, психастенія, медикаментозна корекція.

Summary

The examination of 201 patients with glossalgia aged from 31 to 75, 72% of them were women with typical neurodental characteristics, was carried out. By means of modified VOB it was determined that the patients had pshychasthenia of three intensity degrees: moderate, depressive and suicidal-dangerous. It is recommended to include into medical and preventive complex for the persons with glossalgia and glossodynia some corrective psychotherapy, relaxation and other suggestive methods along with the application of soft psychotropic and neurotropic medicines with individual dosing at terms of rehabilitation period.

Key words: patients, glossalgia and glossodynia, pshychasthenia, medicine correction.

Література

1. Дичко Є.Н. Етіологія та патогенез глосалгії / Є. Н. Дичко, І. В Ковач // Вісник стоматології. – 2008. - № 1. – С.27 – 29.
2. Гречко В. Е. Основные направления научных исследований в области нейростоматологии / В. Е. Гречко // Неврология. – М., 1979. – 127, вып.8. – С. 52 – 54.
3. Смирнов В. А. Заболевания нервной системы лица / В. А. Смирнов. – М., 1976. – 239 с.
4. Дичко Є. Н. Обґрунтування лікувальної корекції глосалгії / Є. Н. Дичко, І. В. Ковач // Вісник стоматології. – 2008. - № 2. – С. 24-26.
5. Ерохина Л. Г. Лицевые боли / Л.Г. Ерохина. – М., 1973. – 175 с.
6. Роль метаболизма липидов и катехоламинов в патогенезе глоссалгии / [Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, В. А. Вовк, П. Л. Срибник] // Український стоматологічний альманах. – 2009. - № 2. – С. 54 – 56.

7. Метаболізм електролітів при глоссалгії / [Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко, И. А. Романюта] // Український стоматологічний альманах. – 2010. - № 2, т. 1. – С. 23 – 25.
8. Показатели активности калликреин – кининовой системы при глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко [и др.] // Український стоматологічний альманах. – 2010. - № 1. – С. 3 – 4.
9. Оценка характера слюноотделения при глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко [и др.] // Український стоматологічний альманах. – 2010. - № 6. – С. 8 – 10.
10. Характеристика стану гемодинаміки та чутливості при глосалгії / Є. Н. Дычко, І. В. Ковач, А. В. Самойленко [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2009. - № 6. – С. 15 – 16.
11. Уровень качества жизни у больных с глоссалгией / [Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко, И. А. Романюта] // Український стоматологічний альманах. – 2011. - № 2. – С. 22 – 24.
12. Тазбаш И. Е. Комплексное лечение глоссалгии / И. Е. Тазбаш, Е. Н. Дычко // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2001. - № 2 – 3 (4). – С. 173 – 174.
13. Cawson R. A. Essential of oral pathology and oral medicine / R. A. Cawson, E. W. Odell. – Churchill Livingstone, 1998. – 372 p.
14. Cebra J. S. Handbook of Mucosal immunity / J. S. Cebra, K. E. Shroff. – San Diego, 1994. – P. 151 – 158.
15. John N. R. Clinical Infection Diseases / N. R. John, I. Thomas, I. Walsh. – 2000. – P. 662 – 673.

Значна поширеність нейростоматологічних патологічних станів серед осіб із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР) ставить клінічну стоматологію в умови обов'язкового врахування специфіки цього складного процесу [1, 2, 3, 4]. За

визнанням фахівців, усі нейростоматологічні захворювання, в тому числі глосалгія і глосодинія, належать до тяжких нейропсихічних станів. Це не тільки накладає значну відповідальність на нейростоматолога, невролога чи психіатра за результативність усунення симптомів захворювання в порожнині рота, але й значною мірою - за нормалізацію загального здоров'я хворого і поліпшення психічної та нервової діяльності [5, 6, 7, 8, 9]. Адже для психоневролога є очевидним, що пекучий біль із різними його відтінками в язиці та інших ділянках слизової оболонки порожнини рота (глосалгія) або різного роду парестетичні відчуття (глосодинія) виникають за типом психогенії при істеричних станах із відвертою астенизацією нервової системи. Звідси прояви явної чи прихованої психічної депресії внаслідок психічної напруженості [10, 12, 13]. Дуже часто сенсорний феномен язика супроводжується болями навіть з ознаками каузалгії, що посилюється внаслідок хвилювання і порушень сну. Унаслідок такого глибокого і важкого розбалансування нервової та психічної діяльності в осіб, які хворіють на глосалгію та глосодинію, досить відчутно знижується якість життя [11, 14, 15], особливо за рахунок розладу в психічній сфері та соціальних відносинах. Стає зрозумілим, що без відповідної корекції нервового і психічного стану хворих неможливо досягти стійкого і високого лікувального ефекту. На думку фахівців, нормалізація бадьорого настрою, впевненості, відчуття комфорту і перспективності життя, творчого підходу до виконання професійних і побутових завдань є дуже важливою складовою комплексної корекції психонервового стану хворих на глосалгію в складній схемі реабілітації. На жаль, є відомі труднощі з поглибленого і всебічного обстеження таких хворих з оцінкою психічної та нервової діяльності осіб, у край необхідної для отримання надійного лікувального ефекту.

Тому з метою визначення самопочуття і власного психоемоційного стану осіб, хворих на глосалгію і глосодинію, досліджені ступені психастенії для розробки і відповідної комплексної корекції в реабілітаційній системі.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 201 хворого на глосалгію і глосодинію і 32 здорових осіб відповідного віку і статі. Хворі були віком від 31 до 75 років, більшість - жінки (72%). Скарги хворих були типовими для цих нейростоматологічних захворювань і зводилися до відчуття пекучого болю і парестезій у язиці та інших ділянках СОПР удень, що відволікало увагу від професійних чи побутових обов'язків та призводило до пригніченого загального настрою аж до депресивного стану. Візуальні зміни слизової оболонки ротової порожнини засвідчували наявність деяких ознак набряку, гіпертрофії ниткоподібних сосочків, складчастості, десквамації поверхні язика без специфічних елементів враження. У більшості осіб виявлена гіпосалівація, а дуже рідко – гіперсалівація. Шляхом клінічних, параклінічних і лабораторних досліджень за участі лікарів – інтерністів установлені фонові соматичні захворювання: нервової та травної (біля 90%), серцево – судинної (біля 80%) систем, нерідко поєднані.

За ступенем інтенсивності сенсорного феномена хворі на глосалгію і глосодинію розподілені на 3 групи : інтенсивний (40%), помірний (35%), легкий (25%); а за терміном захворювання – до одного року (45%), у межах одного – трьох років (35%) і понад три роки (20%) осіб.

З метою характеристики психоемоційного стану проведене анкетування всіх хворих із використанням модифікованого Вітебського опитувальника хворих (ВОР), у якому після відповідного пояснення й інструктажу кожна особа шляхом самоаналізу двічі (перед лікуванням і після нього) давала оцінку фізичного самопочуття, психоемоційної сфери, рівня незалежності, соціальних відношень.

Анкета була розширена для самооцінки питомої ваги власних нав'язливих думок про свою хворобу в ротовій порожнині протягом денного часу як ознаки психастенічного стану. При цьому пропонувалося встановити в себе три можливі ступені нав'язливих думок про «невиліковність» хвороби: легкий (помірний), середньотяжкий (депресивний) і тяжкий (суїцидально небезпечний).

Окрім того, кожному хворому була надана оцінка його стану адаптаційно – пристосувальної системи шляхом вивчення рівня добової екскреції з сечею гормонів катехоламінів – їх попередників та метаболітів: ДОФА, дофаміну, норадреналіну, адреналіну і ВМК у добовому ритмі (чотири порції) за допомогою флуорометричного методу на флуорометрі « БІАН – 130 ».

Усі хворі на глосалгію отримували протягом 3 – 4 тижнів комплексне лікування з урахуванням призначень відповідного лікаря – інтерніста. В основу психо – і нейротропної корекції для цієї категорії хворих були покладені прийоми сугестивної терапії, релаксації за Кляйном і Клейнзорге, психотерапії та вживання м'яких седативних і нейротропних препаратів. В основі реабілітаційних заходів – вимоги до комфортних, спокійних та оптимістичних умов як у домашніх, так і службових обставинах. Реабілітація хворих вимагала індивідуального підходу і тривала до рівня твердого і надійного, об'єктивного і критичного ставлення особи до свого хворобливого стану.

Результати та їх обговорення. За результатами запланованого і поглибленого обстеження хворих на глосалгію і глосодинію з використанням модифікованого ВОХ отримані досить несподівані дані, які мають наочне відображення в діаграмах (мал. 1, 2). Як встановлено в процесі первинного дослідження психоемоційного стану при сенсорному феномені, всі обстежені умовно розподіляються на три групи : 1 – з легким ступенем психастенії (помірний), 2 – із середньотяжким (депресивний),

3 – із тяжким ступенем (суїцидально небезпечний). Так, за першого ступеня психастенії в середньому нав'язливі думки про свою мовби « невиліковну » хворобу в ротовій порожнині виникають доволі рідко і лише протягом 50% денного часу, що не вкрай негативно відбивається на професійній і побутовій діяльності хворого. Разом із тим, 25% терміну бадьорості ці думки виникають уже епізодично, а 25% терміну - навіть постійно, найбільш помітно в переднічний період доби. Отже, хворі з легким ступенем психастенії відносно спокійно оцінюють своє захворювання на сенсорний феномен у порожнині рота, що створює сприятливу ситуацію для перспективи успішного лікування. За другого ступеня психастенії постійні нав'язливі думки про неминучість загрози життю від уявного онкологічного стану супроводжують уже 50% денного часу, що практично всіх осіб уводить у депресивний стан. І цей ступінь складніший для лікування хворої особи. Нарешті, третій ступінь тяжкості глосалгії та глосодинії займає 75% часу з нав'язливими думками про неможливістьвилікування і загрозу життю, що справедливо слід вважати як суїцидально небезпечний. Ця категорія хворих на парестетично – больовий феномен складає значну небезпеку у зв'язку з крайніми проявами депресії у вигляді суїцидальних думок, що можуть бути реалізовані в будь – який момент.

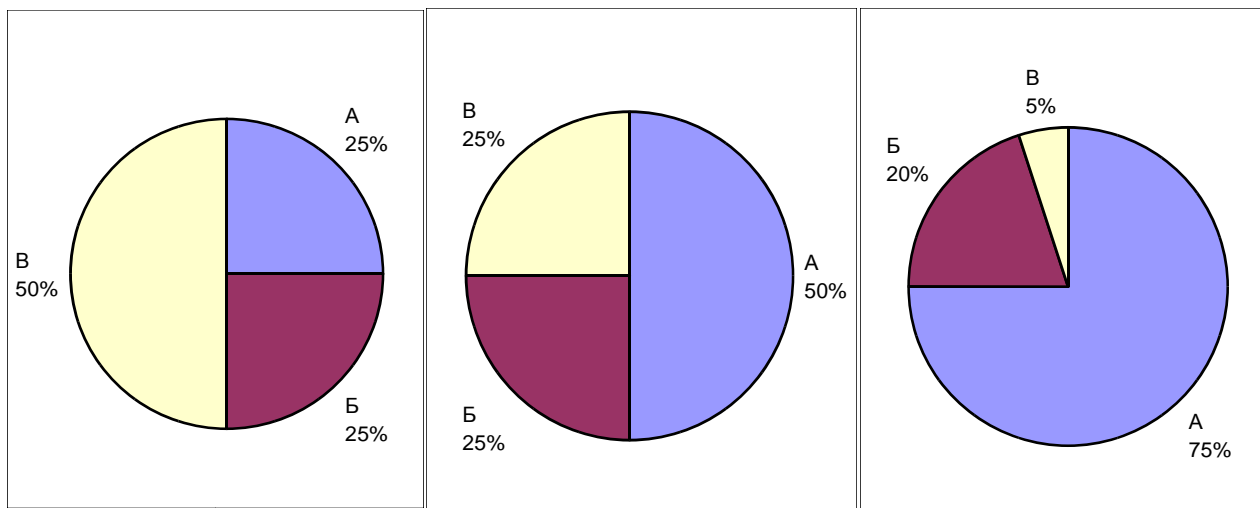
Але слід зазначити, що доцільно побудований і виконаний комплексний лікувально – профілактичний план заходів з урахуванням усіх індивідуальних обставин має свої позитивні наслідки не тільки за результативністю терапії глосалгії та глосодинії, але, що дуже важливо, за нормалізацією якості життя хворих через відновлення збалансованого психоемоційного стану (мал. 3, 4). Це має відношення до кожного ступеня психастенії, але найсприятливіше для легкого.

Цікаво, що при зіставленні результатів виявлення характеру порушень у психічній сфері хворих на парестетично – больовий

синдром у ротовій порожнині через оцінку психоемоційного стану та екскреції гормонів катехоламінової системи з сечею в порціях добового ритму виявлені деякі маловідомі особливості. Так, стає зрозумілим, що при цьому захворюванні виникає порушення в гормональних та медіаторних ланках за участі ферментів і фізіологічно активних речовин адреналової системи як основної адаптаційно – пристосувальної системи організму. Подібні явища супроводжуються не тільки порушеннями мікроциркуляції в мішенях больового феномена в слизовій оболонці порожнини рота, але й загальними ознаками вегеталгії – дифузністю неприємних відчуттів, емоційним збудженням чи депресією, фобіями, страхом невизначеності та неминучого смертельного фіналу в короткі терміни.

Висновки

1. Глосалгія і глосодинія є складним парестетично – больовим феноменом із відвертими сенсорними ознаками та суттєвими порушеннями в психоемоційній сфері осіб.
2. Шляхом систематизації ознак психоемоційних порушень слід визначити три клінічні форми психастенії в таких хворих: помірну, депресивну, суїцидально небезпечну.
3. При складанні лікувально – профілактичного комплексу для хворих на глосалгію і глосодинію слід ураховувати конкретно визначений психоемоційний стан і форму психастенії.
4. Доцільно використовувати психо – і нейротропні засоби м'якої дії на тлі корегуючої психотерапії, сугестивних і релаксаційних заходів у системі реабілітації хворих.
5. Одужання і значне покращення стану нейростоматологічних хворих супроводжується суттєвим покращенням у психоемоційній сфері та якості життя цих осіб.



1

2

3

Рис. 1. Якість життя при глосалгії до лікування (в %):

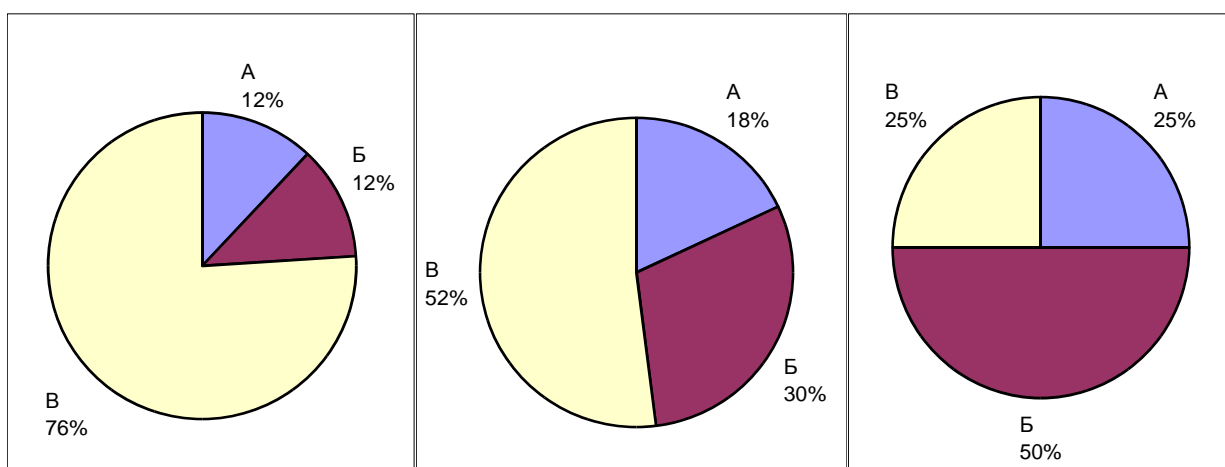
1. Помірна психастенія;
2. Депресивна;
3. Суїцидально небезпечна;

% думок про хворобу протягом дня:

A — постійно;

Б — епізодично;

В - рідко



1

2

3

Рис. 2. Якість життя при глосалгії після лікування (в %):

1. Помірна психастенія;
2. Депресивна;
3. Суїцидально небезпечна;

% думок про хворобу протягом дня:

А — постійно;

Б — епізодично;

В — рідко

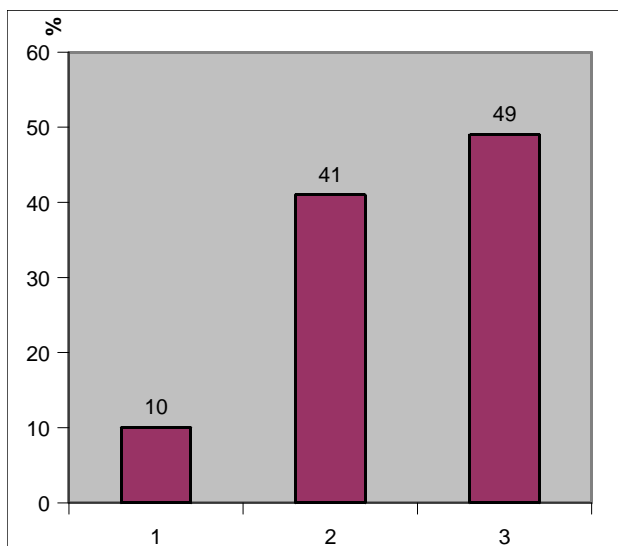


Рис. 3. Хворі на глосалгію за ступенем тяжкості психастенії до лікування (в %):

1. Помірна;
2. Депресивна;
3. Суїцидально небезпечна

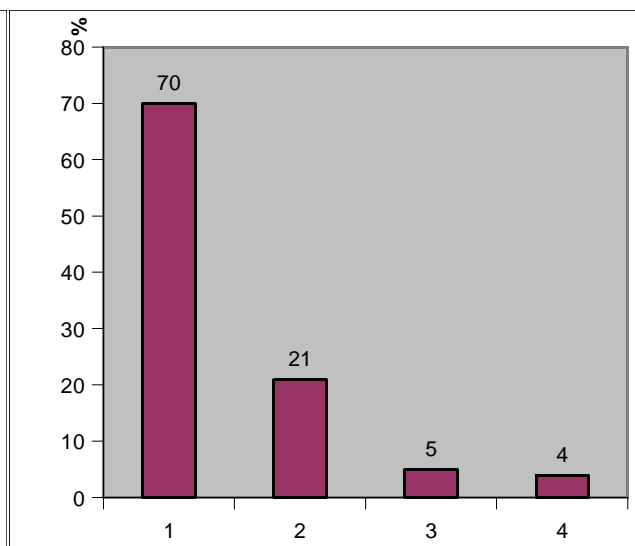


Рис. 4. Хворі на глосалгію за ступенем тяжкості психастенії після лікування (в %):

1. Одужання;
2. Помірна;
3. Депресивна;
4. Суїцидально небезпечна