

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПЕКУЧОСТІ ПОРОЖНИНИ РОТА

Е. Д. Діасамідзе

Харківська медична академія післядипломної освіти

Стоматологічний центр ХМАПО

Резюме

Статья посвящена изучению возможности контроля интенсивности болевого синдрома с применением немедикаментозного метода лечения у больных с синдромом жжения полости рта.

Ключевые слова: болевая чувствительность, рефлексотерапия, синдром жжения полости рта.

Summary

The article is devoted to study of possibilities of pain intensity control by using non-medecamentous treatment in patients who have burning sensation syndrome of oral cavity.

Key words: pain sensitivity, reflexology, burning sensation in oral cavity.

Література

1. Банченко Г. В. Язык - «зеркало» организма / Г. В. Банченко, Ю. М. Максимовский, В. М. Гринин. – М.: Изд-во ЗАО «Бизнес-центр «Стоматология», 2000. – 408 с.
2. Скуридин П. И. Психоземональные нарушения и личностные характеристики больных с синдромом жжения полости рта / П. И. Скуридин, М. Н. Пузин, М. В. Голубев // Клиническая неврология. – 2010. – № 2. – С. 26 – 28.
3. Пузин М. Н. Нейростоматологические заболевания / М. Н. Пузин. – М.: Медицина, 1997 – 368 с.

4. Вейн А. М. Применение условной негативной волны в неврологии и психиатрии / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, А. Б. Данилов //Журнал неврологии и психиатрии. – 1995. – С. 99 – 103.

5. Гараева А. Г. Клинические аспекты синдрома жжения полости рта в стоматологической практике: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. Г. Гараева. – М., 2003. – 23 с.

6. Якупов Р. А. Методы лазерной рефлексотерапии: [учебн. пособ. для врачей] / Р. А. Якупов, Г. И. Сафиуллина. – Казань, 2004. – 28 с.

7. Борисова Э. Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях: [монография] / Э. Г. Борисова. – Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2011. – 128 с.

8. Проблемы физической медицины: [межрегион. сб. науч. работ с междунар. уч.] ; под общ. ред. проф. Г. Е. Брилля. – Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2011. – 332 с.

9. Грицук С. Ф. Анестезия в стоматологии / С. Ф. Грицук. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1998. – 304 с.

Актуальність проблеми

Пекучі больові відчуття в порожнині рота відчують від 14 до 26% дорослого населення. Відомо багато причин, які можуть призвести до поширених або локалізованих больових відчуттів у слизовій порожнині рота. Серед них - ксеростомія, поверхневі кандидози, дефіцити поживних речовин, ендокринопатії та анемії, місцеві подразнювальні чинники - гострі краї зубів, дефекти протезів, явища гальванізму за наявності різнорідних металів).

У розвитку цього захворювання важливу роль відіграють патології шлунково-кишкового тракту, великого значення дослідники надають алергічному аспекту і периферичній нейропатії, стресорним впливам [1,2].

Однак у більшості випадків ніякої органічної основи для скарг не виявляють. У такому разі стан позначають як синдром пекучості порожнини рота (СППР). Крім СППР, є велика кількість термінів (понад десять), що позначають такі страждання. Найбільш уживані: глосалгія, глосодинія і стомалгія [3].

Досі відсутня єдина патогенетична концепція СППР. Деякі автори знаходять при цій патології пригнічення симпатико-адреналінової системи, інші наводять дані, що свідчать про підвищення тонуусу симпатичного відділу нервової системи, рідше парасимпатичного чи обох відділів. Найбільш популярне уявлення, що розглядає пекучість у порожнині рота як прояв проблем центральної нервової системи, таких як депресія чи інші психічні розлади [4].

СППР найпоширеніший у осіб жіночої статі в середньому віці в період гормональних перебудов. За даними різних авторів, ця патологія в жінок зустрічається в 7 разів частіше, ніж у чоловіків.

Синдром пекучості порожнини рота (СППР) - захворювання, що має зазвичай тривалий хронічний перебіг. Основний клінічний прояв - гострий, нападopodobний біль пекучого характеру в ділянці язика, який супроводжується парестезіями в ділянці обличчя (ніс, губи), язика і глотки, без структурних змін у слизовій порожнині рота. Частіше бувають больові та температурні парестезії, рідше - змішані. Як правило, частіше спостерігається язиковий варіант синдрому, коли парестезії первинно виникають у ділянці передніх двох третин язика (56,9%). Нерідко виявляють гортанно-глотковий (12,6%) і верхньощелепний (5,9%) варіанти СППР. Парестезії мають постійний або періодичний характер, частіше симетричний. Спочатку парестезії виникають на слизовій порожнині рота у вигляді невеликої плями, потім «розливаються» по площі [5].

Незважаючи на широке висвітлення в літературі відомостей про це захворювання, проблема лікування СППР не втрачає своєї актуальності.

Застосовувані лікарські методи терапії СППР мають короткочасну дію, часто недостатньо ефективні, мають багато протипоказань, а тривале лікування цієї категорії хворих нерідко призводить до значних ускладнень. Дуже тривалий перебіг захворювання часто призводить до особистісної дезорганізації хворих середнього і похилого віку, робить цю проблему не лише медичною, а й соціальною.

Протибольовим ефектом і загальносистемним характером впливу, за даними низки дослідників, володіє лазеротерапія, яка покращує мікроциркуляцію, окислювально-відновні процеси, активізує ферментативні реакції.

Однак аналіз даних літератури щодо лазеротерапії свідчить про явну недостатність її застосування в лікуванні та реабілітації хворих із СППР [6,7,8].

Зростання питомої ваги і тяжкості ускладнень, пов'язаних із медикаментозною терапією болю, визначає підвищений інтерес до немедикаментозних методів корекції больового синдрому та психоемоційних реакцій, розширення арсеналу альтернативних методів знеболювання в стоматології [9].

Тому актуальний пошук немедикаментозних засобів, економічно вигідних і доступних багатьом верствам населення. Потрібно визнати, що, незважаючи на певні досягнення в діагностиці та лікуванні СППР, розробка і вдосконалення програм діагностики та лікування при цій патології досі залишаються гострою проблемою сучасної стоматології та неврології.

Застосовувана нами аурикулярна мікроголкутерапія забезпечила виражений терапевтичний ефект як щодо інтенсивності больових відчуттів, так і психічних змін.

Метою дослідження було вивчення можливості контролю інтенсивності больового синдрому із застосуванням впливу аурикулярної мікроголкутерапії у хворих із СППР.

Матеріал і методи

Для вирішення поставлених завдань ми провели клініко-фізіологічні дослідження 73 пацієнтів із синдромом пекучості порожнини рота.

Середній вік обстежених склав $57,4 \pm 3,6$ років. Тривалість захворювання коливалася від 2 до 6 років. Чоловіків було 17 осіб (23,3%), жінок - 56 осіб (76,7%).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і статтю

Стать	Вік, років						Усього
	30 - 39		40 - 45		понад 45		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Чоловіки	4	5,5	4	5,5	9	12,3	17
Жінки	8	11	16	21,9	32	43,8	56
Усього	12	16,5	15	27,4	22	56,1	73

Таблиця 2

Розподіл хворих за тривалістю хвороби

Середня тривалість хвороби	Кількість хворих	
	абс.	%
2,4 ± 0,3	13	17,8
4,2 ± 0,5	32	43,8
6,0 ± 0,4	28	38,4

До синдрому пекучості порожнини рота ми відносили ті випадки функціональних порушень, де провідним або вичерпним для клінічної картини захворювання були синдром пекучості в порожнині рота («язиковий варіант») і больовий феномен. Хворі скаржилися на відчуття тяжкості, "втоми" язика, особливо при підвищеному мовному навантаженні, порушення салівації, зміну смакової чутливості - різні присмаки в роті (смакові парестезії). Локалізація больових і неприємних відчуттів склала: на кінчику язика (передня третина) - 41,4%, на бічних

поверхнях - 27,4%, на спинці - 31,2%. Іноді парестезії поширювалися на губи і піднебіння. Парестетичні та больові відчуття не мали чітких меж і мали непостійний характер. За даними анамнезу, вони припинялися під час їди, вранці неприємні відчуття частіше відсутні або були виражені слабо, посилювалися до вечора або при тривалій розмові, нервовому збудженні.

Для проведення диференційованої діагностики і встановлення причин, що викликали розвиток СППР, усім пацієнтам провели низку обстежень, що охоплювали:

1. Збір анамнезу життя і захворювання.

2. Клінічні методи: огляд органів і тканин порожнини рота з виявленням морфологічних змін слизової оболонки порожнини рота (СОПР), оцінку якості протезних конструкцій, стану скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) і висоти прикусу, пальпація точок виходу гілок трійчастого нерва по лицьовій лінії (лінія Гіртля).

3. Комплекс експериментально-психологічних і психофізіологічних методик:

- самооцінка рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна;
- візуально-аналогова шкала болю (ВАШ);
- шкала самооцінки депресії А. Р. Бека;
- Торонтська алекситимічна шкала (TAS) (адаптована в інституті ім. В. М. Бехтерева).

З метою об'єктивної діагностики клінічної симптоматики розроблена спеціальна карта-опитувальник, що охоплює: докладні скарги хворого, анамнез захворювання з урахуванням послідовності та динаміки розвитку всіх симптомів, анамнез життя, час виникнення захворювання і його тривалість, приблизна етіологія хвороби, її дебют. Особливу увагу звертали на характеристику, інтенсивність, частоту і якість болю, його локалізацію, провісники і час виникнення, провокуючі фактори нападів, їхню вегетативну забарвленість. Ураховували й інші прояви захворювання:

болючість шкіри при розчісуванні, відчуття замерзання шкіри голови, болючість при пальпації точок виходу трійчастого нерва, м'язів голови і шиї, судинних точок у ділянці обличчя та голови. Детальне клінічне обстеження хворих допомагало в диференційованій діагностиці серед органічної патології, що супроводжується пекучістю в порожнині рота.

Динаміку захворювання простежили протягом 6 років.

Для оцінки больового синдрому й об'єктивізації результатів лікування всім хворим основної та контрольної груп пропонували щодня оцінювати інтенсивність болю за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), де 0 - відсутність болю, а 10 - нестерпний біль. Усі хворі заносили результати обстеження до лікування і після нього в «Короткий больовий опитувальник». ВАШ вважається однією з найбільш валідних методик для оцінки вираженості больового синдрому.

Для оцінки рівня реактивної (тривожність на поточний момент) і особистісної (як стійка характеристика людини) тривожності ми використали комп'ютерну програму психодіагностичного тесту Спілбергера - Ханіна. Цей метод не потребує великих часових і фінансових витрат, ефективний, тому що значно спрощує процес тестування, скорочує час обробки отриманого результату, а також є важливим джерелом потрібної інформації й одним зі способів оцінки медичного статусу пацієнта.

Хворих обстежили двічі: до початку лікування і після закінчення курсу лікування. Клінічне обстеження охоплювало: збір анамнезу, загальносоматичне, стоматологічне і клініко-психологічне обстеження.

Хворі контрольної групи (20 осіб) отримували тільки стандартну медикаментозну терапію: амітриптилін по ½ таб. вранці та ввечері, вегетотропну мікстуру (валеріана, собача кропива, натрію бромід) по 1 стол. ложці 3 рази за день, нейромультівіт по 1 табл. 2 рази за день,

аплікації на язик (суспензія метилурацилу й анестезину в персиковій олії) по 20 хв. 2 рази за день, феназепам по 0001 г на ніч.

Хворим основної групи (53 особи) застосовували аурикулярну мікроголкутерапію голками-кнопками. Мікроголкутерапію проводили циклами, тобто безперервним впливом на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу - 7 днів.

Для досягнення значного клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів проводили 3 курси аурикулярної мікроголкутерапії. Інтервал між циклами становив 5 днів.

Ми використовували власну композицію (рецепт) точок акупунктури: 2-а, 3-я, 4-а зони I мочки вуха.

Застосовували голки «Dong Bang» (Південна Корея) з декоративним покриттям зі срібла. Діаметр голки 0,22 мм, довжина робочої частини 0,18 мм.

Вушна раковина людини має багату судинну мережу і через систему черепно-мозкових нервів пов'язана з життєво важливими системами. Під дією голковколювання змінюється загальний вегетативний тонус організму. Рефлексотерапія сприяє прискоренню формування найважливіших характеристик адаптованого організму - здатності підтримувати гомеостаз із мінімальними енергетичними витратами і високу мобілізаційну готовність до оптимального реагування на стресорні, потенційно патогенні, больові дії. Така дія рефлексотерапії аналогічна адаптогенному ефекту тренування з використанням фізичних навантажень. Як при РТ, так і при інтенсивних фізичних навантаженнях збуджуються м'язові аференти, ритмічні розряди яких викликають каскад системних нейрогуморальних реакцій, що забезпечують усі основні гомеостатичні функції.

Для пояснення анальгетичного ефекту акупунктури Р. Мелзак запропонував свою «ворітну теорію» больового контролю. Акупунктурне знеболювання має низку переваг перед іншими методами знеболювання.

Відсутність токсичного ефекту при незначних циркуляторних розладах дозволяє використовувати цей метод при проведенні операції в літніх хворих.

Під дією голкотерапії нормалізується стан вегетативної нервової системи й ендокринних функцій, унаслідок чого поліпшується мікроциркуляція, нормалізуються тиск і функції органів та систем. Мають значення також антисептична, антидепресивна і седативна дії рефлексотерапії. Усе це дає можливість використовувати цей найдавніший метод для лікування різних хронічних хвороб, у тому числі тих, які супроводжуються больовим синдромом протягом багатьох днів і місяців, тому що рефлексотерапія є найбільш фізіологічним і безпечним методом, широко використовуваним для досягнення медичної реабілітації.

Результати й обговорення

Опитувальник депресії Бека дозволяє оцінити тяжкість депресивного стану, певний рівень якого є клінічно значущою ознакою депресії. У 28 пацієнтів визначений клінічно значущий рівень депресії. Середні значення складають $21,43 \pm 1,29$ бала.

На обстеженні пацієнтів за шкалою особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна у 57 хворих виявлений високий рівень особистісної тривожності ($52 \pm 3,29$), а в 44 хворих був високий рівень реактивної тривожності ($58 \pm 4,02$).

У 41 пацієнта виявлено високий рівень алекситимії (більше 75 балів за Торонтською алекситимічною шкалою), що зумовлює їхню схильність до психосоматичних розладів.

Розподіл хворих із СППР за психологічними характеристиками

	Кількість хворих	Показники
Шкала депресії Бека	28	21,43 ± 1,24
Особистісна тривожність	57	52 ± 3,29
Реактивна тривожність	44	58 ± 4,02
Торонтська алекситимічна шкала	41	78 ± 2,41
ВАШ	73	8,43 ± 3,07

У всіх пацієнтів основної групи після 2-3 курсів аурикулярної мікроголкутерапії голками-кнопками був помітний не лише значний регрес болю (до лікування - 10 - 7 балів, у середині лікування - 2 - 3 бали), а і стабілізація психоемоційного стану (зниження рівнів реактивної та особистісної тривожності, поліпшення сну, віра в одужання, послаблення відчуття млявості та стомлюваності).

Після проведеного курсу лікування в 79,2% (42 особи) пацієнтів основної групи виявили повне припинення болю, пекучості (0-1 бал) і нормалізацію психологічних розладів, які є невід'ємною складовою клінічних проявів СППР.

У контрольній групі до 10-го дня лікування тільки в 45,0% хворих (9 осіб) регресувала клінічна симптоматика, а в 55,0% пацієнтів (11 осіб) залишилися слабка пекучість кінчика язика, проблеми із засинанням, невіра в успіх лікування.

Цій групі хворих (11 осіб) було запропоновано провести через тиждень тільки курс аурикулярної мікроголкутерапії за описаною вище методикою. У результаті лікування були отримані такі дані: в 9 пацієнтів (81,8%) був значний регрес клінічної симптоматики (стабілізація

психоемоційного стану та зниження рівня болю за ВАШ до 1-2 балів). Позитивна динаміка психологічного статусу хворих проявлялася в зменшенні вираженості тривожно-депресивних розладів, підвищенні стресостійкості, врівноваженості, оптимістичності, активності та настрою.

Приклад. Хвора В., 53 років, звернулася зі скаргами на відчуття пекучості в передніх 2/3 язика, сухість порожнини рота, порушення сну і підвищену дратівливість. Вважає себе хворою близько 1 року, коли вперше виникли описувані явища після стресової ситуації на роботі. На огляді - язик звичного кольору, рухи язика неболучі, незначне зниження чутливості на кінчику язика. Оцінка болю за ВАШ - 8 балів, були високі рівні реактивної тривожності - 56, особистісної тривожності - 61.

Хворій призначено: курс аурикулярної мікроголкутерапії голками-кнопками за власною композицією (рецептом) точок акупунктури: 2-а, 3-я, 4-а зони I мочки вуха.

Застосовували голки «Dong Bang» (Південна Корея) з декоративним покриттям зі срібла. Діаметр голки 0,22 мм, довжина робочої частини 0,18 мм.

Після 1 курсу лікування хвора відчула послаблення пекучості язика, полегшення засинання. Після 2 курсу парестезії значно зменшилися (ВАШ - 1 бал), нормалізувався сон, зникла дратівливість (були низькі рівні реактивної тривожності - 16, особистісної тривожності - 19).

Контроль спостережень проводили на 20-й день, 1 місяць, 3, 6, 12 місяців. Рецидивів немає.

Висновки

Отже, проведені нами дослідження показали, що:

1. Хворі з синдромом пекучості порожнини рота відрізняються підвищеною тривожністю, схильністю до песимістичної оцінки ситуації, іпохондричною налаштованістю.

2. Інтенсивність больових відчуттів у хворих із СППР взаємопов'язана з такими психологічними особливостями як тривожність, підвищена чутливість до стресових впливів.

3. За результатами нашого дослідження можна припустити, що застосування аурикулярної мікроголкутерапії голками-кнопками без медикаментозного лікування забезпечує сильніший терапевтичний ефект при виникненні симптомів СППР і дозволяє досягти стійкого клінічного ефекту як щодо інтенсивності больових відчуттів, так і психічних змін.

4. Аурикулярну мікроголкутерапію добре переносять пацієнти, протягом усього періоду спостереження в них зберігається стійкий ефект запропонованого методу лікування СППР.

5. Результати досліджень дозволяють прогнозувати потужний потенціал рефлексотерапії та перспективність її використання в стоматології.