

УДК 616.313-009.613:616-018.2-007.17

ГЛОССАЛГИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

И.А. КУПРИЯНОВ, О.Н. КУПРИЯНОВА, П.В. ЛЫСАКОВ,  
И.Г. ПОНОМАРЕВА

Установлены особенности глоссалгии у лиц с дисплазией соединительной ткани: молодой возраст, интенсивность боли, поражение центральной нервной системы, патология краниовертебрального перехода, нарушения церебральной гемодинамики и системной микроциркуляции. Применение ангиопротекторов, транквилизаторов, нейрометаболиков и коллагенстабилизирующих препаратов оказывает выраженный терапевтический эффект.

Прозопалгия представляет собой феномен, нозологическая идентификация которого затруднительна. Трудность диагностики обусловлена полиморфизмом клинических проявлений, как отражение сложности многоуровневой системы рецепции челюстно-лицевой области, высокой персональной значимостью патологических процессов в данной области, обычно приводящих к развитию различных психо-эмоциональных расстройств, способных усугублять симптомы основного заболевания [7,8].

Глоссалгия остается одной из актуальных проблем неврологии и нейростоматологии и характеризуется широкой распространенностью среди болевых синдромов челюстно-лицевой области. Глоссалгии разнообразны по клиническому проявлению, имеют тяжелое течение и часто носят хронический рецидивирующий характер. В патогенезе заболевания играют роль дисфункция центральной антиноцицептивной системы с формированием ирритативного очага патологической активности, местное раздражение слизистой оболочки полости рта, сосудистые нарушения, обменно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, что требует специальных подходов в диагностике, адекватных методов лечения. Остается много дискуссионных и нерешенных вопросов, относящихся к этиологии, патогенезу и принципам терапии глоссалгии [1–4,10].

Большее внимание привлекает роль диспластикозависимой и ассоциированной с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) патологии в формировании прозопалгий, поскольку имеются подтвержденные данные исследований, говорящие о том, что характер клинических проявлений лицевых болей в условиях ДСТ имеет явные отличия по тяжести и течению. Врачи мало информированы о критериях диагностики данной патологии, что может служить причиной малой эффективности лечения и фактором, обуславливающим рецидивы глоссалгии [5,6,9].

**Цель работы** – улучшение качества диагностики и лечения лиц с глоссалгией при ДСТ на баз изучения особенностей клинико-морфологических проявлений, психофизиологических и гемодинамических показателей.

Обследовалась основная группа больных (ОГ, n=45) с глоссалгией и ДСТ. Результаты исследований сравнивали с контрольной группой (КГ), состоящей из больных с глоссалгией без ДСТ (n=42). Для изучения характера и выраженности патологических нарушений проведено обследование, включавшее: нейropsychологическое, клиничко-неврологическое обследование, определение фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, анализ изменений краниовертебрального перехода, состояния мозговой гемодинамики и системной микроциркуляции. Проведенная по разработанному алгоритму оценка проявлений заболевания позволила выявить определенные различия в состоянии пациентов с глоссалгией на фоне ДСТ и КГ.

Клинические особенности глоссалгии у пациентов с ДСТ характеризовались высокой интенсивностью боли (4,76±0,48 по визуальной аналоговой шкале; 1,74±0,65 – в КГ), прогрессивным течением (76,4%; 15,3% – в КГ), выраженностью вегетативных симптомов в виде гиперемии кожных покровов лица и конъюнктивы глаз, отека мягких тканей лица, ринореи, слезотечения, слонотечения (65,2%; 20,7% – в КГ), астено-невротическими реакциями (85,9%; 11,4% – в КГ), расстройствами чувствительности (65,1%; 10,4% – в КГ), трофическими расстройствами (42,9%; 12,7% – в КГ), недостаточной эффективностью проводимого лечения (54,3%; 9,1% – в КГ). Весьма характерными явились данные анамнеза, говорящие об относительно молодом возрасте пациентов с глоссалгией при ДСТ (28,7±1,5 года; 42,1±2,2 года – в КГ). У 75,9% лиц с ДСТ моменту возникновения болей предшествовали нервные перегрузки, социальные конфликты, физическое переутомление (11,5% – в КГ). Обращало

на себя внимание и наличие у пациентов ОГ множества сопутствующих жалоб при их значительном полиморфизме (табл. 1).

Таблица 1

Характер и частота сопутствующих жалоб у лиц с глоссалгией (%)

Основные жалобы	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Головная боль	72,9	10,4
Головокружение	71,7	8,3
Неустойчивость при ходьбе	37,6	6,2
Нарушение глотания	23,2	3,7
Тошнота, рвота	39,5	6,2
Быстрая утомляемость, слабость	80,7	13,8
Шум в ушах	63,1	11,5
Снижение работоспособности	62,8	10,4
Раздражительность	70,4	8,3
Нарушение сна	83,6	13,8

Результаты исследования неврологического статуса указывали на наличие у большинства пациентов с глоссалгией при ДСТ изменений в вегетативной и в сенсомоторной сферах с повреждением основных функциональных систем (табл. 2).

Таблица 2

Основные неврологические нарушения у лиц с глоссалгией (%)

Клинические признаки	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Двигательные расстройства	58,7	8,3
Мозжечковые расстройства	40,6	5,4
Дисфункция черепных нервов	32,4	4,2
Чувствительные расстройства	7,2	1,7
Зрительные нарушения	14,5	2,5
Нарушения высшей нервной деятельности	23,2	2,5
Клинические признаки внутричерепной гипертензии	20,4	1,7

Выявленные у обследованных ОГ надсегментарные расстройства отличались большой полисистемностью и высокой степенью выраженности синдрома вегетативной дистонии с преобладанием симпатических влияний, при достоверном отличии от показателей, полученных в КГ (p<0,05). Анализ результатов проведенной вариационной пульсометрии позволил объективно подтвердить наличие у пациентов с глоссалгией при ДСТ изменений вегетативного статуса, выявленных при клиническом исследовании; при этом обращало на себя внимание достоверное преобладание среди лиц с глоссалгией и ДСТ больных с преимущественным влиянием симпатического отдела вегетативной нервной системы. Уровень реактивной и личностной тревожности у лиц с глоссалгией и ДСТ превышал аналогичные показатели группы сравнения (табл. 3).

Таблица 3

Показатели личностной и реактивной тревожности по шкале тревоги Спилберга у лиц с глоссалгией (M±m)

Показатели	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Реактивная тревожность	45,79±0,53*	16,44±0,36
Личностная тревожность	38,27±0,26*	27,18±0,51

Примечание: \* – показатель достоверен по отношению к КГ.

Показатель степени депрессивных расстройств в группе лиц с глоссалгией и ДСТ составил 21,9±1,39, а в КГ этот показатель составил 7,74±1,15 балла, что свидетельствовало о тяжелой степени депрессии у пациентов ОГ. Оценка показателей качества жизни у больных с глоссалгией и ДСТ показала статистически достоверную разницу по шкалам между исследуемыми группами: физическая активность, эмоциональные реакции и сон (табл. 4).

Выявленная специфичность клинических проявлений глоссалгии у пациентов с ДСТ послужила основанием для уточнения, в рамках поиска причины, возможности прямого либо опосредованного влияния функциональных и органических диспластикозависимых изменений на характер и особенности прозопалгии. При изучении фенотипических признаков ДСТ у пациентов с глоссалгией, выявлен полиорганный характер патологических проявлений, при этом наиболее часто отмечались как фенотипические признаки ДСТ в строении и особенностях скелета, кожи и мышц, так и типичные изменения внутренних органов. Особое внимание привлекали фенотипические признаки ДСТ со стороны зубочелюстной системы – аномалии лицевого скелета, высокий свод неба, нарушения прикуса.

В ОГ частота выявления фенотипических признаков ДСТ превышала величины КГ в 7–10 раз. При этом в КГ встречались внешние фенотипические признаки со стороны кожи и опорно-двигательного аппарата, а висцеральные (внутренние признаки) наблюдались значительно реже. Проведенный корреляционный анализ показал наличие значимой корреляционной связи ( $r$ ) между степенью тяжести глоссалгии и сердечно-сосудистой патологией ( $r=0,84$ ), нарушением осанки ( $r=0,47$ ), аномалиями лицевого скелета ( $r=0,81$ ), деформациями конечностей ( $r=0,56$ ), деформациями грудной клетки ( $r=0,72$ ), мышечной слабостью ( $r=0,59$ ), высоким сводом неба ( $r=0,92$ ), нарушениями прикуса ( $r=0,95$ ).

Таблица 4

**Показатели качества жизни у пациентов с глоссалгией (M±m)**

Показатели	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Энергичность	20,43±4,21*	46,17±2,96
Болевые ощущения	18,79±3,93*	15,38±3,14
Социальная изоляция	20,48±2,08*	12,61±3,19
Физическая активность	8,37 ±2,35*	27,46±1,90
Эмоциональные реакции	40,62±1,85*	12,63±2,26
Сон	18,51±4,74*	38,68±2,05

Примечание: \* – показатель достоверен по отношению к КГ.

Поскольку исследование неврологического статуса у пациентов с глоссалгией при ДСТ выявило отчетливые признаки вестибуломожжечковой дисфункции, пирамидную симптоматику, признаки поражения черепно-мозговых нервов и нарушения ликвородинамики, был проведен анализ дисэмбриогенетических изменений краниовертебрального перехода с использованием метода магнитно-резонансной томографии. При глоссалгии доля количественных изменений краниовертебрального перехода в группе лиц с ДСТ составляла 68,7%, а в КГ эти изменения были выявлены у 4,2% лиц (табл. 5). Качественная оценка изменений краниовертебрального перехода выявила уменьшение размеров задней черепной ямки, обуславливающее анатомически неблагоприятное состояние продолговатого мозга, мозжечка и сосудов вертебробазилярного бассейна у больных с ДСТ (табл. 6).

Таблица 5

**Количественные изменения краниовертебрального перехода (%)**

Характер поражения	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Изменение количества верхних шейных позвонков	13,2	–
Изменение строения верхних шейных позвонков	14,5	1,7
Образование дополнительных костных перемычек	27,5	2,5
Стеноз большого затылочного отверстия	13,2	–

Таблица 6

**Качественные изменения краниовертебрального перехода (%)**

Характер поражения	Глоссалгия и ДСТ	КГ	
Дефект развития костей основания черепа	Платибазия	49,2	48,4
	Базиллярная импрессия	30,2	21,6
Дефект развития ромбовидного мозга	Арнольда – Киари (тип I)	33,3	–

Таблица 7

**Частота встречаемости деформаций, стенозов и сочетанных поражений сонных и позвоночных артерий (%)**

Показатели	Глоссалгия и ДСТ	КГ
Без изменений	36,8	79,4
Стеноз <50%	18,2	6,2
Патологическая извитость	27,5	10,4
Гипоплазия (аплазия)	47,5	5,4
Сочетанное поражение	20,4	–

Облигатность и выраженность нарушений позволяют рассматривать различные варианты краниовертебральных аномалий как дополнительный фактор риска в развитии прозопагии в структуре дисплазии соединительной ткани. Для уточнения влияния присущих ДСТ краниовертебральных аномалий на церебральную гемодинамику, проведено изучение показателей системы кровообращения вертебробазилярного сосудистого бассейна у лиц с глоссалгией при ДСТ. Результаты исследования УЗ- и доплерографических параметров состояния сонных и позвоночных артерий у лиц с глоссалгией выявили достоверные различия. В ОГ диаметр исследованных артерий был больше, при этом систолическая скорость кровотока была снижена по сравне-

нию с группой пациентов без ДСТ, также отмечалось разница индекса пульсации у пациентов.

Частота встречаемости деформаций, стенозов и сочетанных поражений сонных и позвоночных артерий у лиц с глоссалгией и ДСТ превышала аналогичные показатели КГ в 2–3 раза (табл. 7).

Схожие результаты были получены при УЗИ состояния гемодинамики в системе средних мозговых артерий (СМА): скоростные показатели кровотока в ОГ были ниже, чем в КГ, индекс пульсации в ОГ превышал величины КГ, коэффициент асимметрии в ОГ для Vps (пиковая скорость кровотока) и ТАМХ (усредненная по времени максимальная скорость кровотока) превышал аналогичные показатели КГ. Тромбоцитарно-сосудистые и микроциркуляторные нарушения принято считать облигатными в структуре синдрома ДСТ, а в патогенезе глоссалгии нарушения микрогемодинамики играют важную роль, всем пациентам и лицам КГ было проведено исследование состояния системной микрогемодинамики методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы. Для пациентов ОГ характерно нарушение системной микроциркуляции, при этом показатели конъюнктивальных индексов превышали величины КГ в 2–2,5 раза, что наряду с фактором экстравазальной компрессии можно рассматривать в качестве предикторов формирования прозопагии у лиц с ДСТ (табл. 8).

Таблица 8

**Показатели микроциркуляции у пациентов с глоссалгией (по данным конъюнктивальной биомикроскопии) (M±m)**

Показатели	ОГ	КГ	p
Сосудистый индекс	7,05±0,48	3,54±0,39	<0,05
Внутрисосудистый индекс	2,26±0,31	1,12±0,24	<0,05
Околососудистый индекс	0,69±0,17	0,28±0,14	<0,05
Общий конъюнктивальный индекс	10,00±0,96	4,94±0,77	<0,05

Таким образом, проведенное обследование позволило установить клинические особенности глоссалгии у пациентов с ДСТ: относительно молодой возраст, высокая интенсивность боли, вегетативное сопровождение, расстройства чувствительности, трофические расстройства, сопутствующее поражение ЦНС. Наряду с этим у пациентов ОГ были выявлены высокие величины показателей реактивной и личностной тревожности, сниженные показатели качества жизни, тяжелая степень депрессии, патология краниовертебрального перехода, признаки нарушения мозговой гемодинамики и системной микроциркуляции. Данная совокупность патологических механизмов обуславливает большую тяжесть глоссалгии у больных с ДСТ. Полученные данные позволили разработать комплексную лечебную программу для пациентов ОГ. Лечение больных ОГ было направлено на следующие звенья патогенеза: болевой синдром, психологические нарушения, сосудистые нарушения. Комплекс лечения глоссалгии включал традиционные методы: санацию полости рта, нормализацию окклюзии, медикаментозную терапию: пикамилон (0,05 г 3 раза в сутки в течение 1,5–2 месяцев); кетопрофен (100 мг 1 раз в сутки), нейромультивит (1 табл. 2 раза в сутки).

С учетом выявленных патогенетических механизмов формирования глоссалгии при ДСТ в лечебный комплекс также было включено применение коллагенстабилизирующего медикаментозного комплекса (витамины E, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, C, PP в лечебных дозах в течение 1–2 месяцев), транквилизатор бензодиазепинового ряда грандаксин (1 таблетка 2 раза в сутки в течение 1,5–2 месяцев), кавинтон (0,05 г 3 раза в день в течение 3 недель). Длительность наблюдения составила 1,1±0,2 года. Результаты лечения оценивали после окончания периода наблюдения. Для сравнительной оценки все пациенты с глоссалгией и ДСТ были разделены на 2 подгруппы. Пациентам основной подгруппы (24 пациента) кроме традиционного лечения назначали препараты разработанного лечебного комплекса, пациентам контрольной подгруппы (21 пациент) был применен только традиционный метод лечения. Результаты лечения оценивали по следующей схеме: 1) клинический и клиничко-неврологический анализ; 2) исследование психологического статуса; 3) исследование доплерографических параметров сонных, позвоночных и средних мозговых артерий; 4) оценка микрогемодинамики путем биомикроскопии сосудов конъюнктивы. По результатам клинического исследования установлено, что период купирования болевого синдрома у пациентов основной подгруппы составил 30,4±5,5 дней, в контрольной подгруппе – 92,4±10,1 дня. При оценке психологических показателей

также были выявлены достоверные различия между подгруппами пациентов. Уровень реактивной и личностной тревожности и депрессии у пациентов основной подгруппы был значительно снижен после проведенного лечения и достоверно отличался от величин контрольной подгруппы. Оценка показателей качества жизни показала статистически достоверную разницу по шкалам между исследуемыми подгруппами (табл. 9).

Таблица 9

Показатели качества жизни пациентов с глоссалгией и ДСТ после проведенного лечения (M±m)

Показатели	Основная до лечения	Основная после лечения	Контроль до лечения	Контроль после лечения
Энергичность	23,43±5,13	48,18±2,44*	23,73±5,56	35,46±4,24
Болевые ощущения	23,76±3,27	7,45±2,58*	23,59±3,77	14,58±3,48
Социальная изоляция	25,46±2,54	8,25±3,92*	25,33±2,49	14,07±2,95
Физическая активность	10,72±2,39	45,13±1,84*	10,65±2,34	31,17±2,19
Эмоциональные реакции	44,23±1,92	11,57±2,27*	44,12±1,81	25,96±1,74
Сон	22,51±4,81	49,94±2,40*	22,28±4,32	38,76±3,37

Примечание: \* – показатель достоверен по отношению к группе «Контроль после лечения».

Результаты исследования доплерографических параметров сонных, позвоночных и средних мозговых артерий у лиц с глоссалгией и ДСТ после лечения выявили достоверное увеличение скорости кровотока и снижение периферического сопротивления кровотоку в системе сонных, позвоночных и средних мозговых артерий в основной подгруппе, по сравнению с контрольной.

Результаты исследования микрогемодиализации у лиц с глоссалгией и ДСТ после лечения выявили достоверное снижение показателей конъюнктивных индексов в основной подгруппе больных по сравнению с контрольной (табл. 10).

Таблица 10

Показатели микроциркуляции у пациентов с глоссалгией и ДСТ после проведенного лечения (M±m)

Показатели	Основная До лечения	Основная после лечения	Контроль до лечения	Контроль после лечения
Сосудистый индекс	7,04±0,45	3,51±0,32*	7,09±0,36	6,01±0,38
Внутрисосудистый индекс	2,28±0,33	1,11±0,22*	2,22±0,28	2,51±0,23
Околососудистый индекс	0,67±0,21	0,26±0,12*	0,71±0,27	0,58±0,17
Общий конъюнктивный индекс	9,99±0,99	4,88±0,66*	10,02±0,91	9,10±0,78

Примечание: \* – показатель достоверен по отношению к группе «Контроль после лечения».

Таким образом, применение в комплексном лечении у больных с глоссалгией и ДСТ ангиопротекторов, транквилизаторов, нейрометаболиков, коллагенстабилизирующих препаратов оказывает выраженный терапевтический эффект.

#### Литература

1. Болевые синдромы в практике стоматолога: Рук-во для студ. и врачей / Под ред. В.Д. Трошина, Е.Н. Жулева.– Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002.– 424 с.
2. Гречко В.Е. и др. Нейростоматологические заболевания и синдромы: клиника, диагностика, основные принципы лечения.– М.: Медицина, 1997.– 62 с.
3. Василенко А.М. и др. // Бюл. эксперим. биол. и мед.– 1995.– Т.119, №4.– С. 405–409.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение.– М.: Медицина, 1998.– 752 с.
5. Кадурина Т. И. Наследственные коллагенопатии.– СПб.: Невский диалект, 2000.– 271 с.
6. Куприянова О.Н. Клинические и морфо-функциональные особенности лицевых болей у больных с дисплазией соединительной ткани: Дис. ... д. м. н.– М., 2007.– 319 с.
7. Неврология: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Карлова.– М.: Медицина, 2002.– 640 с.
8. Неврология лица: Рук-во для врачей / Под ред. В.А. Карлова.– М.: Медицина, 1991.– 288 с.

9. Попова Т. Ф. Системные механизмы множественного очагового поражения белого вещества головного мозга: Автореф. дис. ... д.м.н.– Новосибирск, 2003.– 32 с.

10. Пузин М.Н. Лицевая боль.– М.: ПУДН, 1992.– 310 с.

#### GLOSSALGY IN CASE OF DYSPLASIA OF THE CONNECTIVE TISSUE

I.A. KUPRIYANOV, O.N. KUPRIYANOVA, P.V. LYSAKOV, I.G. PONOMAREVA

#### Summary

It was established some particularities of glossalgia in patients with dysplasia of the connective tissue: enough young age of the patients, high intensity of the pain, marked vegetative accompany, concomitant damage of the central nervous system, pathology of the cranial vertebral passage, disturbance of the cerebral hemodynamic and systemic microcirculation. The using in the complex treatment of the patient with glossalgia and dysplasia of the connective tissue of the angioprotectors, tranquillizers, neurometabolic and collagen stabilizing preparations gives a marked therapeutic effect.

**Key words:** glossalgia, dysplasia of the connective tissue.

УДК 616-053.9-084-08

#### ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.В. БУДНЕВСКИЙ, Е.С. БУРЛОВА, В.М. ПРОВОТОРОВ\*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой финальную стадию большинства болезней сердечно-сосудистой системы [1]. Болезни, приводящие к развитию ХСН, многочисленны и разнообразны, финальный итог один – декомпенсация сердечной деятельности [2]. По прогнозам ООН, число пожилых жителей планеты увеличится с 600 млн. в 1999г. до 2 млрд. в 2050 г. В связи с этим можно предположить дальнейшее увеличение числа пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), в том числе и ХСН. У людей в возрасте старше 65 лет ХСН является основной причиной госпитализации. Несмотря на разработку специальных рекомендаций по лечению больных с ХСН, общее число госпитализаций и частота ранних повторных госпитализаций при этом состоянии не только не уменьшились, но имеют тенденцию к увеличению. Ренин-ангиотензин-альдостероновой системе отводится большая роль в развитии и прогрессировании ХСН [3]. Учитывая недостаточно эффективную способность иАПФ контролировать образование ангиотензина II и активность альдостерона из-за наличия дополнительных путей образования ангиотензина II и развития феномена «ускользания» синтеза альдостерона, в настоящее время актуальным является разработка альтернативных путей влияния на отдельные компоненты этого важнейшего звена системы нейрогормональной регуляции. Помимо иАПФ, к модуляторам активности РААС относятся конкурентные антагонисты альдостерона [1]. Все это определяет необходимость поиска новых эффективных путей ранней диагностики и лечения ХСН.

**Цель работы** – повышение эффективности лечебно-диагностических мероприятий у больных ХСН пожилого возраста на основе системного подхода.

**Методика.** В исследование было включено 155 больных ХСН I стадии, в том числе 79 (50,9%) мужчин и 76 (49,1%) женщин (возраст 66,28±0,29 лет), основной причиной которой была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). Пациенты были распределены методом случайных чисел на 2 группы. Давность ХСН у включенных в исследование лиц 1-й и 2-й группы составила 2,09±0,12 и 2,08±0,11 лет соответственно. При оценке тяжести ХСН по NYHA (классификация Нью-Йоркской Ассоциации Сердца) I ФК выявлен у 17 больных (21,79%), II ФК – у 71 (78,21%) 1-й группы и 8 (10,39%) и 69 (89,61%) пациентов 2-й группы соответственно. В 1-й группе 22 больных (28,21%) перенесли ранее острый крупноочаговый инфаркт миокарда; повторный инфаркт миокарда наблюдался у 8 больных (10,26%). Во 2-й группе 28 (36,36%), из них повторный – 11 (14,29%) соответственно. В 1 группу вошли 40 мужчин и 38

\* Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, 394000, Воронеж, Студенческая, 10, т. 8(4732)598990, canc@vsma.ac.ru