

УДК: 616.31-009.7-08-039.71

Собиржон Останакулович Ахмедов

Ассистент кафедры факультетской стоматологии и пропедевтики
стоматологических заболеваний
Андижан , Узбекистан

Абдумутулиб Юлдашевич Ахмедов

Ассистент кафедры факультетской стоматологии и пропедевтики
стоматологических заболеваний
Андижан , Узбекистан

СТОМАЛГИИ И ЕЁ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.

Садикова И.Я .,Жураева Н.И.,

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация: На основе методологии системного подхода, клиничко-неврологических и клиничко-стоматологических исследований, авторской информационной теории боли представлены механизмы развития орофациальной (лицевой) боли и стомалгии и система регионально-интегративной терапии, которая включает устранение источника боли и восстановление поврежденных тканей зубочелюстной системы, торможение проведения болевой импульсации по периферическим и центральным структурам нервной системы, воздействие на психологические компоненты боли с применением психотропных фармакологических препаратов, использование психотерапии и немедикаментозных методов (рефлексотерапии).

Ключевые слова: орофациальная боль, стомалгия, регионально-интегративная терапия.

Sobirzhon Ostanakulovich Akhmedov

Assistant at the Department of Faculty Dentistry and
Propedeutics of Dental Diseases
Andijan, Uzbekistan

Abdumutulib Yuldashevich Akhmedov

Assistant at the Department of Faculty Dentistry and
Propedeutics of Dental Diseases
Andijan, Uzbekistan

STOMALGIA OF CLINICAL-DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC FEATURES.

Annotation: On the basis of methodology of system approach, kliniko-neurologic and kliniko-stomatologic researches, mechanisms of development of orofacial pain, burning mouth syndrome and system of regional-integrative therapy which includes elimination of a source of pain and restoration of the damaged fabrics of orofacial regions, braking of carrying out a painful impulsation on peripheral and central structures of nervous system, impact on psychological components of pain with application of psychotropic pharmacological drugs, use of psychotherapy and non-drug methods (reflexotherapy) are presented to the author's information theory of pain.

Key words: orofacial pain, burning mouth syndrome, regional-integrative therapy.

Актуальность. Стомалгия (СА) – хронически протекающее заболевание, характеризующееся жгучими болями и парестезиями в различных участках слизистой оболочки языка, губ, задней стенки глотки, без видимых местных изменений, сопровождающееся снижением трудоспособности, угнетением психики, депрессивным состоянием больных (более краткая дефиниция: хроническое заболевание, проявляющееся персистирующей орофациальной болью). Это заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин (примерно в 3 раза), а также у лиц пожилого возраста.

При этом следует заметить, что парестетический феномен СА (клиническую феноменологию см. далее) крайне вариабелен по распространенности: [1,4] только в области языка (в области кончика языка или захватывает всю или большую поверхность языка); [2,6,8] в области слизистой оболочки протезного ложа; [3,8] во всех отделах полости рта; [4] сочетание СА с парестезиями других слизистых оболочек (глотки, гортани, пищевода, влагалища, прямой кишки) или кожи (лица, затылка, груди и др.). На основе субъективных ощущений больного выделяют: [1] легкую СА (нерезко выраженные парестетические ощущения); [2,7] СА средней тяжести (более выраженные парестетические ощущения); [3,4] тяжелая СА (жгучие парестетические и болевые ощущения).

Термин «стомалгия» получил широкое распространение в медицинской литературе лишь в последние годы. Раньше для описания этого симптомокомплекса употреблялись разные термины: глоссалгия, глоссодиния, парестезия слизистой оболочки полости рта и языка, парестезия

полости рта, невроз языка, неврогенный глоссит, стоматодиния. Некоторые из этих синонимов (парестезия, глоссалгия, глоссодиния) до сих пор используются в клинической стоматологии и научных публикациях. Такая пестрота в терминологии этого симптомокомплекса объясняется, очевидно, проблемами в изучении этиологии и лечения этого заболевания.

Работа посвящена изучению клинической картины и методов лечения стомалгии. Актуальность работы определяется большой распространенностью данного заболевания - до 26% среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта. Чаще заболевание встречается у женщин и в пожилом возрасте. Приведена различная терминология и классификация заболевания. Описана клиническая картина и методы диагностики. Сформулирована дифференциальная диагностика стомалгии с другими болевыми синдромами. Подробно описаны методы лечения с оценкой их эффективности.

Стомалгией называют хроническое заболевание, проявляющееся персистирующей орофациальной болью. Распространенность стомалгии среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта, по данным различных авторов, составляет от 14% до 26% [3,6,7]. Это заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин (примерно в 3 раза), а также у лиц пожилого возраста. Возрастная группа, в которой заболеваемость максимальна (от 35 до 50 лет) составляет 62%, заболевание в молодом возрасте (от 22 до 35 лет) - 20%, в возрасте 50 лет - 18% [6,8]. Заболевание, как правило, возникает внезапно и может продолжаться от 1-2 недель до 20 лет и более [2,4,5].

Стомалгия, как неврогенное заболевание полости рта известно, с конца XIX века, и на протяжении более ста лет привлекает внимание стоматологов, невропатологов и психиатров. Первое научное описание этого заболевания дали Вайс в 1838 году и Буиссон в 1845 году. Затем, в 1896 году, немецкий невропатолог Г.Оппенгейм дал определение стомалгии, а в 1936 году его соотечественник О.Форстер подробно описал эту патологию [1,8].

Термин «стомалгия» получил широкое распространение в медицинской литературе лишь в последние годы. Раньше для описания этого симптомокомплекса употреблялись разные термины: глоссалгия, глоссодиния, парестезия слизистой оболочки полости рта и языка, парестезия полости рта, невроз языка, неврогенный глоссит, стоматодиния. Некоторые из этих синонимов (парестезия, глоссалгия, глоссодиния) до сих пор используются в клинической стоматологии и научных публикациях. Такая пестрота в терминологии этого симптомокомплекса объясняется, очевидно, проблемами в изучении этиологии и лечения этого заболевания. По существующему в настоящее время мнению, стомалгия считается полиэтиологичным заболеванием, протекающим на фоне сопутствующей патологии различных систем и органов и наличия в полости рта воспалительных и местнотравмирующих факторов [4].

Одни ученые основное внимание в развитии стомалгии уделяли психологическим и психосоциальным расстройствам [2,5]. Другие -

дисфункции центральных ядер вегетативной нервной системы и их связей с корой головного мозга %[1,6]. заболеваемость максимальна (от 35 до 50 лет) составляет 62%, заболевание в молодом возрасте (от 22 до 35 лет) - 20%, в возрасте 50 лет - 18% %[5,8]. Заболевание, как правило, возникает внезапно и может продолжаться от 1-2 недель до 20 лет и более. стоматалгия этиология диагностика

Цель исследования: оценить значение стоматологических и нейропсихологических нарушений в диагностике и лечении стоматалгии.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 101 человек, страдающих стоматалгией в возрастном диапазоне от 35 до 65 лет (средний возраст 50 лет). Среди них было обследовано 57 женщин и 44 мужчины. Группа контроля состояла из 30 здоровых лиц и была эквивалентна по возрасту и половому составу основной группе.

Результаты исследования. При оценке жалоб более 30% больных отмечали сухость в полости рта (ксеростомия), в связи с чем нарушались речь и сон из-за необходимости ночью полоскать рот водой. Беспокоило чувство набухания, тяжести в языке, в 20% случаев при разговоре пациенты щадили язык от лишних движений. При приеме пищи болезненные ощущения, как правило, исчезали. Кроме того, пациенты предъявляли жалобы на жжение языка (82%), пощипывание в нем (35%), чувство «ошпаренного языка» (5%) или «бегущего ручейка» (3%). У 10% больных возникали жалобы на трещины, пузырьки, язвочки при отсутствии их на момент осмотра, а также на кажущееся увеличение языка, его тугоподвижность (5%). Наиболее неприятные ощущения локализовались на кончике языка (39%), реже на слизистой оболочке неба (23%), красной кайме губ (21%), корне языка (11%). Болевые проявления отмечались на обеих сторонах у 92% пациентов, и лишь у 10% из них преобладало одностороннее поражение. Ощущения одного вида выявлены в 49% случаев, а их различные сочетания у 50% обследованных. Болевые ощущения, как правило, не имели четких границ, носили непостоянный характер, исчезали во время еды. Интенсивность боли менялась: ослабевала утром, усиливалась к вечеру, при продолжительном разговоре, а также при нервном возбуждении. Жалобы на неприятные вкусовые ощущения (кислое и горько-соленое) предъявляли 12% больных.

Длительность заболевания у пациентов составляла от 2 месяцев до 15 лет. Наибольшее число больных (46%) страдали стоматалгией от 2 до 11 месяцев, 22% - от 1 года до 2 лет, 24% - от 3 до 5 лет; 8% обследуемых - 5 лет и более. У подавляющего большинства заболевание носило рецидивирующий характер. При этом во время обострения болевые ощущения усиливались и носили постоянный характер. Среди причин возникновения рецидива были как местные, так и общие факторы: некачественное протезирование (у 48%), удаление зуба (у 35%), которые сочетались с соматическим отягощением, нервно-психическими перенапряжениями, заболеваниями центральной и периферической нервной системы. Возникновение рецидива у 18% пациентов было связано с нервным

перенапряжением: смертью родных и близких, конфликтами в быту. При изучении анамнеза больных, результатов эндоскопических исследований, лабораторных и клинических данных выявлена фоновая висцеральная патология. Так, у 88% обследованных диагностированы заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический атрофический гастрит, хронический холецистит, панкреатит, колит, дисбактериоз), изменения со стороны нервной системы (цереброваскулярная патология, остеохондроз шейного отдела позвоночника, диабетическая полинейропатия) отмечены у 67% пациентов. Значительную часть (53%) составили больные с функциональными нарушениями нервной системы. Наиболее часто они проявлялись в виде астенических синдромов, нередко (9%) к астенической симптоматике присоединялись явления канцеро- и кандидофобии. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, миокардиодистрофия, гипертоническая болезнь) имели 51% пациентов. Железодефицитной анемией страдали 3% обследуемых, причем у всех больных она протекала на фоне хронического гастрита с пониженной секреторной функцией желудка. Эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет) выявлены у 8% пациентов.

При объективном обследовании СОР выявлялась отечность и складчатость языка, бледная, анемичная слизистая оболочка, десквамация эпителия и гипертрофия желобоватых сосочков языка. В 55% случаев язык был покрыт серым налетом, локализующимся ближе к корню, в 36% случаев отмечалось усиление сосудистого рисунка на вентральной поверхности языка с неравномерным расширением и извитостью вен.

В 30% у больных стомалгией прослеживалась связь с патологией зубочелюстной системы. Неосложненный кариес выявлен в 87%, заболевания пульпы и периодонта – в 60%, патология тканей пародонта – в 62%, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава – в 7%, нарушение функции протезов – в 20% случаев.

В лечении соблюдали дифференцированный подход к каждому пациенту путем подбора индивидуальной схемы. Начинали с тщательной санации полости рта, при необходимости проводили рациональное протезирование, с нормализацией высоты прикуса. Следует отметить, что в 68% случаев замена протеза не приводила к полному исчезновению стомалгии, а лишь облегчала её течение.

Показатели теста САН до лечения у 78% больных стомалгией были снижены и составляли $3,5 \pm 0,04$ балла. После проведенного курса криотерапии с применением подвижных автономных аппликаторов у всех пациентов основной группы нормализовались самочувствие, активность, настроение, а их значения колебались от 4,5 до 5 баллов. В группе сравнения, где не удалось полностью купировать болевые ощущения традиционными методами, показатели САН остались прежними при средних значениях $3,6 \pm 0,05$ балла.

В процессе исследований выявлена достоверная взаимосвязь субъективного показателя ПИБ с содержанием концентрации адреналина в

слюне до и после лечения: средние значения ПИБ составляли $3,7 \pm 0,04$ и $0,8 \pm 0,01$ балла соответственно, а показатели уровня адреналина изменялись с $1,7 \pm 0,06$ до $1,2 \pm 0,08$ ммоль/л. Следовательно, динамику показателя индекса боли можно применять в клинике для оценки обезболивающего эффекта криотерапии с высокой степенью информативности. В группе сравнения уменьшение ПИБ было незначительное.

При изучении капиллярного кровотока СОР выявлено нарушение микроциркуляции у больных со стомалгией ($10,9 \pm 0,44$ п.е.), которое восстанавливалось уже после 2-3 криоаппликаций и стабилизировалось при завершении курса криотерапии, что подтверждалось ПМ ($14,09 \pm 0,56$ п.е.).

Для оценки эффективности терапии разработан комплекс критериев на основе результатов исследования. Лечебный эффект расценивался как «хороший»: САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0-0,5 балла; ПМ достоверно изменялся до 14 п.е., то есть отмечался значительный прирост капиллярного кровотока. Критериями «удовлетворительного» лечебного эффекта были: САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0,6-1,0 балл; ПМ достоверно изменялся до 13 п.е., то есть отмечали прирост капиллярного кровотока до нормы.

Данные криолечения стомалгии в динамике (таблица) показали, что наибольшее число безуспешных результатов отмечено в группе сравнения с традиционным лечением в начальные (ближайшие) сроки наблюдения. Высокий процент рецидивов (92%) можно объяснить тем, что в короткий временной интервал пациенты не успевали пройти полное обследование и завершить за 2 месяца комплексную терапию, включающую тщательную санацию полости рта, рациональное протезирование, привыкание к съемным протезам, прием лекарственных препаратов, лечение у невролога и других специалистов. В отдаленные сроки встречаемость рецидивов в данной группе уменьшалась (58% и 65% соответственно), а эффективность увеличивалась, не достигая, однако, показателей основной группы в аналогичные сроки. Отмечали превалирование в 1,5–2 раза удовлетворительного эффекта над хорошим во все периоды наблюдения.

Отдаленные результаты лечения стомалгии в динамике

Метод лечения	Сроки наблюдения	Лечебный эффект (%)		
		Хороший	Удовлетворительный	Рецидив
Традиционное	Ближайшие (2 месяца)	2	6	92
	Отдаленные (до 2 лет)	16	26	58
	Отдаленные (до 5 лет)	12	23	65
Криотерапия	Ближайшие (2 месяца)	46	54	0
	Отдаленные (до 2 лет)	46	32	22
	Отдаленные	68	19	13

	(до 5 лет)			
--	------------	--	--	--

У пациентов основной группы при использовании низких температур в комплексном лечении стомалгии наблюдался стойкий положительный результат и отсутствие рецидивов в ближайшие сроки, а лечебный эффект оценивали как хороший (46%) и удовлетворительный (54%). При этом большинство больных отмечали исчезновение боли уже после 2-3 процедуры, улучшение общего самочувствия, восстановление вкусовых ощущений, легкость и подвижность языка, отсутствие налета. В отдаленные сроки отмечали увеличение хорошего и удовлетворительного лечебного эффекта в целом с 78% (2 года) до 87% (5 лет) с превалированием хорошего результата. При анализе частоты рецидивов в основной группе в более поздние сроки наблюдали, что число рецидивов уменьшалось с 22% (2 года) до 13% (5 лет). Данные пациенты в этот период указывали на появление новых стрессовых ситуаций, а также нуждались в рациональном протезировании, замене съемных протезов. Несколько человек с упорным течением болевого синдрома проходили лечение под наблюдением врача-психиатра.

Неоспоримым преимуществом метода криоанальгезии с применением неповреждающих доз жидкого азота и автономных аппликаторов из проницаемого мелкопористого TiNi сплава является то, что лечение можно проводить в поликлинических условиях либо на дому, при этом не требуется дорогостоящего оборудования и препаратов, не ухудшается состояние больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Метод позволяет добиться более выраженного снижения или исчезновения болевого синдрома у пациентов в более короткий промежуток времени и достичь длительной и стойкой ремиссии. Используя методику криоанальгезии у больных стомалгией, для стабилизации эффекта желательно поставить пациента на диспансерный учет с регулярными контрольными осмотрами и своевременной коррекцией возникающих нарушений с целью профилактики рецидивов.

Выводы: Этиологическими факторами развития стомалгии наиболее часто являются стоматологические вмешательства, кариес, пародонтит, периодонтит, окклюзионные нарушения, частичное отсутствие зубов, дисфункция мышц челюстно-лицевой области и височно-нижнечелюстного сустава, которые достоверно чаще выявлялись при стомалгии в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о первичности стоматологического фактора в происхождении стомалгии.

Нейропсихологическое тестирование при стомалгии у 83,5% больных выявило дисфункцию в психоэмоциональном фоне: аффективные нарушения! в виде депрессии и тревоги, уровень, которых был достоверно выше у больных, чем в группе здоровых, повышенные уровни тревоги, депрессии и ипохондрии, сочетание различных степеней которых обусловило развитие у 53,3% сенесто-ипохондрического, а у 46,7% — депрессивного синдромов.

Показатели условной негативной волны в виде повышения поздней и постизометрической негативной волны и снижения ранней волны доказывают при нейрофизиологическом; обследовании нейродисфункцию стволовых медиаторных систем при» стомалгии. Изменения параметров УНВ связаны с психопатологическими расстройствами: отмечена прямая зависимость между уровнем, депрессии и поздней волной и постизометрической негативной волной и обратная - между уровнем ранней волны.

Применение на фоне санации полости рта и зубного протезирования, комплексной терапии с использованием антидепрессантов (леривон), физиотерапии, транскраниальной стимуляции и психотерапии нормализует функционирование активирующих систем мозга (по данным анализа условной негативной волны), и психологическое состояние больных (по данным психодиагностического тестирования); способствуют устранению симптомов стомалгии.

Наибольшую эффективность комплексной терапии по влиянию на боль и психопатологические проявления при стомалгии имеет предложенная методика использования антидепрессанта леривона и транскраниальной стимуляции по сравнению с традиционным лечением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аванесян Р.А. Нейрофункциональные методы терапии (биологическая обратная связь) в комплексном лечении невралгии тройничного нерва// Автореф. дисс. канд.мед.наук.—Москва — 2009 — 18с.
2. Вагапов М.М. «Нарушения со стороны нервной системы, возможные у пациентов' при стоматологическом лечении причины и профилактика» // Автореф. дисс. канд.мед.наук.- Москва - 2007 - 24с.
3. Гаврилюк А.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в комплексе лечения болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Автореф. дисс.канд.мед.наук— Москва-2011.-20с.
4. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопалгии: клиника, диагностика, лечение // Автореф. дисс. докт.мед.наук.- Москва.— 2011.-41с.
5. Куприянова О.Н. Клинические и морфофункциональные особенности лицевых болей у пациентов с дисплазией соединительной ткани // Автореф. дисс. .докт.мед.наук — Москва — 2007 — 47с.
6. Штамм А.М. Невралгия тройничного нерва при дисплазии соединительной ткани (клиника, диагностика, лечение) // Аввтореф. дисс. .канд.мед.наук Москва.- 2007 - 20с.
7. Lundy E.F., Al -Hashimi I., Rees T.D.et al. Evaluation of major parotid glycoproteins in patients with burning mouth syndrome. //Oral.Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral.Radiol.Endod.- 1997.-Vol. 83(2).-P.252-258.
8. Psatta D.M., Matei M.Cerebral evoked potentials in chronic vertebrobasilar insufficiency ./J.Neurol and Psychiatric.-1993 .-Vol.31.-P.221-238.