

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ДОРОШ ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК616.313-009.7:616.43

**ПОРУШЕННЯ ГЕМОДИНАМІКИ ЯЗИКА ТА ВЕГЕТО-ЕМОЦІЙНОГО  
СТАНУ У ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ В  
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ**

14.01.22 – стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ дисертації  
на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Ужгород – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова МОЗ України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Кулигіна Валентина Миколаївна**, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», МОН України, професор кафедри терапевтичної стоматології.

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Скиба Василь Якович**, Державна установа «Інститут стоматології НАМН України»м. Одеса, заступник директора з організаційно-методичної роботи;
- доктор медичних наук, професор **Ступницький Ростислав Миколайович**, Інститут післядипломної освіти Державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет», професор кафедри стоматології.

Захист відбудеться «02» березня 2016 року о 13:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 61.051.08 при Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет» МОН України за адресою: 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» МОН України (88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3).

Автореферат розісланий «30» січня 2016 року.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
к.мед.н., доцент



О.В. Клітинська

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Серед захворювань СОПР глосодинія є однією з актуальних проблем та складним і суперечливим діагнозом в стоматології (Grenberg M. et al., 2003; Барер Г.М. и соавт., 2005; Cerchiari D et al., 2006; Яворская Е.С., 2007; Скуридин П.И., 2010; Дичко Е.Н. и співавт., 2013). Підтвердженням цього свідчить поліетіологічність захворювання, різноманітність симптомів, наполегливий і довготривалий перебіг та резистентність до медикаментозної терапії. Хворі на глосодинію складають найбільш чисельну групу серед усіх чутливих порушень щелепно-лицевої ділянки: від 14 до 26% (Данилевський Н.Ф. и соавт., 2001; Botha P. J. et al., 2001; Hakeberg M. et al., 2003; Николаенко Е.В., 2009; Хубаев С.З., 2014). Глосодинія частіше зустрічається у пацієнтів середнього віку, особливо жінок у клімактеричному періоді, серед яких розповсюдженість хвороби сягає 12-18% (Botha P.J. et al., 2001).

Актуальність проблеми зумовлена відсутністю єдиного погляду щодо нозологічної приналежності захворювання і формулювання діагнозу у вітчизняній та іноземній літературі, що ускладнює його діагностику та лікування. Разом з тим, більшість дослідників (Яворская Е.С., 2007; Львова Л., 2008; Miziara I.D. et al., 2009; Дичко Е.Н., 2013; Иорданашвили А.К. и соавт., 2013; Максимова М.Ю. и соавт., 2014; Абдулазимов М.С., 2014) єдині у визначенні глосодинії, як хронічного захворювання, що характеризується стійкими парестезіями в різноманітних ділянках СОПР, частіше язика, проте не переходять у почуття болю та не супроводжуються морфологічними змінами.

Незважаючи на те, що питанням етіологічних факторів та патофізіологічних механізмів глосодинії присвячено багато робіт (Яворская Е.С., 1998; Вдовина Л.В., 2003; Скуридин П.И., 2010; Lopez-Jornet P. et al., 2010; Ковач І.В. і співавт., 2012; С.З. Хубаев и соавт., 2012), до тепер немає єдиної думки і потребує уточнення участь вегетативної нервової системи та підвищеного тонуусу її симпатичного або парасимпатичного відділів у розвитку захворювання.

В останні роки підкреслюють важливе значення психологічної складової у формуванні глосодинії поряд з соматичною патологією (Levenson J.L., 2003; Пономарева И.Г., 2008; Jaaskelainen S.K., 2012; Хубаев С.З., 2014). У хворих на глосодинію відмічаються виражені астеничні порушення, дратівливість, схильність до високого рівня тривожності, різні фобії (Абуладзе В.Ш., 2003; Николаенко Е.В., 2009; Miziara I.D. et al., 2009; Луцкая И.К., 2014). Тому, проблема причинно-наслідкових зв'язків у формуванні хвороби з точки зору психосоматичного співвідношення залишається актуальною і недостатньо висвітленою. Застосування комплексного принципу дослідження обумовлює багатосторонню оцінку психологічного стану особистості хворого з глосодинією та можливість його раціональної корекції. Залишається актуальною оцінка пацієнтом якості свого життя, як одного з критеріїв фізичного, психічного і соціального функціонування хворої людини та ефективності лікувальних заходів.

У сучасній концепції патогенезу глосодинії велику увагу приділяють порушенням гемомікроциркуляторного русла СОПР (Дичко Е.Н. и соавт., 2008,

2012). Визначення цього фактору, як основного серед інших причин розвитку глосодинії, є особливістю нового підходу до діагностики гемодинамічних порушень при даному захворюванні. При цьому відомі реографічні і капіляроскопічні дослідження (Ушакова Л.Ю., 2009; Надточий А.Г., 2010) технічно складні та малоінформативні. Тому, найбільш перспективними є сучасні неінвазивні та високоінформативні доплерівські методи (Кулыгина В.Н., Диденко Л.Г., 2005). Проте до теперішнього часу відсутні показники доплерівського спектра, на підставі яких можна було б судити про характер кровонаповнення судин язика в нормі та патології. В цьому зв'язку стає актуальною розробка способу ультразвукового дослідження мікрогемодинаміки артерій язика і визначення її критеріїв у здорових осіб та характер і ступінь локальних порушень у хворих на глосодинію.

Враховуючи сказане виникає необхідність опрацювання обґрунтованого методу комплексного лікування хворих на глосодинію, який дозволить забезпечити високу клінічну ефективність і запобігти рецидиву.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Особливості перебігу, лікувально-діагностична тактика та профілактика захворювань твердих тканин зубів, пародонту і слизової оболонки порожнини рота при дії місцевих та загальних факторів» (№ ДР 0113U006438) та «Вдосконалення лікувально-діагностичної тактики при захворюваннях зубів, тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота, їх прогнозування та профілактика» (№ ДР 0109U003911). Автор була виконавцем окремих фрагментів комплексної наукової теми.

**Мета дослідження** – підвищити ефективність лікування хворих на глосодинію на основі вивчення змін локальної гемодинаміки язика, вегетативних дисфункцій і психоемоційного стану та опрацювання методу обґрунтованої корекції виявлених порушень в комплексному лікуванні.

### **Завдання наукового дослідження:**

1. Вивчити стоматологічну захворюваність, стан гігієни порожнини рота та фізико-хімічні властивості ротової рідини у хворих на глосодинію.
2. Оцінити активність симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи у обстежених хворих.
3. Дослідити стан локальної гемодинаміки язика у здорових осіб та його зміни у пацієнтів з глосодинію.
4. Уточнити роль психологічних особливостей та емоційного стану пацієнтів з глосодинією у розвитку захворювання.
5. Вивчити якість життя обстежених пацієнтів.
6. Розробити метод комплексного лікування глосодинії і профілактики рецидиву захворювання та оцінити їх ефективність.

**Об'єкт дослідження** – дисфункції вегетативної нервової системи та порушення локальної гемодинаміки язика і психоемоційного стану у хворих на глосодинію.

*Предмет дослідження* – засоби і методи корекції вегетативних дисфункцій, психоемоційного стану і змін локальної гемодинаміки язика у хворих на глосодинію.

**Методи дослідження:** клінічні – з метою визначення стану СОПР, зубів і тканин пародонта, частоти серцевих скорочень і дихання; неврологічне обстеження – для виявлення розладів чутливості, бульбарних симптомів і визначення стану вегетативної нервової системи; лабораторні – для визначення рН, в'язкості і буферної ємності ротової рідини та швидкості слиновиділення; фізичні – з метою визначення артеріального тиску; функціональні – для визначення гемодинаміки судинної системи язика; психологічні – з метою вивчення психоемоційних особливостей та якості життя хворих; статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Проведена порівняльна оцінка частоти виявлення та характер стоматологічної патології у хворих на глосодинію і практично здорових осіб аналогічного вікового періоду. Встановлено відсутність достовірної різниці структури стоматологічної захворюваності між групами обстежених ( $p > 0,05$ ).

Отримало подальший розвиток вивчення характеру слиновиділення, в'язкості змішаної слини, балансу кислот та лугів у ротовій рідині і здатності до їх нейтралізації у хворих на глосодинію. Показано, що завдяки задовільному рівню гігієни порожнини рота, який мотивований канцерофобією, стан стоматологічного здоров'я у хворих на фоні зниження швидкості виділення слини та її буферної ємності, а також підвищення в'язкості і змін кислотно-лужної рівноваги не порушується.

Доведено значення підвищеної функціональної активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у розвитку глосодинії в осіб з порушенням вегетативної регуляції життєвих процесів, що супроводжують соматичну патологію.

Доповнено наукові данні щодо ролі психоемоційної напруги у розвитку глосодинії в осіб з емоційно-нестабільним типом характеру, схильністю до підвищення особистісної та ситуативної тривожності і особливістю психологічної поліструктури особистості: наявністю різнонаправлених провідних шкал реагування "змішаного", "сильного" і "слабкого" регістру (3-тя, 4-та, 7-ма) та їх поєднання (3-4, 3-7, 4-7). Виявлено високу оцінку хворими ролі парестетичних відчуттів в обмеженні життєдіяльності.

Вперше визначені доплерографічні критерії оцінки гемодинаміки глибокої артерії язика у здорових осіб (Пат. 93640 Україна, Бюл. № 19) та виявлено погіршення стану кровообігу у судинах язика з віком. Встановлено вірогідне погіршення показників лінійних ( $V_{max}$ ,  $TAMX$ ,  $R_i$  та  $S/D$ ) і об'ємних ( $ШО$ ,  $P_i$ ) параметрів доплерівського спектру глибокої артерії язика у порівнянні з практично здоровими особами (ступінь достовірності 95-99,9%), що свідчило про зниження внутрішньоорганного кровообігу у тканинах язика та підкреслювало значення змін локальної гемодинаміки язика і функціонального стану судинної системи у розвитку захворювання.

Розроблено метод комплексного лікування і профілактики глосодинії, що дозволив досягти високої клінічної ефективності у найближчі і віддалені терміни спостереження.

**Практичне значення результатів дослідження.** Розпрацьовані ехографічні критерії гемодинаміки глибокої артерії язика у здорових осіб допоможуть лікарям проводити оцінку трофіки язика під час діагностики та лікування хворих на глосодинію.

Розроблений і впроваджений в клінічну практику метод комплексного лікування глосодинії і профілактики її рецидиву, що включає консультації фахівців (невропатолога, гастроентеролога, гінеколога та психолога), проведення базисної терапії соматичного захворювання, усунення місцевих подразнюючих факторів та корекцію вегетативних дисфункцій, психо-емоційного стану і змін локальної гемодинаміки язика дозволить досягти регресії суб'єктивних і об'єктивних ознак хвороби, тривалої ремісії та попередження рецидиву.

Впровадження запропонованого методу комплексного лікування глосодинії дозволить забезпечити підвищення швидкості виділення слини, покращення її в'язкості і буферних властивостей, нормалізації кислотно-лужного балансу та внутрішньоорганного кровообігу у тканинах язиках.

Результати дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес на кафедрі терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та кафедрі терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу «Українська медична стоматологічна академія», у клінічну практику Міського комунального підприємства «Міський стоматологічний центр» м. Вінниця, ПрАТ «Обласна стоматологічна поліклініка» м. Вінниця та «Комунальний заклад» Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О.І. Ющенко м. Вінниця.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є особистим завершеним науковим дослідженням. Автор самостійно провела патентно-інформаційний пошук, аналіз джерел літератури. Разом з науковим керівником визначила мету і завдання дисертаційного дослідження, провела аналіз отриманих результатів, сформулювала висновки. Особисто виконала клінічні, фізичні, психологічні та функціональні дослідження; провела систематизацію та узагальнення отриманих результатів та їх статистичне обчислення; обґрунтувала та розробила метод комплексного лікування глосодинії і профілактики рецидиву захворювання. У друкованих працях участь здобувача є визначальною.

Допплерографічні дослідження гемодинаміки глибокої артерії язика здійснювала спільно зі співробітниками відділення функціональної діагностики Військово-медичного клінічного центру центрального регіону Збройних Сил України (начальник центру – полковник медичної служби, к.мед.н. Петрук С.О.). Неврологічні дослідження та аналіз психологічного тестування хворих проводила спільно зі співробітниками психологічного та неврологічного відділень Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О.І. Ющенко (керівник установи – заслужений лікар України Клочко В.Л. ).

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати наукових досліджень викладено та обговорено на засіданнях кафедри терапевтичної стоматології та засіданнях Вченої Ради стоматологічного факультету Вінницького національного медичного імені М.І. Пирогова. Доповіді про результати дослідження було виголошено на: XIV Конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (Донецьк, 2012); IV Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (Вінниця, 2013); III Міжнародній стоматологічній конференції студентів та молодих вчених (Ужгород, 2014).

**Публікації.** За темою дисертаційної роботи опубліковано 8 наукових праць, серед яких 5 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, у тому числі 2 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз та 3 тези у збірниках конгресу і науково-практичних конференціях, отримано патент на корисну модель.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертація викладена на 192 сторінках друкованого тексту, з яких 150 сторінки основного тексту, і складається зі вступу, огляду літератури, опису методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення отриманих результатів, висновків, переліку використаних джерел літератури, який включає 166 найменувань, додатків 10. Робота ілюстрована 31 таблицею, 13 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали і методи досліджень.** Для досягнення поставленої мети і завдань проведено обстеження 49 хворих на глосодинію, віком від 46 до 65 років, які звернулись за допомогою на кафедру терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Співвідношення пацієнтів чоловічої та жіночої статі в досліджуваній вибірці було таким: 86,8% – жінки і 13,2% – чоловіки. Середній вік жінок склав 52,1 років, чоловіків – 52,4 років. 42 практично здорові особи аналогічного вікового періоду склали групу контролю. Усі обстежені були поділені на дві групи згідно вікової систематизації А.А. Маркосян (Тифлинский С.Б. и соавт., 1991): II період зрілого віку (28 хворих і 24 здорові особи) і літнього віку (21 і 18 осіб). Обстеження хворих передбачало проведення клінічних, фізичних, фізико-хімічних, функціональних та психологічних методів дослідження. Об'єктивне обстеження проводили разом з невропатологом, за показаннями – консультації фахівців з психології, гастроентерології, гінекології, кардіології тощо. Критерії відбору пацієнтів також передбачали відсутність загострення або значних клінічних проявів супровідної соматичної патології на момент обстеження.

Діагностику глосодинії проводили у відповідності з класифікацією СОПР, прийнятою в Україні (Данилевський Н.Ф. и соавт., 2001). Усі хворі за методом лікування були поділені на 2 групи: основну (14 пацієнтів II періоду зрілого віку і 11 – літнього) і порівняльну (відповідно 14 і 10 пацієнтів).

Визначення рН ротової рідини проводили з допомогою тесту Saliva Check. В'язкість ротової рідини визначали з допомогою віскозиметра Освальда ВК-4, швидкість саливації – за методикою Х.М. Сайфуллиной, 2000, буферну ємність – методом Krasse (В. Ф. Михальченко и соавт., 2006). Оцінку стану гігієни порожнини рота проводили з допомогою індексу Грін-Вермільйона (Хоменко Л.О., 2001).

Дослідження наявності вегетативної дисфункції проводили за "Опитувальником для виявлення вегетативних змін" запропонованим А.М. Вейном (2001). Для оцінки вихідного вегетативного тонузу визначали вегетативний індекс Кердо, міжсистемного кардіо-респіраторного співвідношення – коефіцієнт Хільдебранта: співвідношення частоти серцевих скорочень до частоти дихання за 1 хвилину. Вивчення психологічного стану пацієнтів здійснювали за допомогою опитувальника Міні-Мульт СМОЛ (Собчик Л.Н., 2002), особистісної та ситуативної тривожності – за Спілбергером (Кудряшов А.Ф., 1992), темпераменту – за Ганс та Сибілла Айзенк (Кудряшов А.Ф., 1992), якості життя – за sf – 36 (Новик А.А., Іонова Т.И., 2007). Вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень у пацієнтів проводили за допомогою напів-автоматичного тонометру A&D Medical UA-705 digital blood pressure monitor.

Стан локальної гемодинаміки язика визначали на ультразвуковому сканері "MyLab 50 xvision" (ESAOTE, Італія) з лінійним датчиком частотою 7,5 МГц, у режимі сірошкальної ехографії, кольорового доплерівського картування кровотоку і імпульснохвильової доплерографії за розробленим нами методом (Пат. 93640 Україна, МПК<sup>51</sup>А61В 8/00. Спосіб ультразвукового дослідження гемодинаміки артерій язика. – № u201404662; заявл. 30.04.2014; опубл. 10.10.2014, Бюл. №19).

Достовірність отриманих результатів оцінювали за критерієм достовірності Ст'юдента, шляхом статистичного обчислення даних з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики (параметричних і непараметричних) з пакета програм «Statistica» і «Microsoft Excel» (Приходський О.О., 2000; Реброва О.Ю., 2003).

**Результати досліджень.** Результати проведених досліджень свідчать, що глосодинія найчастіше зустрічається у жінок II періоду зрілого віку (89,3%) і літнього (85,7%), що співпадає з даними літератури (Кордіяк А.Ю. і співавт., 2002). У жінок II періоду зрілого віку дане захворювання діагностовано в 9 разів частіше ніж у чоловіків, у літньому – в 7 разів, тобто простежувалась чітка залежність від статі пацієнтів.

З метою оцінки рівня стоматологічної захворюваності у хворих на глосодинію проведено вивчення показників стану СОПР, зубів і тканин пародонта та їх порівняння з практично здоровими особами контрольних груп у різні вікові періоди. При цьому нами не встановлено достовірної різниці частоти виявлення та структури стоматологічних захворювань між пацієнтами основної та контрольної групи як у другому періоді зрілого, так і літнього віку ( $p > 0,05$ ). Разом з тим поширеність каріозного ураження зубів в II періоді зрілого віку у хворих на глосодинію склала 85,7%, у осіб контрольної групи - 100%, в літньому – відповідно 81 і 88,8%. Захворювання тканин пародонта діагностовано у 75 і 79,2% обстежених в II періоді зрілого віку і у 85,9% і 94,4% - в літньому.



Отже, поширеність захворювання зубів і тканин пародонта у пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією була відповідно на 14,3 і 4,2% нижче ніж у здорових осіб, а літнього на 7,8 і 8,6%. В той же час порівняльний аналіз структурних показників за нозологічними формами стоматологічних захворювань не виявило визначеної закономірності у різниці середньостатистичних значень між основними та контрольними групами. Проте, питома вага окремих показників в основній і контрольній групі обстежених переважала в літньому віковому періоді. Так, в основній групі обстежених хронічний генералізований пародонтит початкового – I ступеня діагностований на 3,6% частіше в цьому періоді, в контрольній – на 15,2%, хронічний генералізований пародонтит II ступеня – на 4,8 і 4,2%, клиноподібні дефекти на 19 і 17,8%, а патологічне стирання зубів - на 10,8 і 16,6%. Таким чином, особливістю поширеності та структури стоматологічних захворювань у пацієнтів з глосодинією є зменшення каріозного ураження зубів і тканин пародонта порівняно з групою практично здорових осіб контрольної групи та тенденція до погіршення показників в обох групах обстежених з віком.

При оцінці клінічного перебігу глосодинії у хворих II періоду зрілого віку особливу увагу заслуговує наявність парестетичного симптому: різноманітні форми яскравих, іноді поліморфних відчуттів різних відтінків на слизовій оболонці порожнини рота і язика (печіння – у 60,7%, поколювання – у 42,9%, ковзання мурашок – у 39,3%, пощипування – у 35,7%, свербіж – у 50% тощо), що не переходять у відчуття болю у 100% пацієнтів. Зі збільшенням тривалості захворювання пацієнти відмічають підвищення інтенсивності нестерпних парестезій, які викликають депресію і порушення сну та знижують працездатність. Первинну зону виникнення парестетичних відчуттів з максимумом інтенсивності (зона домінування) відзначали одну, дві або декілька ділянок слизової оболонки порожнини рота, проте частіше різних частин язика: кінчика (у 64,3%), бокових поверхонь (у 50%), спинці (у 35,7%), всієї поверхні (у 25%). Крім того, виявлені значні ділянки рівномірного та симетричного розповсюдження парестезій майже у половини обстежених цієї групи (слизова оболонка щік, піднебіння, стравоходу, шкіри центральної зони обличчя і підборіддя). Характерні сенестопатії (відчуття одерев'янілості язика та відчуття чужерідного тіла в глотці) у 21,4%, що разом з парестезіями формували нав'язливу боязнь за своє здоров'я у 28,6% хворих та канцерофобію – у 35,7%. У деяких пацієнтів спостерігали порушення смакової чутливості в передніх двох третинах язика.

Встановлена залежність парестезій від прийому їжі, (повна відсутність або максимальне знижена інтенсивність) під час їди у 100% обстежених.

Важливим симптомом захворювання є порушення характеру слиновиділення, що встановлено у 92,9% пацієнтів: гіпосалівація – у 75%, гіперсалівація – у 10,7%, диссалівація – у 7,15%.

Зазначені симптоми захворювання турбували 85,7% хворих протягом 1 – 12 місяців, 14,3% – більше року. 75% пацієнтів раніше отримували лікування захворювання, але не відмічали позитивного ефекту та довготривалої ремісії від різноманітних методів. Третина пацієнтів пов'язувала виникнення захворювання з емоційними переживаннями внаслідок соціальних конфліктів (сімейних та

професійних, матеріальної незадоволеності), аналогічна кількість – із соматичними захворюваннями, 1/5 частина – з місцевою механічною травмою. Проте, отримані дані спектру коморбідних патологій свідчили про наявність органних та функціональних розладів двох і більше систем, з яких переважали захворювання травного тракту, скелетно – м'язевої і серцево – судинної системи, патологія клімаксу, порушення психо – емоційного стану. Примітно, що усі пацієнти не палять та не мають інших шкідливих звичок.

При обстеженні хворих спостерігали підвищену больову і температурну чутливість при збереженні тактильної на больове подразнення центральних і середніх відділів шкіри обличчя, слизової оболонки язика, губ, піднебіння. Слід зазначити, що у неврологічній симптоматиці крім розладів чутливості виявлені бульбарні симптоми: зниження глоткового та занавіскового рефлексу у 14,3% та фібрилярне посмикування язика у 25%.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу глосодинії у хворих II періоду зрілого і літнього віку виявив наступне: виражену закономірність до зростання емоційного забарвлення гіперестезії, сенестопатій, посилення гіперпатій за сегментарним типом, поглиблення бульбарних розладів. Це супроводжується нав'язливими побоюваннями за своє здоров'я, канцерофобію. Особливістю є превалювання ролі хронічних захворювань системи органів травлення поряд з підвищеним психо – емоційним станом у розвитку глосодинії в пацієнтів літнього вікового періоду.

Отже, клінічний перебіг глосодинії свідчить про гетерогенність захворювання із залученням соматичної патології та психо-емоційних розладів у його формуванні, що узгоджується з результатами досліджень Е.С.Яворської, (2007), З.С. Хубаєва (2014).

Встановлено достовірне зниження швидкості слиновиділення в обох груп досліджуваних вдвічі відносно контрольної групи ( $p < 0,001$ ). Зменшення кількості виділеної слини сприяло змінам її структурних властивостей, зокрема в'язкості, яка з достовірністю 99,9% була вище ніж у групі контролю. В'язка та малорухлива змішана слина у обстежених хворих обумовлена вірогідним зниженням її секреції, оскільки гіпосалівація є патогномонічною ознакою глосодинії.

Визначення концентрації водневих іонів та ємності бікарбонатного буферу в ротовій рідині хворих на глосодинію виявило суттєве зниження їх значень з високим ступенем достовірності різниці показників між основною та контрольною групами II періоду зрілого та літнього віку. Так, середньостатистичне значення рН даної біологічної рідини у хворих на глосодинію II періоду зрілого віку склало  $6,27 \pm 0,06$  (проти  $6,82 \pm 0,08$  у групі контролю), літнього –  $6,16 \pm 0,07$  (проти  $6,61 \pm 0,08$ ), при  $p < 0,001$ . Аналогічні зміни спостерігали при визначенні нейтралізуючих властивостей ротової рідини – активності бікарбонатної буферної системи. Зсув кислотно -лужного балансу у бік ацидозу та зниження ємності буферу більш виражені у пацієнтів літнього вікового періоду, підтверджує вікові особливості стану середовища порожнини рота. Порівняльна оцінка сумарного індексу ОНІ –S у хворих і осіб груп контролю виявила задовільний рівень гігієни у пацієнтів II періоду зрілого віку і незадовільний, проте на межі с задовільним – у літнього.

Отже, у пацієнтів з глосодинією встановлено достовірне зниження швидкості салівації центрального ґенезу, підвищення в'язкості слини на фоні дисбалансу кислот і лугів у ротовій порожнині та низької здатності до їх нейтралізації. Проте, внаслідок проведення хворими ретельних індивідуальних гігієнічних заходів, що мотивовані канцерофобією, стан порожнини рота за індексом Гріна – Вермільона у пацієнтів II періоду був у цілому задовільним і ледве гірше у таких літнього вікового періоду.

Зважаючи на суперечливість уявлень відносно участі вегетативної нервової системи у механізмі виникнення глосодинії, проведена оцінка стану її сегментарного відділу за опитувальником Вейна, індексом Кердо та коефіцієнтом Хільдебранта у порівнянні з групами здорових осіб контрольної групи. Отримані результати за тестом Вейна свідчили про наявність ознак вегетативних дисфункцій у 92,85% хворих II періоду зрілого віку і 85,7% – літнього. Підрахування цифрових значень опитувальника у балах підтвердив вегетативні розлади у регуляції життєвих процесів хворих на глосодинію, які перевищували більше ніж вдвічі таких груп практично здорових осіб. Дослідження вегетативної регуляції за індексом Кердо виявило переважання парасимпатичного впливу над симпатичним, що підтвердило дані Яворської О.С. (1998). За індексною оцінкою негативний коефіцієнт в обох груп пацієнтів ( $-16,07 \pm 2,8$  в II періоді зрілого віку і  $-10,16 \pm 4,36$  – в літньому) та їх висока статистична достовірність відносно груп контролю (95 – 99,9%) свідчили про підвищення парасимпатичного тону, що зумовлює місцеву дію, у тому числі уповільнення ритму серцевих скорочень, та впливає на показник індексу Кердо. Вивчення узгодженості у діяльності серцево-судинної і дихальної систем за коефіцієнтом Хільдебранта виявило міжсистемну рівновагу лише у половині обстежених пацієнтів. Звертає на себе увагу тенденція до підвищення парасимпатичного вегетативного забезпечення серцево-судинної системи, як у практично здорових осіб, так і у групах пацієнтів ( $p > 0,05$ ), проте особливо виражена у останніх.

Отже, істотне підвищення частоти вегетативних дисфункцій з переважанням парасимпатичного тону і високим ступенем неузгодження у діяльності серцевої та дихальної систем свідчило про участь парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у розвитку глосодинії. Однак, зміни основних вегетативних показників не мали специфічного характеру та чіткої відповідності клінічним проявам коморбідності соматичної патології, що можна розцінювати, як наслідок психоемоційних розладів, зокрема високого рівня тривожності, який за даними авторів (Хубаев С.З., Караков К.Г., 2014) корелює з вегетативними зсувами.

Зростання значимості психотравмуючих чинників, як однієї з причин розвитку глосодинії, спонукало до поглибленого вивчення особистості пацієнтів за допомогою психодіагностичних методик: міні – мульт (СМОЛ), Айзенка та Спілбергера. Натомість у двох груп досліджуваних хворих не виявлено патологічних змін особистості і психічних захворювань та істотних відмінностей паттерну СМОЛ у віковому аспекті. При спілкуванні – адекватна поведінка. Тестування хворих за опитувальником міні -мульт виявило нормальні показники у загальному профілі особистості: від 40 до 60 Т. Разом з тим, аналіз результатів

даного дослідження виявив пікове значення окремих шкал у межах "коридору" норми та переважно "лінійний профіль" особистості пацієнтів.

Слід зазначити, що відповіді пацієнтів були відвертими, проте виявлено деякі підвищення шкали надійності F, що свідчило про виражену самокритичність та психологічний дискомфорт особистості. За інтерпретацією Л.Н.Собчик (2002) поєднання з низьким показником шкали корекції K та їх різницею ("F – K") в межах "+7" – "+11" вказувало на бажання пацієнтів драматизувати свої проблеми і труднощі у зв'язку з хворобою, що підтверджувалось клінічними дослідженнями. При детальному аналізі профіля СМОЛ у хворих на глосодинію виявлено підвищення окремих різнонаправлених шкал "сильного" (4 – та) і "слабкого" регістру (7 – ма), "змішаний" тип реагування (3 – тя) та їх поєднання ("3 – 4 ", "3 – 7" та "4 – 7"). При цьому в особистісному паттерні відмінними рисами пікової 3-ї шкали, є емоційна лабільність і конфліктне поєднання різнонаправлених тенденцій з демонстрацією і яскравістю емоційних проявів та акцентуацією за істероїдним типом. Це складає підґрунтя для психосоматичних розладів, особливо з одночасним піковим підйомом гіпертипної шкали імпульсивності (4–та). Поєднання високих показників за 3 – ю і 7 – ю шкалами (конституційно обумовленою тривожністю), на думку Собчик Л.Н., характерні для виражених фіксованих фобій. Це сприяло формуванню нав'язливої боязні мати невиліковну хворобу та канцерофобію у пацієнтів з глосодинією. Звертає на себе увагу поєднання високої 7 – ї з 4 – ю шкалою профілю особистості у хворих, що відображує проблеми внутрішнього протиріччя та зіткнення різнонаправлених типів реагування. Цей конфлікт матеріалізується за психосоматичним варіантом дезадаптації з вираженими соматичними скаргами.

Таким чином, результати вже першого етапу дослідження переконливо доводять цілком обґрунтоване припущення про вагоме значення у низці інших факторів особливостей психологічної сфери особистості, сприяючих розвитку глосодинії. При цьому спостерігалась чітка тенденція до підвищення ймовірності виникнення глосодинії у осіб з емоційно нестабільним, невірноваженим характером, акцентуацією за істероїдним типом та внутрішнім протиріччям змішаного типу, що призводить до соматизації конфлікту і супроводжується високим рівнем тривожності. Це спонукало звернутися до більш глибокого вивчення особливостей особистості хворих на глосодинію. Тестування хворих за опитувальником Айзенка та Спілбергера виявило достовірно вищий рівень взаємодоповнюючих шкал нейротизму та тривожності у пацієнтів з глосодинією порівняно з контрольною групою зі ступенем ймовірної розбіжності 95–99%. Лабільність нервових порушень у хворих супроводжувалась високим рівнем особистісної тривожності, що на 45,3 і 42,8% перевищувало таку груп практично здорових осіб ( $p < 0,001$ ). Вдвічі частіше констатовано схильність реагувати станом підвищеної тривоги на різноманітні ситуації. Поглиблене вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих на глосодинію підтвердило наявність високого рівня особистісної тривожності (як риси характеру) і реактивної (ситуативно обумовленої) та вираженого нейротизму, що збігається з даними літератури (Rojo L. et al., 1993; Nicmeier V. et al., 2002) про значення емоційно-нестабільних та тривожних рис особистості у розвитку захворювання.

Результат складових якості життя за загальним опитувальником SF-36 свідчить, що рівень фізичних і психологічних компонентів здоров'я не дозволяє хворим на глосодинію оцінити своє життя повноцінним та значимим. При цьому, по усім шкалам опитувальника сумарні показники у хворих на глосодинію були у 2-3 рази менше оптимальних і на 25-35% нижче, ніж у практично здорових осіб ідентичного вікового періоду, що підкреслювало вагоме значення захворювання в особистісної оцінці пацієнтами якості свого життя.

Висока інтенсивність парестетичних відчуттів за шкалою (BR) сприяла суттєвому зниженню об'єму можливих фізичних навантажень (за PF), обмеженню звичайної повсякденної діяльності (соціальної, професійної, побутової) (за RP), створюючи негативне сприйняття стану свого здоров'я (за GH). Фізичні порушення у поєднанні з особистісною реакцією на фактори хвороби (схильність до фіксації уваги на своїх відчуттях) та їх наслідки (різні фобії, в тому числі онкофобія) формували умови для зниження життєвого енергійного потенціалу (VT), обмеження соціальних контактів (SF), розвиток несприятливого емоційного фону (RE) та тривалість розладів (MH), що вказували на психологічне неблагополуччя.

Проведені нами дослідження гемодинаміки глибокої артерії язика у хворих на глосодинію виявили достовірні відмінності усіх параметрів доплерографічного спектру порівняно з аналогічними групи контролю. При аналізі якісних показників ультразвукового дослідження виявлені усі складові доплерівського діапазону, проте низькі зниження швидкостей кровотоку (лінійних та об'ємних), згладженість зубців, наявність піків і відсутність "спектрального вікна" свідчили про виражені зміни локальної гемодинаміки у басейні глибокої артерії язика.

Детальний аналіз кількісних показників доплерівського спектру виявив істотне зменшення максимальної швидкості кровотоку в 1,8 рази ( $p < 0,001$ ), усередненої за часом – в 1,2 рази ( $p > 0,05$ ) порівняно з групою контролю. Істотне зменшення основного показника справжнього кровопостачання язика – об'ємної швидкості кровотоку в 1,3 рази ( $p < 0,05$ ), свідчило про погіршення кровообігу у системі глибокої артерії язика та наявність застійних явищ у цій судинній системі. При підрахунку індексів Пурсело і Гослінга встановлено достовірне підвищення тону судинної стінки (на 7,8%,  $p < 0,001$ ) та величини її пульсації (в 1,4 рази,  $p < 0,001$ ). Гіперпульсація може бути причиною розладів локальної гемодинаміки язика та непрямою ознакою порушення реактивності судин у системі кровообігу глибокої артерії язика. Крім того, вигогідне підвищення індекса Гослінга може бути пов'язано з артеріальною гіпертензією, яка встановлена у 39,3% хворих II періоду зрілого віку і у 47,6% – літнього. Зниження систоло-діастолоічного співвідношення свідчило про погіршення еластичних властивостей судинної стінки, що також обумовлено підвищеним артеріальним тиском. Отже, погіршення показників лінійних (V-max, TAMX, RI, S/D) і об'ємних (ШО, PI) параметрів доплерівського спектру у хворих на глосодинію свідчили про зниження інтенсивності внутрішньоорганного кровообігу в басейні глибокої артерії язика, що підтверджувало його значення у розвитку захворювання. На підставі проведення клінічних, фізичних, фізико-хімічних, функціональних і психологічних методів дослідження розпрацьований метод комплексного лікування хворих на глосодинію

та профілактики рецидиву захворювання, спрямований на відновлення порушень функцій коморбідних захворювань органів та систем, усунення клінічних проявів, нормалізацію функціонального стану сегментарної та надсегментарної нервової системи, психологічних розладів, порушень локальної гемодинаміки та покращення якості життя.

Призначення лікарських препаратів хворим основної та порівняльної групи та їх нагляд здійснювали разом з співробітниками кафедр нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (зав. кафедри – д.мед.н., професор С.П. Московко). Проводили лікування соматичного захворювання, санацію порожнини рота, усунення місцевих подразнюючих факторів. Здійснювали професійну гігієну порожнини рота, підбір, контроль і корекцію засобів і методів індивідуальної гігієни. Рекомендували застосування зубної пасти "Xerostom" (Bioscosmetic, Іспанія) та чищення поверхні язика спеціальними щіточками двічі на день. Хворі на хронічний катаральний гінгівіт та генералізований пародонтит отримували рекомендації щодо використання флосів, інтердентальних щіток, ополіскувачів.

Лікування основної групи хворих на глосодінію включало застосування препаратів: габапентин 0,3 мг (Фарма Старт, Україна) після прийому їжі за схемою: перша доба – по 1 табл. 1 рази на день; друга доба – по 1 табл. 2 рази на день; третя доба – по 1 табл. 3 рази на день; з 4 по 14 добу – по 1 табл. 3 рази на день курсом 14 днів (під контролем невропатолога), при неефективності – препарат Лірика (Пфайзер, Німеччина) 75 мг 2 рази на день, за необхідністю – 150 мг 2 рази на день; Енеріон 0,2 (Серв'є Індастрі, Франція) по 1 табл. 2 рази на день після їди протягом 4 тижнів; Персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні; Трентал 0,1 (Санофія – Авантіс, Індія) по 2 табл. 2 рази на день після прийому їжі (під контролем кардіолога), курс лікування – 14 днів; при гіпосалівації – настій препарату рослинного походження мати-й-мачухи по 1 ст. ложці на 200 мл гарячої перевареної води, настояти протягом 15 хв., вживати  $\frac{1}{2}$  склянки 3 рази на день – 14 днів.

Крім того, місцево проводили блокади язикового нерва 2% розчином вітаміну В<sub>1</sub> (1мл) з 2% розчином лідокаїну (2 мл) по чергово з обох сторін, курсом 10 процедур щоденно; ультрафонофорез 1% розчину вітаміну РР (1 мл + 1 мл 80% водного розчину гліцерину) на область язика курсом 5-7 процедур щоденно.

З метою профілактики рецидиву глосодінії проводили диспансерне спостереження та призначення кожні півроку протирецидивного курсу при позитивному результаті лікування нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія) по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця; персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні; ультрафонофорез вітаміну РР (1 мл 1% розчину + 1 мл 80% водного розчину гліцерина) на язик курсом 5 процедур.

Лікування групи порівняння включало: нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія) по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця; новопасит (Тева Чех Індастріз, Чехія) по 1 чайній ложці 2 рази на день після їди протягом місяця; кавінтон, 0,005 (Гедеон Ріхтер, Угорщина) по 1 табл. 3 рази на день (під контролем кардіолога), курс лікування – 14 днів; блокади язикового нерва 2% розчином вітаміну В<sub>1</sub> (1мл) з 2% розчином лідокаїн (2 мл) по чергово з обох сторін, курсом 10

процедур; гальванічний комір за О. Ю. Щербаком: перша процедура тривалістю 6 хв з силою току 6 мА, з кожною наступною процедурою збільшували силу струму на 2 мА та 2 хв. Максимальна сила току – 16 мА, час – 16 хв. Кількість процедур – 12 щоденно; місцево полоскання 1% розчином цитралю 3 рази на день (по 15 крапель на 200 мг кип'яченої води). Курс лікування – 14 днів.

Аналіз безпосередніх результатів свідчив про високу ефективність методу комплексного лікування основної групи пацієнтів з глосодинією. Значного зменшення набули частота і яскравість основних клінічних ознак захворювання. Так, редукцію парестетичних симптомів захворювання виявили у 35,7% хворих II періоду зрілого віку і у 45,5% – літнього, суттєвого зменшення інтенсивності цих відчуттів відповідно у 35,7% і 18,2% обстежених. Незважаючи на негативну оцінку результатів лікування 4-х (28,6%) хворих II періоду зрілого віку і 3-х (27,3%) – літнього, парестетичні відчуття цих пацієнтів локалізувались тільки у первинній зоні виникнення, їх розповсюдженість на суміжні ділянки СОПР і шкіри припинились. Це пов'язано із застосуванням протисудомних препаратів габапентину та "лірика", які впливають на специфічні чутливі розлади, в тому числі парестезії, що обумовлені ураженням сомато-сенсорної нервової системи (Lopez-D'alessandro E. et al., 2011). Механізм редукції парестетичних відчуттів цих препаратів обумовлений зв'язуванням  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Na}^{+}$  – субодиниць вольтаж- залежних кальцієвих каналів, зменшуючи збуджуючий потік іонів кальцію в нервові клітини і глутаматзалежної загибелі нейронів та збільшенням синтезу фізіологічно гальмуючого трансмітера збудження нейронів – гамма-аміномасляної кислоти. Ще одним механізмом дії даних препаратів є властивість безпосередньо відкривати канали нейронів, що також гальмує їх збудження та заважає виникненню гіперестезії. Ці препарати характеризуються практично повною відсутністю лікарської взаємодії і невисокою частотою розвитку ускладнень, гарною переносимістю. У порівнянні з габапентином, препарат "лірика" має більш високу біодоступність (90%) та чинить швидкий позитивний ефект.

У процесі лікування хворих спостерігали нормалізацію бульбарних розладів: слиновиділення, смакової чутливості, відчуття обкладеності і одерев'янілості язика, враження чужорідного тіла в глотці. Встановлено зменшення кількості пацієнтів зі зниженим глотковим та занавісковим рефлексом вдвічі, а тремору язика і фібрилярних посмикувань – втричі, відносно до лікування. Отримані результати можна пояснити також зменшенням збудливості нейронів ядер понто – бульбарного стовбура мозку під дією препаратів «габапентин» та "лірика".

Незважаючи на труднощі лікування хворих, ми домоглися достовірного покращення функціональної активності слинних залоз та фізико-хімічних властивостей ротової рідини. Застосування рослинного препарату мати – й – мачухи та зубної пасти "Xerostom"сприяло підвищенню швидкості салівації у пацієнтів II періоду зрілого віку в 2,3 рази ( $p < 0,01$ ), літнього – в 2 рази ( $p < 0,001$ ). Суттєвого поліпшення набули нейтралізуючі властивості ротової рідини, її в'язкість та буферна ємність, що забезпечують реалізацію її важливих функцій. При цьому збільшення рН змішаної слини склало від 6,1 до 8,1%, ємності бікарбонатного буферу – від 13,4 до 15,2%, а зниження в'язкості – від 11,5% до 12,7%.

Разом з тим, застосування лише блокади язикового нерву у хворих груп порівняння виявилось недостатнім, оскільки регресія парестетичного синдрому встановлена у 21,4% пацієнтів II періоду зрілого віку і у 20% – літнього.

Швидкість редукції парестезій корелювала з поліпшенням сну, настрою хворих, підвищувалась комплаєнтність при їх лікуванні, що сприяло усуненню фобічних переживань, особливо онкофобій у 100% груп хворих.

Застосування препарату енеріон, (Серв'є Індастрі, Франція) який накопичується у структурах лімбако – ретикулярного комплексу і має широкий спектр активуючої дії на основні центри головного мозку та підкоркових структур, сприяло зниженню вдвічі кількості хворих II періоду зрілого віку з ознаками вегетативної дисфункції та підвищення таких з відсутністю вегетативного дисбалансу у 8 разів в порівнянні з вихідним рівнем. Також кількість хворих з ваготонією зменшилась у 3 рази з високим ступенем достовірної різниці відносно початкового рівня ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів літнього віку спостерігались аналогічні позитивні зміни щодо вірогідного зниження парасимпатичного впливу. Незважаючи на підвищення кількості пацієнтів обох вікових періодів з міжсистемною рівновагою, залишається переважно вплив вегетативної нервової системи на серцево – судинну систему ніж на дихальну, що можна пояснити особливостями вікових категорій обстежених. В той самий час у хворих групи порівняння застосування зазначеної блокади у комбінації з препаратом нейровітан, який містить октотіамін, виявились недостатньо ефективними. При цьому зміни питомої ваги неадекватних вегетативних реакцій, вегетативного тонуусу і забезпечення різноманітних видів діяльності відносно початкових були недостовірними ( $p > 0,05$ ).

Дослідження психологічного стану виявило його покращення у основній групі пацієнтів з глосодинією. На це вказувало достовірне підвищення контролю над емоціями (шкала К), менш вираженого психологічного дискомфорту (F) та драматизації проблем у зв'язку з захворюванням (F – K). Істотне зниження емоційної лабільності (на 33,3% в II періоді зрілого віку і на 38,7% – в літньому), імпульсивності (на 15,6 і 11,2%), конституціонально обумовленої тривожності (на 29,6 і 30,9%) та поєднання з статистично значимими підвищеннями шкал "сильного" реєстру – 6-ої (на 32,9 і 30,3%) та 9-ої (на 36,9 і 23,9%) у профілі особистості СМОЛ свідчили про нормалізацію психоемоційної сфери, зменшення внутрішнього протиріччя і акцентуації за істеричним типом та підвищення рівня життєлюбства і оптимістичного погляду щодо подолання проблем з хворобою. Вірогідне зниження рівня нейротизму за опитувальником Ганса та Сибілли Айзенк (відповідно на 25,3 і 42%, при  $p < 0,001$ ), підтверджували високу ефективність використання психотропного препарату персен у комбінуванні з габапентином або лірикою та енеріоном при лікуванні хворих на глосодинію. На відміну від основної групи пацієнтів, опитування хворих груп порівняння не виявило статистично значимого поліпшення показників психологічного стану після традиційного лікування та вказувало на те, що залишаються проблеми хронічної соматичної дезадаптації. Особливої уваги привертає позитивна динаміка суб'єктивної оцінки пацієнтами якості свого життя. При цьому суттєво підвищився рівень фізичної активності, покращився тонус життя, настрої і психічне здоров'я, сформувався оптимістичний погляд на свій фізичний стан.



Позитивну динаміку показників спостерігали при оцінці результатів дослідження локального кровообігу у системі глибокої артерії язика. Отримані результати свідчили про те, що використання ангіопротектора трентал та ультрафонофорезу вітаміну РР у хворих основної групи з глосодинією сприяло підвищенню внутрішньоорганного кровообігу. Істотне збільшення максимальної та усередненої за часом швидкості кровотоку вказувало на підвищення артеріального притоку крові до тканин язика, аналогічне зменшення індексів Пурсело і Гослінга – на покращення венозного відтоку, що клінічно проявлялось усуненням набряку або пастозності цього органа. Свідченням покращення кровотоку у системі мікроциркуляції язика було достовірне підвищення показників об'ємної швидкості кровотоку на 22%. В той самий час, використання лише кавінтона у групі порівняння не сприяло суттєвому покращенню показників доплерівського спектру та підтверджувало невисоку ефективність традиційного підходу до лікування глосодинії.

Диспансерне спостереження за хворими на глосодинію та проведення протирецидивної терапії підтвердило високу ефективність запропонованого методу лікування і профілактики рецидиву захворювання. Відсутність рецидиву хвороби через один рік спостерігали у 71,4% хворих II періоду зрілого віку і у 72,7% – літнього, через 2 роки – у 85,7 і 81,8%.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що полягає у підвищенні ефективності лікування пацієнтів з глосодинією та профілактики рецидиву захворювання на основі вивчення змін локальної гемодинаміки язика, вегетивних дисфункцій і психоемоційного стану та опрацювання методу обґрунтованої корекції виявлених порушень в комплексному лікуванні.

1. Встановлено, що у хворих на глосодинію частота виявлення та характер структури стоматологічних захворювань достовірно не відрізнялись від групи практично здорових осіб ( $p > 0,05$ ), проте спостерігалась тенденція до зменшення каріозного ураження зубів (на 14,3% в II періоді зрілого віку і 7,8% - в літньому) і тканин пародонта (відповідно на 4,2% і 8,6%) та з віком погіршення окремих показників (генералізований пародонтит, некаріозні ураження) в обох групах обстежених, особливо виражених в контрольній.

2. Клінічний перебіг глосодинії супроводжується достовірним зниженням ( $p < 0,001$ ) швидкості саливації (в два рази) та підвищенням в'язкості змішаної слини (на 11,9% в II періоді зрілого віку і 8,3% – в літньому) на фоні дисбалансу кислот і лугів у ротовій порожнині (відповідно на 8,1 і 6,8%) та низької здатності до їх нейтралізації (на 16,5 і 17,1%). Проте, завдяки задовільній гігієні порожнини рота ( $1,59 \pm 0,09$  і  $1,9 \pm 0,13$  балів), що мотивована канцерофобією, це не сприяло створенню агресивного середовища та погіршенню стоматологічного статусу.

3. Вірогідне погіршення показників лінійних (V-max, TAMX, Ri та S/D) і об'ємних (ШО, Pi) параметрів доплерівського спектру глибокої артерії язика, що встановлено у хворих на глосодинію у порівнянні з практично здоровими особами

(ступінь достовірності 95-99,9%), свідчило про зниження внутрішньоорганного кровообігу у тканинах язика та підкреслювало значення змін локальної гемодинаміки язика і функціонального стану судинної системи у розвитку захворювання.

4. У пацієнтів з глосодинією за опитувальником Вейна встановлено ознаки вегетативної дисфункції (85,7% у пацієнтів II періоду зрілого віку і 92,85% – літнього), за індексом Кердо – підвищення парасимпатичного відділу (відповідно у 76,2% і 82,15%), за коефіцієнтом Хільдебранта – його переважний вплив на серцево – судинну систему (у 54,55 % і 42,85 %). Збільшення функціональної активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи підтверджує ймовірність розвитку глосодинії в осіб з порушенням вегетативної регуляції життєвих процесів, що супроводжують соматичну патологію.

5. Встановлено, що психоемоційна напруга може сприяти розвитку глосодинії в осіб з емоційно-нестабільним типом характеру, схильністю до підвищення особистісної та ситуативної тривожності і особливістю психологічної поліструктури особистості: наявністю різнонаправлених провідних шкал реагування "змішаного", "сильного" і "слабкого" регістру (3-тя, 4-та, 7-ма) та їх поєднання (3-4, 3-7, 4-7). Пацієнти з глосодинією сприймають хворобу, як суттєвий обмежуючий фактор у своїй повсякденній діяльності. Захворювання сприяло песимістичній оцінці свого фізичного стану (за шкалою PF), негативно відображалось на емоційно-мотиваційній сфері (за RE), знижуючи загальний і психічний тонус (за VT) та формуючи афективні порушення тривожного характеру клінічного та субклінічного рівня (за MH).

6. Розроблено метод комплексного лікування хворих на глосодинію, що включає цілеспрямовану корекцію змін локальної гемодинаміки язика, психологічного стану і вегетативних розладів та забезпечує безпосередньо після лікування зникнення парестетичних відчуттів у 35,7% пацієнтів II періоду зрілого віку і у 45,5% – літнього та їх суттєве зменшення – відповідно у 35,7 і 18,2%. Диспансерне спостереження і проведення повторних курсів комплексного та профілактичного лікування сприяло значному поліпшенню ефективності терапії захворювання: тривалу ремісію та відсутність рецидиву хвороби через один рік у 71,4% пацієнтів II періоду зрілого віку і у 72,4% – літнього, через 2 роки – у 85,7 і 81,8%.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Для комплексного лікування і профілактики глосодинії запропонований ряд лікувальних заходів, що включають проведення базисної терапії соматичних захворювань, основного та протирецидивного курсу з використанням медикаментозних і фізіотерапевтичних засобів впливу.

При проведенні основного курсу лікування для усунення гіперестетичних відчуттів та нормалізації бульбарних розладів рекомендовано застосовувати препарати "Габапентин" та "Лірика", а також блокади язикового нерва розчином вітаміну B1 з лідокаїном.

Для корекції вегетативних дисфункцій, інтеграції соматичної та вегетативної діяльності, поліпшення сну, позитивних емоцій у хворих на глосодинію рекомендовано застосовувати препарат "Енеріон", психологічного стану – психотропний препарат "Персен".

Для підвищення внутрішньоорганного кровообігу рекомендовано використовувати ангіопротектор "Трентал" та ультрафонофорез вітаміну РР.

Корекцію швидкості салівації та фізико – хімічних властивостей ротової рідини (рН, в'язкість, буферна ємність) слід проводити за допомогою рослинного препарату мати-й-мачуха та зубної пасти "Xerostom".

У випадку нестійкої позитивної динаміки терапії глосодинії для досягнення високої ефективності лікування захворювання рекомендовано основний курс проводити двічі або тричі через кожні пів року.

Протирецедивне лікування рекомендовано проводити два рази на рік при стійкій позитивній динаміці після проведення основного курсу. Для цього доцільно використовувати полівітамінний препарат "Нейровітан", психотропний "Персен", а також ультрафонофорез вітаміном РР.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Кулигіна В.М. Ультразвукові гемодинамічні критерії артерій язика у здорових осіб / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош, А.В. Капиця // Клінічна та експериментальна патологія. – 2015. – Т. XIV, №2(52). – с. 107 – 110. *(Здобувачу належить набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
2. Кулигіна В.М. Результати дослідження психологічних особливостей хворих на глосодинію / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош // Буковинський медичний вісник. – 2015. – Т. 19, №1 (73). – С. 83 – 88. *(Здобувачу належить набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
3. Кулигіна В.М. Результати дослідження якості життя пацієнтів із глосодинією / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош // Український стоматологічний альманах. – 2015. – №2. – С. 27 – 30. *(Здобувачу належить набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
4. Кулигіна В.М. Динаміка показників доплерографічного дослідження гемодинаміки arteria profunda linguae в процесі лікування хворих на глосодинію / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №5 – 6. – С. 28 – 31. *(Здобувачу належить набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
5. Кулигіна В.М. Показники доплерографічного дослідження судинного русла язика у хворих на глосодинію / Кулигіна В.М., Дорош І.О., Черноконь О.В. // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №2. – с. 23 – 25. *(Здобувачу належить набір матеріалу, підготовка публікації до друку).*
6. Дорош І.О. Оцінка якості життя у хворих на глосодинію за допомогою опитувальника sf – 36 / І.О. Дорош // Мат. IV міжнар. наук. – практ. конф. молодих вчених (17-18 травня 2013 р. м. Вінниця). – Вінниця, 2013. – С. 30.

7. Дорош І.О. Оцінка психоемоційного стану у хворих на глосодинію за допомогою опитувальника Ганса та Сибілли Айзенк / І.О. Дорош // Актуальні питання сучасної стоматології: мат. III міжнар. стомат. конф. студентів та молодих учених (7-8 лютого 2014 р. м. Ужгород). – Ужгород, 2014. – С. 89 – 90.
8. Кулигіна В.М. Можливості використання сучасних доплерівських методів для визначення порушень гемодинаміки язика при глосодинії / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош // Мат. XIV конгресу світової федерації українських лікарських товариств (4-6 жовтня 2012 р. м. Донецьк). – Донецьк, 2012. – С. 340
9. Пат. 93640 Україна, МПК (2014) А61В 8/00. Спосіб ультразвукового дослідження гемодинаміки артерій язика / В. М. Кулигіна, А. В. Повшенюк, І. О. Дорош., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. - № U201404662 ; заявл. 30.04.2014; опубл. 10.10.2014, Бюл. № 19 (*Здобувачу належить формулювання ідеї, підготовка формули патенту, оформлення документів на заявку*).

## АНОТАЦІЯ

**Дорош І.О. Порушення гемодинаміки язика і вегето-емоційного стану у хворих на глосодинію та їх корекція в комплексному лікуванні.** – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет» МОН України, Ужгород, 2016.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування хворих на глосодинію на основі вивчення вегетативних дисфункцій, психоемоційного стану і змін локальної гемодинаміки язика та опрацювання методу обґрунтованої корекції виявлених порушень в комплексному лікуванні.

Ймовірність розвитку глосодинії підтверджено в осіб з ознаками вегетативної дисфункції, збільшенням функціональної активності парасимпатичного відділу та переважним впливом на серцево-судинну систему, а також емоційно-нестабільним типом характеру, схильністю до підвищеної особистісної та ситуативної тривожності і особливістю психологічної поліструктури особистості: наявністю різнонаправлених провідних шкал реагування "змішаного", "сильного" і "слабкого" регістру (3-тя, 4-та, 7-ма) та їх поєднання (3-4, 3-7, 4-7). Зниження внутрішньоорганного кровообігу у тканинах язика свідчило про значення змін локальної гемодинаміки язика і функціонального стану судинної системи у розвитку захворювання. Розроблений метод комплексного лікування хворих на глосодинію, що включає цілеспрямовану корекцію психологічного стану, вегетативних розладів і змін локальної гемодинаміки язика, забезпечив високі клінічні результати у 80,2% пацієнтів.

**Ключові слова:** глосодинія, лікування, профілактика, гемодинаміка язика, вегетативні дисфункції, психологічні розлади.

## АННОТАЦИЯ

**Дорош І.О. Нарушения гемодинамики языка и вегето-эмоционального состояния у больных с глосодинией и их коррекция в комплексном лечении. – На правах рукописи.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет» МОН Украины, Ужгород, 2016.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения больных с глосодинией на основе изучения вегетативных дисфункций, психоэмоционального состояния и изменений локальной гемодинамики языка и разработки метода обоснованной коррекции выявленных нарушений в комплексном лечении.

Установлено, что у больных с глосодинией частота выявления и характер стоматологической патологии достоверно не отличались от групп практически здоровых лиц ( $p > 0,05$ ), однако наблюдалась тенденция к уменьшению кариозного процесса зубов (на 14,3% во II периоде зрелого возраста и 7,8% - в пожилом) и тканей пародонта (соответственно на 4,2% и 8,6%) и с возрастом ухудшение отдельных показателей (генерализованный пародонтит, некариозные поражения) в обеих группах обследованных, особенно выраженных в контрольной.

Клиническое течение глосодинии сопровождается достоверным снижением скорости саливации и аналогичным повышением вязкости смешанной слюны на фоне дисбаланса кислот и щелочей в ротовой полости и низкой способности к их нейтрализации. Однако, благодаря удовлетворительной гигиене полости рта, которая мотивирована канцерофобией, это не способствовало созданию агрессивной среды и ухудшению стоматологического статуса. У пациентов с глосодинией за опросником Вейна установлено признаки вегетативной дисфункции (85,7% у пациентов II периода зрелого возраста и 92,85% - пожилого) за индексом Кердо – повышение парасимпатического отдела (соответственно у 76,2% и 82,15%) за коэффициентом Хильдебранта – его преобладающее влияние на сердечно – сосудистую систему (у 54,55 % и 42,85 %). Увеличение функциональной активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы подтверждает вероятность развития глосодинии у лиц с нарушением вегетативной регуляции жизненных процессов, которые сопровождаются соматической патологией.

Установлено, что психоэмоциональное напряжение может способствовать развитию глосодинии у лиц с эмоционально – нестабильным типом характера, склонностью к повышенной личностной и ситуативной тревожности и особенностью психологической полиструктуры личности: наличием разнонаправленных ведущих шкал реагирования "смешанного", "сильного" и "слабого" регистра (3-я, 4-я, 7-я) и их сочетание (3-4, 3-7, 4-7). Установлено, что пациенты с глосодинией воспринимают болезнь как ограничивающий фактор в своей повседневной деятельности. Заболевание способствовало пессимистической оценке своего физического состояния (за шкалой PF), негативно отображалось на эмоционально – мотивационной сфере (за RE), снижая общий и психический тонус (за VT) и формируя афектные нарушения тревожного характера клинического и субклинического уровня (за MH).

Достоверное ухудшение показателей линейных (V- max, TAMX, Ri та S/D) и объемных (CO, Pi) параметров доплеровского спектра глубокой артерии языка, установленные у больных с глосодинией в сравнении с практически здоровыми особами (степень достоверности 95-99,9%), свидетельствовало о снижении внутриорганного кровообращения в тканях языка и подчеркивало значение изменений локальной гемодинамики языка и функционального состояния его сосудистой системы в развитии заболевания.

Разработанный метод комплексного лечения больных с глосодинией, который включает целенаправленную коррекцию психологического состояния, вегетативных расстройств и изменений локальной гемодинамики языка обеспечивает высокие клинические результаты. Диспансерное наблюдение и проведение повторных курсов комплексного и профилактического лечения способствовало значительному улучшению эффективности терапии заболевания: длительную ремиссию и отсутствие рецидива болезни через один год у 71,4% пациентов II периода зрелого возраста и у 72,7% – пожилого, через 2 года – у 85,7 и 81,8%.

**Ключевые слова:** глосодиния, лечение, профилактика, гемодинамика языка, вегетативные дисфункции, психологические нарушения.

## ANNOTATION

**Dorosh I.O. Disorders of tongue's hemodynamics and vegetative-emotional state at patients with glossodynia and its correction in the complex treatment.**—Manuscript.

Dissertation for the conferment of the scientific degree of candidate of medical sciences in the speciality 14.01.22 – Dentistry. – State Higher Educational Institution «Uzhgorod national university», Ministry of Education of Ukraine, 2016.

The dissertation is devoted to improve the treatment of patients with glossodynia based on the study of vegetative dysfunction, psychoemotional condition and local hemodynamic changes of the tongue and elaboration of reasonable method correction of disorders in treatment.

Probability development of glossodynia confirmed in patients with signs of vegetative dysfunction, increased functional activity of the parasympathetic department and the predominant influence on the cardiovascular system, emotionally unstable type of character, a tendency to increased personal and situational anxiety and feature psychological polystructure personality: the presence of multidirectional top of scales response "mixed", "strong" and "weak" register (3rd, 4th, 7th) and their combination (3-4, 3-7, 4-7). Decrease of internal organ's blood flow in the tissues of the tongue testified to the importance of the tongue changes of local hemodynamics and functional state of the vascular system in disease development. The method of complex glossodynia's treatment, which includes targeted correction of psychological state, vegetative disorders and local hemodynamic changes in the tongue provided high clinical results in 80.2% of patients.

**Key words:** glossodynia, treatment, prevention, hemodynamics tongue, vegetative dysfunction, psychological disorders.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

BP – інтенсивність болю  
VI - вегетативний індекс Кердо СОПР –  
слизова оболонка порожнини рота  
СМОЛ – скорочений багатофакторний опитувальник  
особистості GH – загальний стан здоров'я  
MH – психологічний компонент  
здоров'я MH – психічне здоров'я  
MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Міннесотський  
багатофакторний особистісний опитувальник)  
PF – фізичне функціонування  
PH – фізичний компонент  
здоров'я PI – пульсаційний індекс  
RE – рольове функціонування обумовлене емоційним  
станом RI – індекс резистентності  
RP – рольове функціонування обумовлене фізичним  
станом S/D – систоло – діастолічне співвідношення  
SF – соціальна активність  
TAMX – усереднена за часом максимальна швидкість кровотоку  
V- max – максимальна систолічна швидкість кровотоку  
VT – життєва активність