

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені М. І. ПИРОГОВА**

На правах рукопису

**ДОРОШ ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА**

**УДК616. 313-009. 7:616. 43**

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

14. 01. 22 – стоматологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

**Науковий керівник:**  
**Кулигіна Валентина Миколаївна**  
доктор медичних наук, професор

Вінниця – 2015

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....</b>	<b>5</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>6</b>
<b>РОЗДІЛ 1 СТАН ПРОБЛЕМИ .....</b>	<b>13</b>
1.1 Клінічні, вегето-судинні та психологічні дослідження хворих на глосодинію .....	13
1.2 Лікування хворих на глосодинію .....	25
<b>РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ .</b>	<b>32</b>
2.1 Клінічна характеристика хворих .....	32
2.2 Визначення стану гігієни порожнини рота, швидкості слиновиділення, буферної ємності, в'язкості та рН ротової рідини .....	34
2.3 Вивчення стану вегетативної нервової системи .....	36
2.4 Допплерографічні методи дослідження локальної гемодинаміки язика .....	37
2.5 Методи психологічного дослідження .....	38
2.6 Оцінка якості життя пацієнтів .....	40
2.7 Метод комплексного лікування хворих на глосодинію та профілактика рецидиву захворювання.....	41
2.8 Статистичні методи дослідження.....	49
<b>РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ЯЗИКА У ЗДОРОВИХ ОСІБ.....</b>	<b>52</b>
<b>РОЗДІЛ 4 РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО, ФІЗИКО – ХІМІЧНОГО, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ .....</b>	<b>59</b>
4.1 Результати клінічних досліджень хворих.....	59
4.2 Показники фізико – хімічних досліджень ротової рідини та стану гігієни порожнини рота.....	71
4.3 Результати досліджень стану вегетативної нервової системи у обстежених хворих .....	74

4.4	Результати досліджень психологічних особливостей хворих.....	78
4.5	Результати дослідження якості життя пацієнтів з глосодинією .....	86
4.6	Стан локальної гемодинаміки язика у хворих на глосодинію .....	90
<b>РОЗДІЛ 5 ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ .....</b>		<b>94</b>
5.1	Результати комплексного лікування хворих на глосодинію у найближчі терміни спостережень за даними клінічного обстеження .....	94
5.2	Зміни показників фізико-хімічних досліджень ротової рідини та стану гігієни порожнини рота .....	98
5.3	Динаміка показників дослідження стану вегетативної нервової системи при лікуванні хворих на глосодинію .....	102
5.4	Показники досліджень психологічних особливостей хворих в процесі лікування .....	109
5.5	Якість життя пацієнтів з глосодинією в динаміці лікування хворих .....	117
5.6	Результати лікування хворих за даними показників гемодинаміки язика..	122
5.7	Ефективність комплексного лікування і профілактики рецидива глосодинії у віддалені терміни спостереження.....	125
<b>АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>		<b>129</b>
<b>ВИСНОВКИ .....</b>		<b>148</b>
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....</b>		<b>150</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>		<b>151</b>
<b>ДОДАТОК 1.....</b>		<b>169</b>
<b>ДОДАТОК 2.....</b>		<b>170</b>
<b>ДОДАТОК 3.....</b>		<b>172</b>
<b>ДОДАТОК 4.....</b>		<b>173</b>
<b>ДОДАТОК 5.....</b>		<b>175</b>
<b>ДОДАТОК 6.....</b>		<b>177</b>
<b>ДОДАТОК 7.....</b>		<b>178</b>

<b>ДОДАТОК 8.....</b>	<b>183</b>
<b>ДОДАТОК 9.....</b>	<b>185</b>
<b>ДОДАТОК 10.....</b>	<b>188</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск

ВНС – вегетативна нервова система

ГАМК – гамма-аміномасляна кислота

ДС – дихальна система

СМОЛ – скорочений багатофакторний опитувальник особистості

СНЩС – скронево – нижньощелепний суглоб

СОПР – слизова оболонка порожнини рота

ССС – серцево-судинна система

ТС – травна система

ЦНС – центральна нервова система

ВР – інтенсивність болю

ГН – загальний стан здоров'я

МН – психологічний компонент здоров'я

МН – психічне здоров'я

ММРІ – Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник)

РФ – фізичне функціонування

РН – фізичний компонент здоров'я

РІ – пульсаційний індекс

РЕ – рольове функціонування обумовлене емоційним станом

РІ – індекс резистентності

РР – рольове функціонування обумовлене фізичним станом

S/D – систоло-діастолічне співвідношення

SF – соціальна активність

ТАМХ – усереднена за часом максимальна швидкість кровотоку

V – max – максимальна систолічна швидкість кровотоку

VT – життєва активність

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Серед захворювань СОПР глосодинія є однією з актуальних проблем та складним і суперечливим діагнозом в стоматології [5, 28, 90, 116, 134, 139]. 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% [24, 71, 106, 125, 141]. Глосодинія частіше зустрічається у пацієнтів середнього віку, особливо жінок у клімактеричному періоді, серед яких розповсюдженість хвороби сягає 12-18% [125].

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 [1, 32, 41, 63, 88, 116, 140] 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 [14, 74, 90, 110, 117, 148], 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 [79, 113, 143, 147]. У хворих на глосодинію відмічаються виражені астенічні порушення, дратівливість, схильність до високого рівня тривожності, різні фобії [2, 61, 71, 140]. 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 [34, 105]. 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 [70, 103] технічно складні та малоінформативні. Тому, найбільш перспективними є сучасні неінвазивні та високоінформативні доплерівські методи [55]. Проте до теперішнього часу відсутні показники доплерівського спектру, 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 і завдання 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

pH, 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, якій 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, Ri та S/D) і об'ємних (ШО, Pi) 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. Ющенка 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. Ющенка (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 університету 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 п'ять 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.

## РОЗДІЛ 1

### СТАН ПРОБЛЕМИ

#### 1.1 Клінічні, вегето-судинні та психологічні дослідження хворих на глосодинію

Глосодинія – розповсюджене захворювання (в Міжнародній класифікації стоматологічних захворювань на основі МКХ – 10, Женева 1997), що складає 40% чутливих розладів щелепно – лицевої ділянки. Хворіють частіше жінки середнього та похилого віку. Неприємні відчуття є основною причиною, за якою хворі звертаються до лікарів по наданню медичної допомоги. Взагалі, ділянка обличчя, за особливістю своєї іннервації частіше ніж інші частини організму стає причиною неприємних відчуттів. Разом з тим, виділення локальних порушень зі сторони різних зон лиця, язика в деякому ступені умовне. Однак, за низкою причин, насамперед, больові та схожі на больові синдроми прийнято виділяти окремо – топічно [28, 42, 134].

Останнім часом серед нейростоматологічних захворювань значне місце відводиться глосодинії, що проявляється парестезіями різної форми, генезу, порушенням чутливості слизової оболонки порожнини рота та шкіри обличчя [11, 14, 24]. На думку деяких лікарів [63], найбільш доцільним вважається термін «стомалгія». З їх точки зору «глосодинія» чи «глосалгія» недостатньо повно характеризують локалізацію больового процесу, а термін «парестезії» не являється діагнозом, оскільки вважається симптомом. Інші ж автори [32], визначають правомірність двох термінів, що визначають парестетичний та больовий синдром на слизовій оболонці порожнини рота – глосодинія та глосалгія. Локалізація больових відчуттів на слизовій оболонці язика, ішемія слизової вегетативного генезу на фоні симпатотонії є, на їх думку, в більшості випадків проявами глосалгії, а вісцеро-рефлекторно-бульбарний синдром, що супроводжується парестезіями – глосодинії.

За даними Яворської О. С. [116], крім парестезій, провідним об'єктивним симптомом глосодинії є диссоційоване порушення чутливості обличчя за сегментарним типом, де частіше спостерігається підвищення больової та температурної чутливості при збереженні тактильної та м'язево-суглобової. Гіперестезії та гіперпатії переважно локалізуються симетрично в центральних та середніх відділах шкіри обличчя та слизової оболонки передніх відділів язика, губ та альвеолярних відростків. На думку автора, при гіперпатії реакція на больові подразники дуже болісна. Серед широкого кола розладів, глосодинія – синдром печіння ротової порожнини, рахується самою неоднозначною в розумінні та однією з найбільш складних в терапії патологій [123, 128]. Якщо виходити з інформації, представлені у різних джерелах літератури, то за статистичними даними, біля мільйону осіб страждають даним захворюванням [41]. З наведених у літературі даних серед усіх стоматологічних хворих, що звертаються за допомогою, у зв'язку зі скаргами на орофасціальну біль, яка, як правило, не супроводжується візуальними морфологічними змінами слизової оболонки порожнини рота, глосодинія складає близько 3–5% [1, 106]. Але за даними інших авторів глосодинія складає біля 60% від загального числа страждаючих неврогенними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота [73].

Отже, з прийнятих в теперішній час позицій, під терміном «глосодинія» мають на увазі «... хронічне захворювання, головним проявом якого є орофасціальний біль, але при цьому відсутні видимі зміни зі сторони слизової оболонки порожнини рота та язика. А якщо і наявні останні – то не носять специфічний характер» [88].

Переважаюча інтенсивності неприємних відчуттів в ділянці язика є патогномонічною ознакою захворювання, тому О. С. Яворська виділяє наступні 6 варіантів локалізації глосодинії: максилярний, мандибуло – максилярний, лінгвально – мандибулярний, глософарингеальний, фронто – парієтальний та окципітальний [118].

Деякі автори використовують дещо інший підхід до різновиду клінічних форм глосодинії та виділяють, так звану, «первинну глосодинію», для якої не можуть бути встановлені органічні місцеві або загальні причини, та «вторинну глосодинію», що виникає на фоні місцевих чи загальних соматичних патологіях, і таким чином потенційно чутлива до етіологічних напрямків терапії [44, 88].

В останні десятиріччя цікавими є дослідження вітчизняних та іноземних авторів, які вказують на те, що значна кількість пацієнтів з психічними розладами виявляються поза психіатричною сферою та виявляються в хворих загальносоматичного фаху. Етіологія виникнення глосодинії до кінця не встановлена. За даними багатьох авторів, причини виникнення захворювання мають поліфакторний характер. Провокуючими чинниками виникнення глосодинії становлять місцеві подразнюючі фактори, такі як дефекти протезування, гострі краї пломб, наявність декількох різновидів металів у ротовій порожнині тощо [39, 87, 89].

Аналізуючи результати дослідження, основне місце в розвитку захворювання автори відводять загальній соматичній патології. Так, за даними А. Г. Жукової, захворюваннями травного тракту страждають 10% хворих, органічними розладами нервової системи – 45%, патологією судин – 24%, та функціональними розладами нервового генезу – 40%. Дещо інше процентне співвідношення захворювань встановила Львова: виникнення глосодинії у 18% випадків обумовлено захворюваннями психогенного та нейрогенного генезу, 19% – гастритом чи виразкою дванадцятипалої кишки, 12% – судинними захворюваннями та 15% – викликана місцевими факторами [63]. Психологічні та емоційні фактори грають важливу роль, як у виникненні, так і в підтримці синдрому печіння ротової порожнини. Нерідко глосодинія з'являється після емоційної травми, смерті або захворювання раком одного з близьких родичів, при особистісних та професійних труднощах [39, 89, 106].

Існує чимало публікацій присвячених патогенезу глосодинії [14, 89], розглядаючи які можна зв'язати розвиток захворювання з ураженнями ядер понтобульбарного відділу стовбура мозку і вагосимпатичного відділу вегетативної нервової системи, які виникають при захворюваннях внутрішніх органів та систем. При цьому, на основі клінічних та експериментальних досліджень, доведено, що анатомічні та функціональні зв'язки внутрішніх органів з центральною нервовою системою сприяють виникненню вісцеро-рефлекторних бульбарних розладів при захворюваннях шлунку, печінки та інших органів.

Ґрунтуючись на цих дослідженнях впливає, що при вісцеральній патології між периферичними та центральними відділами нервової системи складаються нові співвідношення, які змінюють потік імпульсів чутливості. У разі загальної соматичної патології імпульси в системі блукаючого нерва переважають у загальному шляху чутливих центрів мозку і збуджують пов'язані з ним ядра V, IX, X пар нервів, гальмують імпульси від тканин ротової порожнини і виходять до кінцевого шляху – таламусу – зацентральну извилину кори напівкуль, де не існує роздільного сприйняття внутрішніх та зовнішніх подразників.

Тому, клінічна симптоматика (сегментарні парестезії, порушення слиновиділення і смакових відчуттів, гіперпатії, бульбарні розлади) свідчить про інтеграцію екстероцептивних імпульсів з трійчастого, язикоглоткового і лицьового нерва та інтероцептивних імпульсів блукаючого – з внутрішніх органів. При цьому патологічні імпульси з внутрішніх органів проежуються на ділянку порожнини рота і лица та проявляються у вигляді порушень чутливості, бульбарних розладів.

Отже, порожнина рота є полем зворотнього впливу рефлексів з внутрішніх органів. Інші автори вважають, що в патогенезі захворювання грає роль дисфункція центральної антиноцицептивної системи з формуванням ірритативного вогнища патологічної активності, місцеве подразнення слизової

оболонки порожнини рота, обмінно-дистрофічні зміни шийного відділу хребта [46, 79]. Деякі автори знаходять при даній патології пригнічення симпатoadреналової системи, підвищення парасимпатичного відділу нервової системи, рідше симпатичного [37, 71].

Згідно ствердженню Г. В. Банченко та Ю. М. Максимовського глосодинію слід відносити до нервово-трофічних розладів, в патогенезі яких значна роль відводиться пограничним порушенням психо-емоційної сфери, насамперед психо-емоційної лабільності. Дія стресових факторів являється «пусковим» провокуючим у виникненні парестетичних відчуттів. Моменту парестезій завжди передують ситуація нервових перевантажень, особистісно-значущих конфліктів, нерідко в поєднанні з фізичним перевтомленням [114].

Клініка глосодинії дуже багата різноманіттям своїх проявів. За даними літератури [109] вважається, що на початку захворювання неприємні відчуття тримаються від декількох хвилин до декількох годин, що в майбутньому можуть зникати на деякий час і з'являться знову, при цьому маючи схильність до наростання вираженості та збільшенню тривалості. Іноді пацієнти відмічають стійкі неприємні відчуття на язиці по декілька місяців, інколи років. Домінуючим та визначальним синдромокомплексом являються біль та сенестопатії у вигляді печіння ротової порожнини, які в залежності від стадії процесу, мають різноманітне вегетативне забарвлення, відрізняються інтенсивністю та частотою, що слугує певним маркером при визначенні ступеня вираженості даного захворювання [30].

За даними останніх досліджень [88] захворювання характеризується пекучими або сверблячими відчуттями, локалізованими на верхівці або бокових поверхнях язика, губ, передньої поверхні піднебіння, що супроводжуються порушенням смакової чутливості та сухістю ротової порожнини [29, 30]. Переважають скарги на парестезії типу поколювання, свербіжу, печіння, оніміння, що можуть переходити одна в одну у своїй модальності. Іноді відмічаються симптом «ковзання мурашок», при якому хворі відчувають

незручність та намагаються в меншій мірі розмовляти, оберегати язик від зайвих навантажень, від чого їх розмова стає дизартричною та невиразною. Слід відзначити, що патогномонічним симптомом хвороби є «харчова домінанта», лінгвоканцерофобія та порушення слиновиділення, автор якої виділяє три клінічні форми: симпатикотонічну, що характеризується поєднанням інтенсивності печіння в язиці, губах, парестезій та блідістю шкірних покривів; ваготонічну, з вираженою гіперсалівацією, гіперемією та набряком язика і слизових оболонок, а також печінням і парестезіями; змішану, що зустрічається рідко і може поєднувати обидва варіанти [63]. Представляють собою особливий інтерес дані авторів про наявність об'єктивних змін зі сторони язика: наліт на язиці, можливий набряк, відбитки зубів, а також десквамація епітелію. Іноді автори спостерігали набряклі лімфатичні фолікули біля кореня язика, при яких складки нагадують тріщини [88].

При глосодинії зміни смакової чутливості мають велике значення та певні особливості. За даними авторів, спостерігається зниження рівня мобілізації смакових рецепторів, що інколи супроводжується спотворенням смакової чутливості [142]. Відомо, що смаковий аналізатор приймає участь в системній реактивності організму, являється підпорядкованим функції вегетативної нервової системи, а також залежить від патологічних порушень внутрішніх органів та систем. Зниження ступеня смакової чутливості, за даними дослідження Є. Н. Дичко, виявляється у більшості хворих з синдромом печіння ротової порожнини, проте деякі хворі мають спотворену реакцію на подразнення смакових рецепторів. Також автор визначає, що харчове навантаження, як функціональна проба суттєво не впливає на характер демобілізації смакових рецепторів порожнини рота у хворих, що свідчить про спотворення гастро-лінгвального рефлексу.

Разом з тим, використовувати такі методи дослідження, як визначення смакової чутливості, функцій мобільності смакових рецепторів складно, оскільки вони засновані на суб'єктивній оцінці пацієнтами своїх відчуттів та в

умовах амбулаторного стоматологічного прийому рідко піддаються деталізації, об'єктивізації та уточнення діагнозу глосодинії. Тому, підтвердити чи навпаки, заперечити за допомогою об'єктивних методів оцінки скарг пацієнтів, що характерних для глосодинії – складно, а іноді і неможливо.

В останні роки усе більше дослідників схиляються до думки, що провідною ланкою в патогенезі глосодинії є ураження центральної нервової системи. Однак, уява про механізми таких порушень різноманітна та суперечлива. За даними досліджень В. Ш. Абуладзе нейропсихологічне тестування при глосодинії виявило дисфункцію у психоемоційній сфері: аферентні порушення у вигляді депресії та тривоги з відносно високим рівнем. Високий рівень тривоги, депресії та іпохондрії, та їх поєднання обумовлювало розвиток сенесто-іпохондричного та депресивного синдромів. Авторами встановлено, що хворі на вісцеро-бульбарний синдром відрізняються підвищеною тривожністю, схильністю до песимістичної оцінки ситуації та інтенсивності больових відчуттів, яка не залежить від віку та статі хворих [71, 106, 111].

Існують клінічні випадки проявів глосодинії у поєднанні з дисплазією сполучної тканини, які мають ряд особливостей: облігатність, високі величини показників реактивної та особистісної тривожності, зниження якості життя та важка депресія. Для хворих цієї групи характерні кількісні та якісні патологічні зміни краніовертебральної ділянки, що представлені переважно бацилярною імпресією, платибазією та їх поєднанням. Також у даної групи хворих спостерігається порушення мозкового кровообігу у вигляді зниження швидкісних параметрів кровотоку і збільшення периферичного опору та змін системної мікрогемоциркуляції.

У багатьох дослідженнях хворих велику роль у розвитку глосодинії відводять порушенням та змінам регуляторних функцій вегетативної іннервації. За даними А. М. Вейна при даній патології спостерігається пригнічення симпатико-адреналової системи, що проявляється підвищенням

парасимпатичного або симпатичного відділів та відіграє безпосередню роль у патогенезі захворювання [16]. Про це свідчать такі характерні особливості, як порушення сну внаслідок депресії, виражена нейровегетативна реактивність та соматична реакція на стрес.

Останні дослідження щодо ролі симпато – адреналової системі [74] при глосодинії показали підвищення рівня адреналіну в сечі, що свідчило про подразнення мозкового шару наднирникових залоз, а саме активацію гормонального апарату. Поряд з цим спостерігалось підвищення екскреції норадреналіну з сечею, що є показником посиленого метаболізму та високого рівня напруги симпатичної іннервації. Це дозволило авторам дослідження стверджувати про прямий зв'язок між ступенем важкості захворювання, патологічними станами та обміном біогенних амінів. На їх думку отримані результати вказували на безпосередній зв'язок парестетичного синдрому з надмірним утворенням вазоконстрикторних гормонів катехоламінів з відповідною реалізацією в мікроциркуляторному руслі покривних тканин порожнини рота у вигляді ішемії та гіпоксії.

За результатами досліджень низки авторів, обмінні процеси в головному мозку значною мірою залежать від порушень кровопостачання у басейні церебральних судин. Реографічні дослідження церебральних артеріальних судин виявили в більшості випадків гіпертонічний тип кровонаповнення судин і лише малий відсоток був гіпотонічним та дистонічним. Проте характер порушення кровообігу у тканинах головного мозку в хворих на глосодинію в басейні сонної артерії не змінювався при різній інтенсивності та тривалості захворювання. Тим самим це вказувало, що реографія не була достатньо чутливим методом дослідження хворих. Виходячи з того, що порушення кровопостачання тканин головного мозку впливає на обмінні процеси, автори стверджують про безпосередній зв'язок больового та парестетичного феноменів з судинними порушеннями. Вагомими представляються дослідження Є. Н. Дичка, де автор поставив за мету уточнити етіологію і патогенез больового та

парестетичного синдрому слизової оболонки порожнини рота шляхом проведення таких досліджень, як клінічні, параклінічні, лабораторні та визначення основних показників гомеостазу організму хворих. Аналізуючи можливі причини виникнення таких проявів за анамнестичними даними автор визначає, що у 22% хворих вони були екзогенними (механічні, термічні, хімічні та електричні подразники в ротовій порожнині), у 34% – мали місце загострення існуючих соматичних захворювань нервової, травної та ендокринної системи. У решти обстежених, хворі не могли визначитись з причиною. У більшості пацієнтів встановлено порушення ліпідного обміну, що проявлялось гіперхолістеринемією та гіпербета-ліпопротеїдемією і зниженням активності калікреїн-кінінової системи, яка в подальшому призводила до порушення регуляції капілярного русла [38, 76]. Больові та неприємні відчуття в покривних тканинах порожнини рота виникають в результаті вазомоторних та трофічних змін при вегетативній дистонії або спазмі судин, в тому числі капілярів.

Відхилення мікроциркуляції від норми характерне для соматичних захворювань, що супроводжуються ішемією. Тому порушення мікроциркуляції на слизовій оболонці порожнини рота при глосодинії відіграє значну роль у патогенезі глосодинії та впливає на характер клінічних проявів. Деякі автори відмічають зміни в мікроциркуляторному руслі слизової оболонки язика та губ, де найбільш часто проявляється синдром печіння ротової порожнини, що супроводжується переважно гіпертензією капілярного русла по спастичному і спастико-атонічному типу. Подібні зміни в кровопостачанні покривних тканин супроводжуються ознаками ішемії та гіпоксії, як результат змін кровообігу, що провокує виникнення больового та парестетичного синдрому.

За даними нейрофізіологічних досліджень у хворих на глосодинію встановлені зміни показників біоелектричної активності головного мозку: поява повільних хвиль, зниження амплітуди, наявність подразнення мезенцефальних відділів стовбура мозку, що пов'язано з пригніченням біоелектричної активності церебральних структур в результаті стійких порушень з боку

центральных вегетативных утворень. Нейропсихологічне тестування також показало, що провідною тріадою симптоматології є тривога, депресія та синдром дезадаптації, у виникненні яких основну роль відводять біосоціальним факторам [20]. У дослідженнях авторів показано, що поширеність глосодинії має місце у осіб жіночої статі в період гормональних змін та зустрічається у 7 разів частіше, ніж у чоловіків. Враховуючи це, можна говорити про певний взаємозв'язок механізму розвитку захворювання з клімактеричним періодом [73]. У наведених в дисертаційному матеріалі П. І. Скуридїна даних, зазначено, що частіше на глосодинію страждають жінки в постклімактеричному періоді, коли на фоні дисгормональних порушень виникає клімактеричний невроз у результаті послаблення механізмів захисту організму.

Якщо аналізувати літературні дані, то глосодинія зустрічається у осіб від 22 до 80 років, але максимальна кількість хворих відноситься до вікової категорії близько 50 років. Однак автор відмічає, що захворювання відносно «помолодшало». Якщо раніше його можна було віднести до захворювань людей похилого віку і, тим самим, зв'язати причини його виникнення з клімактеричним періодом, то зараз вік хворих суттєво знизився.

В останні роки все більше досліджень та публікацій присвячені психоемоційним порушенням та особистісним характеристикам пацієнтів. В цілому, рівень наукових досліджень, проведених для виявлення психоемоційних порушень при глосодинії коливається від одиночних спостережень до широкомасштабних досліджень, які вказують на прямий зв'язок хвороби з психоемоційними розладами особистості. Іноземні автори приводять вражаючі дані: неврастенічний тип особистості відмічається у 62% пацієнтів з глосодинією, а іпохондричний – у 8% [153]. Також нерідко у пацієнтів спостерігається параноїдальний тип відношення до хвороби: недовіра та настороженість до лікаря. Не менш важливим представляється той факт, що у пацієнтів наявні фобічні переживання, які частіше усього проявляються у вигляді канцерофобій. Пацієнти постійно аналізують свій стан, довго

розглядаючи язик у дзеркалі. Свої відчуття хворі описують, як відчуття обкладеності та набряку язика, його тяжкості, одерев'янілості, відчуття інородного тіла, тиск в гортані та стравоході. Інколи спостерігається феномен оральної псевдоміастенії, який в поєднанні з іншими скаргами міг змусити пацієнта змінювати професію [48]. Канцерофобічні розлади у хворих на глосодинію можуть досить швидко дезактуалізуватись та піддаватися редукції [131], але тільки за умови сприятливого перебігу захворювання, в іншому випадку, навпаки, призвести до більш глибоких особистісних порушень. У своїх дослідженнях окремі автори [137] вказували, що у пацієнтів з глосодинією значно нижчі оцінки за шкалою соціалізації та достовірно вищі за соматичною тривожністю, психастенією і м'язевою напругою, ніж у таких груп контролю.

Підводячи підсумки різноманітних досліджень психоемоційних порушень у хворих на глосодинію, можна відмітити тісний зв'язок між даним захворюванням та психологічним станом пацієнта. Але разом з тим, залишається відкритим питання про співіснування психоемоційних порушень та глосодинії чи взаємозв'язку цих порушень у синдромокомплексі захворювання. При цьому в доступних джерелах не знайдено чіткої відповіді на питання, чи являється глосодинія результатом психічної або соматичної патології, чи є самостійним захворюванням [106].

Останнім часом, фахівці звертають особливу увагу на концепцію спінального рефлексу в якості основи аналізованого невротичного феномену, тому формування різного роду патологічних тілесних відчуттів трактується відповідно з такими концепціями, як «вазомоторна схильність». Не дивлячись на подальший прогрес в галузі медицини, проблема клінічної інтерпретації функціональних невротичних розладів в аспекті їх зв'язку з однієї сторони з психогенними факторами, а з іншої – з широким колом особистісної патології та з психічними захворюваннями до теперішнього часу залишається предметом багатьох дискусій.

За даними С.З. Хубаєва, глосодинія відрізняється клінічною гетерогенністю, що визначається різним ступенем залучення патопсихологічних порушень, неврологічних розладів і соматичних патологій на етапі формування захворювання. На його думку, клініко-синдромальні характеристики глосодинії складаються із симптомів, властивих вихідній, соматичній патології, ампліфікованих коморбідних психопатологічних порушень, в результаті чого відбувається маскування проявів психологічних розладів і акцентуація симптомів глосодинії.

Характерні клінічні ознаки глосодинії: стійкість суб'єктивних проявів, тривалість перебігу, що перевищує 6 місяців, характерний спектр коморбідності психічної патології. На думку автора – це дозволяє диференціювати глосодинію від патологічних станів зі схожими симптомами. М.Ю. Максимова виділяє такі діагностичні критерії глосодинії: відчуття печіння в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота, збереження симптомів протягом 4–6 місяців, наявність парестетичних відчуттів протягом дня або збільшення їх інтенсивності у його другій половині, можливе порушення сну, полегшення симптомів під час прийому їжі та води. На її думку, на основі нейрофізіологічних та нейропсихологічних досліджень можна уточнити деякі механізми формування захворювання та розпрацьовувати індивідуальні заходи адекватної корекції виявлених порушень.

Таким чином, стає очевидним, що незважаючи на велику чисельність досліджень, які наведені в літературі, останні не дозволяють вирішити основні проблеми глосодинії, а саме: встановлення нозологічної приналежності даної патології до конкретного ряду захворювань, що в свою чергу послідовно визначає цілу ланку важливих клінічних аспектів вивчення захворювання, таких як раннє виявлення патології, діагностика клінічних варіантів, прогноз можливих результатів захворювання та оптимізація лікувальних та лікувально-профілактичних заходів.

Діагностичні критерії та аспекти глосодинії неможливі без професійної консультації неврологів, гастроентерологів, психологів, лікарів загального профілю та потребують детальних клінічних, інструментальних, лабораторних досліджень, уточнення загальної соматичної патології та порушень психологічного стану, які мають безпосередній зв'язок у формуванні глосодинії.

## **1.2 Лікування хворих на глосодинію**

Лікування хворих на глосодинію представляю собою дуже складну проблему. Складність її полягає у виключній індивідуальності і детальному вивченні анамнезу хворого, об'єктивних та суб'єктивних досліджень, максимального точного визначення етіологічних факторів, які сприяли розвитку та оцінці загального стану пацієнта, включаючи загальну соматичну патологію, стан центральної та вегетативної нервової системи, психологічні особливості пацієнтів, детальне вивчення якості життя та соціально – побутових умов. Складність механізму розвитку хвороби, її взаємозв'язок з вісцеральною патологією обумовлюють, насамперед, саме комплексний підхід до лікування хворих з глосодинією.

При вивченні ефективності методів лікування оцінка авторів дуже нерівнозначна, тому що багато з них мало ефективні. Саме тому правильний підхід до лікування являє собою дуже складний процес, який вимагає детального вивчення усіх ланок патогенезу та результатів дослідження. Відсутність ефективної методики лікування хворих на глосодинію представляє значну проблему для лікарів-стоматологів у тактиці ведення таких пацієнтів та здійснення профілактики рецидиву захворювання. Так, Є. Н. Дичко [34], запропонував схему лікування, що включала три напрямки та відповідні схеми. Етіотропне лікування з усуненням усіх можливих місцевих причинних факторів, супутньої загальної соматичної патології під контролем лікарів – спеціалістів різних профілів, а також збалансоване харчування і вживання

окремих груп вітамінів. Для патогенетичного лікування автор пропонує безпосередню дію на центральну та вегетативну нервову систему, а саме: підкоркові регуляторні механізми, сегментарні та надсегментарні вегетативні структури, такі як ретикулярна формація, лімбічна система тощо. Останнім етапом лікування глосодинії, за даними автора, є загальнозміцнююча терапія, що полягає у застосуванні санаторно-курортного лікування, виконання різноманітних фізичних вправ, а головне, створення комфортних та сприятливих умов психологічного середовища для пацієнта.

Багато авторів висвітлюють більш детально саме лікування психологічних особливостей хворих на глосодинію, що направлені на корекцію особистісних порушень кожного пацієнта, що звертається за допомогою до лікувальних закладів – індивідуально. За даними Е. В. Николаенко [71], включення психокорекції в комплексному лікуванні хворих з синдромом печіння ротової порожнини та когнітивна терапія призводили до зменшення тривожності, зниження больових та парестетичних відчуттів. Автор вважала, що ефективність психокорекції пов'язана з фармакотерапією захворювання та відображалась у зниженні рівня тривоги у хворих, які мали іпохондричні, депресивні та тривожні розлади. Іншу методику лікування хворих описала І. Г. Пономарьова [79], де в комплекс лікування автор включала традиційні методи, такі, як санацію ротової порожнини, нормалізацію оклюзії та медикаментозну терапію. Поряд з цим, відповідно до виявлених патогенетичних механізмів терапія містила в собі колагеностабілізуючу терапію, транквілізатори бензодіазепінового ряду та кавінтон. Також автор рекомендувала диспансерний нагляд протягом року, інколи півтора. На думку І. К. Луцької, лікування глосодинії повинно проводитись стоматологом спільно з невропатологом. За даними автора, дослідження, терапія повинна включати місцеве, етіотропне, патогенетичне та хірургічне лікування. Місцеве лікування заключається в санації порожнини рота та усуненні факторів, які тим чи іншим чином могли провокувати парестезії.

Етіотропне, як і за даними інших дослідників, включало в себе лікування загальної соматичної патології. Більш детально автор описала патогенетичне лікування, яке складалось з препарату белоїд (відновлює співвідношення збудження та гальмування), гангліоблокуючих засобів, препаратів для нормалізації гомеостазу та функцій нервової системи, а саме вітамінів групи В, РР, Е та інше.

При більш глибоких порушеннях психологічного стану автор рекомендує призначати транквілізатори та адаптогени, використання гальванічного комірця за Щербаковим, а також дарсонвалізація верхніх та нижніх шийних симпатичних вузлів, бокових поверхонь язика, масаж останнього з використанням масляних розчинів.

При особистісній дезорганізації хворих з глосодинією рекомендують призначення нейролептиків, при цьому дози препаратів підбирають індивідуально для кожного пацієнта [101]. Амос К та співавт. рекомендують місцеве призначення клоназепама в комбінації з транквілізаторами [121]. Інші зарубіжні автори [149] досліджували ефективність різних методів лікування синдрому печіння ротової порожнини, а особливо застосування амісульпіриду та інгібіторів зворотнього захоплення серотоніна. При цьому автори відзначали, що більш ефективним являлось застосування інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну у пацієнтів з супутньою депресією, а також при значній сухості ротової порожнини.

Не менш важливим представляє собою вивчення ефективності застосування електросну в лікування синдрому печіння ротової порожнини [23, 81]. Існує загальноприйнята думка, що електросон має рефлекторний вплив на нервову систему, згідно якої імпульсні токи викликають збудження рецепторів у зоні першої гілки трійчастого нерву. Ритмічна аферентна імпульсація з цих рецепторів потрапляє до біполярних клітин напівлунного вузла, а від нього до великого сенсорного ядра, ретикулярної формації, таламуса та гіпоталамуса, тим самим призводячи до нормалізації центральної

нервової системи, покращення нічного сну, за рахунок стимуляції рефлексогенних зон. Так, проведення електросну з частотою 100 Гц пацієнтам з синдромом печіння ротової порожнини показало високі результати ефективності через 1 місяць після його застосування. Терапія була максимально ефективною у пацієнтів з депресивним профілем, в яких больовий симптом знизився майже на 64%, а в групі хворих з сенесто-іпохондричним профілем останній знизився лише на 20%.

Ще одним зі схожих методів було застосування динамічної електростимуляції на функціональні стани сенсорних утворень при синдромі печіння ротової порожнини, запропонований Борисовою, яка опиралась на високоефективні протибольові, протинабрякові, судинні та імунорегулюючі дії даного методу. При співставленні показників стереогноза порожнини рота до та в середині курсу лікування була виявлена тенденція до збільшення кількості позитивних та зменшення негативних відповідей у хворих. Після закінчення курсу лікування вихідні та кінцеві дані були співставлені та досягли статистичного достовірного рівня, наближаючись до таких контрольної групи.

Не менш ефективним було лікування хворих на глосодинію за допомогою короткохвильової терапії [86]. Ефект даного методу полягав у дії некогерентного електромагнітного випромінювання нетеплової інтенсивності на рефлекторні зони. Детальний аналіз досліджень після лікування свідчив про позитивну рефлекторну дію короткохвильової терапії на центри терморегуляції, що знаходяться у гіпоталамусі. Автор також відмічає нормалізацію показників стану серцево-судинної системи. Додатково відмічались дія на віддалені рефлекторні зони та покращення внутрішньомозкового кровообігу не тільки сонної артерії, але й середніх та малих артерійол.

Л. Н. Казарина, розглядаючи патогенетичне обґрунтування та комплексне лікування хворих на глосодинію в поєднанні з патогенною мікрофлорою, а саме грибами роду *Candida*, запропонувала включити до традиційного лікування препарат Лікозоль, що в поєднанні з раціональною гігієною порожнини рота та

комплексним традиційним лікуванням, дозволив досягти позитивних та стійких результатів лікування основного захворювання [14]. Це відобразалось в послабленні неприємних парестетичних відчуттів, печіння язика та покращенні функції слиновиділення.

Узагальнюючи усе вище сказане, поліморфність синдромальної структурності глосодинії, в рамках якої функціональне порушення внутрішніх органів інтегрується, як з психологічними, так і з загальними соматичними порушеннями, потребує розробки нових лікувально-профілактичних підходів, що будуть відрізнятись від традиційних до цієї групи хворих. Лікування такої групи хворих повинно проводитись з призначенням медикаментозної терапії, психофармакотерапевтичних препаратів та препаратів для лікування загальної соматичної патології, з обов'язковим врахуванням індивідуальної переносимості пацієнтів.

Підводячи підсумок аналітичного огляду літератури слід зазначити, що глосодинія складає одну з численних груп захворювань слизової оболонки порожнини рота та проявляється парестезіями і порушеннями чутливості слизової і шкіри обличчя, змінами функції слиновиділення, смаку та іншими бульбарними розладами. Глосодинія (вісцеро-рефлекторно-бульбарний синдром) характеризується стійкими парестезіями в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота, частіше язика: «печіння», «поколювання», «оніміння» та «язик, посипаний перцем».

Розповсюдженість глосодинії серед пацієнтів з больовим синдромом в області обличчя, за даними різних авторів [3, 32, 43, 87], складає від 14 до 26% та постійно збільшується. Напевно, це пов'язано із зростанням значимості психотравмуючих чинників, як однієї з причин розвитку даного захворювання. В цьому зв'язку виникає необхідність доповнення наукових даних щодо впливу психологічних особливостей та емоційних розладів у розвитку глосодинії. У багатьох випадках спостерігаються вегетативно-судинні розлади [16, 55].

За поодинокими повідомленнями авторів [129] при глосодинії спостерігаються зміни функціонального стану вегетативної нервової системи. Однак данні щодо участі вегетативної нервової системи у розвитку глосодинії, особливо відносно переважання її симпатичного та парасимпатичного відділу суперечливі. Це спонукає до вивчення характеру дисфункцій даної системи у хворих на глосодинію.

У сучасних умовах ультразвукове дослідження є новим функціональним методом обстеження стоматологічних хворих. Даний метод відрізняється відносною простотою, нешкідливістю, неінвазивністю, високою інформативністю і можливістю проведення моніторингу захворювання [50, 59, 60, 66, 96]. Висока здатність сучасних ультразвукових апаратів дозволяє отримувати інформацію про структурний стан досліджуваних тканин, візуалізувати активно функціонуючі судини, проводити спектральну доплерографію з визначенням гемодинамічних параметрів [66].

Завдяки зручному поверхневому розташуванню утворення щелепно-лицевої ділянки стали об'єктом ультразвукового дослідження. За даними, наданими в спеціальній літературі, ехографічні дослідження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та судинної системи застосовуються в діагностиці пухлин і захворювань слинних залоз, в оцінці стану лімфатичних вузлів, гемодинаміки губ і тканин пародонту [17, 18, 55, 135]. В той же час, показники доплерографічних досліджень судинного русла язика не вивчені, відсутні показники доплерівського спектра, на підставі яких можна було б судити про характер кровопостачання язика в нормі та патології.

Останнім часом визначення якості життя пацієнтів стало предметом актуальних наукових досліджень у медицині [3, 127, 162]. Це обумовлено тим, що результати традиційних лабораторних та інструментальних методів досліджень не можуть дати лікарю повного уявлення про загальний стан пацієнта.

Відмічається, що хвороба впливає не тільки на фізичний стан людини, а й на психологію його поведінки, емоційні реакції, змінюючи його місце та роль у соціальному житті [72]. Тому ефективна допомога хворому не можлива без всебічного вивчення цих проявів. У цьому зв'язку в медицині введено нове поняття – «якість життя, що пов'язане із здоров'ям», основні критерії якого розроблені ВООЗ [3, 162]. На думку [127] «якість життя, що пов'язано із здоров'ям» є інтегральною характеристикою фізичного, психічного і соціального функціонування здорової та хворої людини, заснованої на її суб'єктивному сприйнятті.

Виділено 3 основні ознаки, які характерні для даної концепції якості життя [72]: багатомірність, змінність з часом та участь хворого в оцінці свого стану. Остання є достовірним показником стану пацієнта і поряд з традиційним медичним заключенням дозволяє створити повну та об'єктивну картину хвороби. Актуальність задачі оцінки якості життя особисто пацієнтом, як одного з критеріїв ефективності лікувальних заходів, досягнення комплайенса призвела до розробки та широкого застосування загальних та спеціальних опитувальників [72].

Використання методик оцінки якості життя є дуже важливим для пацієнтів з хронічними захворюваннями, до яких відноситься глосодинія, яка характеризується стійкими больовими відчуттями та парестезіями візуально не зміненого язика. Специфіка цього захворювання складає для пацієнтів особливу життєву ситуацію, що пов'язана з постійно вираженими больовими та неприємними відчуттями: від слабких до нестерпних. Разом з тим науковці не приділяли належної уваги даному методу оцінки якості життя пацієнтів з глосодинією.

Отже, у проблемі вивчення характеру нейро-психологічних особливостей хворих на глосодинію і порушення локальної гемодинаміки язика та їх корекції в комплексному лікуванні є невирішенні питання, чому і присвячені наші дослідження.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

#### 2.1 Клінічна характеристика хворих

У відповідності з метою та завданнями дослідження було проведено обстеження 49 хворих на глосодинію віком від 46 до 65 років, що звернулися на кафедру терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Обстежені пацієнти були поділені на 2 групи згідно вікової класифікації А. А. Маркосян: II періоду зрілого віку (28 осіб) і літнього віку (21 особа). Відповідно 24 і 18 практично здорових осіб аналогічного віку слугували контролем. Чоловіків було 12, жінок – 79. Середній вік пацієнтів на момент обстеження склав 52, 4 років для чоловіків, 52, 1 – для жінок.

Критерії відбору хворих передбачали виключення пацієнтів з афективними психозами, захворюваннями центральної нервової системи органічної природи, страждаючими на алкоголізм та наркозалежність. Обстеження проводили разом з невропатологом, за показаннями здійснювали консультації гастроентеролога, психотерапевта, кардіолога, гінеколога та інших спеціалістів. Крім того, при відборі виключали пацієнтів, які на момент обстеження мали загострення або наявність значимих клінічних проявів соматичної патології.

Діагностику глосодинії проводили згідно прийнятої на Україні систематизації захворювань слизової оболонки порожнини рота [9] та МКХ-10 (К 14.6). Клінічне обстеження пацієнтів включало опитування та вивчення анамнезу захворювання і життя хворого, проведення основних методів дослідження: пальпації, перкусії та зондування. При опитуванні виявляли скарги на наявність неприємних відчуттів (парестезій) на СОПР і шкіри, що не переходять у почуття болю (печіння, оніміння, поколювання, свербіж, відчуття

жару, холоду, «ковзання мурашок», «язик, посипаний перцем» та їх поєднання тощо). Встановлювали локалізацію парестезій, їх характер, інтенсивність, поширеність на суміжні ділянки, час виникнення, тривалість, зв'язок з прийомом їжі. З'ясовували наявність сенестопатій: відчуття обкладеності, одерев'янілості, збільшення язика та інших бульбарних розладів (утруднене ковтання, почуття чужерідного тіла у глотці, тяжкості і «втомлюваності» язика). Виявляли порушення смакової чутливості, наявність смакових парестезій. Відмічали характер слиновиділення та його порушення (гіпосалівація, гіперсалівація, диссалівація). Звертали особливу увагу на фобічні переживання хворих, канцерофобію, навязливу боязнь за своє здоров'я.

При зборі анамнезу захворювання встановлювали його тривалість, динаміку, час появи перших симптомів, наявність рецидивів і терміни відносної ремісії. З'ясовували з чим пов'язує хворий виникнення глосодинії. Уточнювали характер проведеного раніше лікування і його ефективність. Враховували гігієнічний догляд за порожниною рота, використання нестандартних засобів для гігієни порожнини рота. Виявляли перенесені та супутні загально-соматичні захворювання: хронічну секреторну та моторну недостатність органів системи травного тракту, підшлункової залози, печінки, гормональних порушень періоду клімаксу у жінок, інших важких соматичних та інфекційних хвороб. З'ясовували наявність шкідливих звичок (паління, надмірне вживання алкоголю, прийом наркотичних засобів) та алергологічний анамнез. Загальний стан пацієнта оцінювали за суб'єктивними та об'єктивними параметрами і результатами досліджень невропатолога, терапевта та інших спеціалістів. Враховували особливості особистості, характер пацієнта (як правило, тривожно-недовірливий), неврозу та стресових ситуацій. Огляд і пальпацію щелепно-лицьової області включало визначення кольору, цілісності, тургору шкірного покриву, стан кісткової, м'язової системи, області скронево-нижньощелепного суглобу, великих слинних залоз. При пальпації регіонарних лімфовузлів відмічали їх розмір, консистенцію, рухомість, болісність. Звертали увагу на стан

червоної кайми губ (колір, цілісність, наявність сухості, тріщин, ерозій, заїд тощо). Відмічали наявність морфологічних елементів ураження. У всіх обстежених проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота, яку, згідно з рекомендаціями ВООЗ, визначали послідовно по топографічним зонам. При цьому враховували зміни рельєфу, колір, блиск, ступінь вологості, цілісність анатомічних утворень, наявність елементів ураження. Оцінювали стан язика: наявність нальоту (обкладеність), набряку, відбитків зубів, десквамації сосочків. Проводили визначення стану зубів, зубних рядів і прикусу. Оцінювали стан тканин пародонта. Звертали увагу на наявність в порожнині рота ортопедичних конструкцій. Дослідження неврологічного статусу, крім загального, що проводив лікар-невропатолог, передбачало виявлення бульбарних симптомів: відсутність глоточного і занавіскового рефлексів, наявність фібрилярних посмикувань м'язів язика, тремор язика. Крім того визначали порушення чутливості шкіри обличчя і слизової оболонки порожнини рота, язика, губ, альвеолярного відростка, піднебіння (больової, температурної та тактильної). Проводили пальпацію проєкційних точок гілок трійчастого нерва, вегетативних вузлів і судинних стволів голови та шиї.

## **2.2 Визначення стану гігієни порожнини рота, швидкості слиновиділення, буферної ємності, в'язкості та рН ротової рідини**

При дослідженні визначали рівень гігієни порожнини рота за допомогою індекса Гріна–Вермільйона (ОHI–S) [93].

Спрощений індекс гігієни порожнини рота Гріна–Вермільйона (Oral Hygiene Index-Simplified, Green-Vermillion, 1964) дозволяє виявити не тільки зубний наліт, але і зубний камінь. Для визначення даного індексу зафарбовували вестибулярну поверхню 16, 11, 26, 31 і язичну поверхню 46, 36 зубів розчином Люголя. На відповідних поверхнях досліджуваних зубів визначали індекс зубного нальоту (Debris-index) і індекс зубного каменю (Calculus-index), виражали у балах.

Обчислення ОНІ-S проводили за формулою 2.1:

$$\text{ОНІ-S} = \left( \frac{\sum \text{ЗН}}{n} \right) + \left( \frac{\sum \text{ЗК}}{n} \right) \quad (2.1),$$

де  $\sum \text{ЗН}$  – сума балів зубного нальоту,  $\sum \text{ЗК}$  – сума балів зубного каменю,  $n$  – кількість обстежених зубів (6 зубів).

Критерії оцінки індексу зубного нальоту та зубного каменю

Зубний наліт (DI)	Зубний камінь (CI)
0 – ЗН відсутній	0 – ЗК не виявлений
1 – ЗН покриває не більш 1/3 поверхні коронки зуба	1 – над`ясенний ЗК покриває менш 1/3 коронки зуба
2 – ЗН покриває від 1/3 до 2/3 поверхні зуба	2 – над`ясенний ЗК покриває від 1/3 до 2/3 коронки зуба чи є під ясенний у виді окремих частин
3 – ЗН покриває >2/3 поверхні зуба	3 – над`ясенний ЗК покриває 2/3 коронки зуба і/чи під ясенний оточує пришийкову частину зуба

Інтерпретація результатів

Значення ОНІ-S	Оцінка ОНІ-S	Оцінка гігієни ПР
0–0,6	Низький	Хороша
0,7 – 1,6	Середній	Задовільна
1,7 – 2,5	Високий	Незадовільна
Більше 2,6	Дуже високий	Погана

Проведення дослідження швидкості слиновиділення та рН ротової рідини. Ротову рідину для дослідження збирали протягом 15 хв. Після полоскання порожнини рота дистильованою водою без стимуляції слиновиділення. Швидкість слиновиділення за певний відрізок часу визначали за формулою:  $Шс = V/T$ , де  $Шс$  = швидкість слиновиділення (у мл/хв.)  $V$  – об`єм виділеної слини (у мл/хв),  $T$  – час забору слини (у хв). Визначення рН ротової рідини проводили за допомогою тесту Saliva Check. Хворі спльовували ротову рідину в пеніцилінові пляшечки протягом 5 хв. Тест-полоски із лабораторного тесту Saliva Check для визначення рН занурювали в ємність з ротовою рідиною на 10 секунд, а потім порівнювали колір тест-полосок з

таблицею із комплекта. Буферну ємність визначали за методом Krasse [68]: 1 мл ротової рідини змішували з 3 мл 0,005 N розчином соляної кислоти (рН=3,0). Через 5 хвилин в отриманій суміші визначали величину рН. Оцінка ємності буферу: рН>6 – висока; 5<рН<6 – нормальна; рН<5 – низька. Дослідження в'язкості змішаної слини проводили за допомогою в'язкозиметра Освальда. Норма: середнє значення в'язкості ротової рідини – 1,46.

Всього проведено 42 дослідження швидкості саливації, рівня рН, буферної ємності, в'язкості слини та індексу гігієни порожнини рота у контрольній групі людей та у 49 хворих на глосодинію у процесі проведення лікувально-профілактичних заходів та комплексної профілактики даної патології.

### 2.3 Вивчення стану вегетативної нервової системи

За даними авторів [20, 90] клінічний перебіг глосодинії залежить від особливостей вегетативної регуляції. Дослідження наявності вегетативної дисфункції проводили за «Опитувальником для виявлення вегетативних змін» (А. М. Вейн 2001), який заповнювали відносно здорові особи віком від 20 до 26 років та хворі на глосодинію різної вікової приналежності (додаток 6). При математичній обробці результатів цього анкетного дослідження загальна сума балів у здорових осіб не повинна перевищувати 15. Перевищення свідчило про наявність вегетативної дисфункції. Для оцінки вихідного вегетативного тону розраховували вегетативний індекс (ВІ) Кердо (2.2):

$$VI = \left(1 - \frac{D}{P}\right) \times 100 \quad (2.2),$$

де  $D$  – величина систолічного тиску,  $P$  – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. При повній вегетативній рівновазі (ейтонії) в серцево-судинній системі  $VI=0$ . Отримане цифрове значення  $VI>0$  свідчить про симпатикотонію а значення  $VI<0$  – про ваготонію. Для проведення аналізу міжсистемного кардіореспіраторного співвідношення розраховували коефіцієнт Хільдебранта (співвідношення частоти серцевих скорочень до частоти дихання, за 1

хвилину). Отриманий коефіцієнт в межах 2,8–4,9 свідчить про нормальні міжсистемні співвідношення, показник  $\leq 2,7$  вказує на дискоординацію вегетативного забезпечення респіраторної та кардіальної систем за ваготонічним типом, показник  $\geq 5,0$  – за симпатикотонічним типом.

#### **2.4 Допплерографічні методи дослідження локальної гемодинаміки язика**

Вивчення особливостей локальної гемодинаміки язика проводили з участю 133 осіб (32 чоловіків та 101 жінки) в кабінеті функціональної діагностики та комп'ютерної томографії на клінічній базі Вінницького Військово-медичного центру. Першу групу досліджуваних складала 49 хворих на глосодинію віком від 45 до 64 років, другу – 42 особи молодого віку (20–26 років) і третю – 24 практично здорові особи II періоду зрілого віку і 18 – літнього. Дослідження проводили на ультразвуковому сканері «MyLab 50 xvision» фірми ESAOTE (Італія) з лінійним датчиком частотою 7,5 МГц., у режимі сірошкальної ехографії, кольорового доплерівського картування кровотоку і імпульснохвильової доплерографії. Глибина вимірювання при застосуванні датчика складала до 0,8 см, інтенсивність випромінювання – не більше 0,05 Вт/см<sup>2</sup>. Пристрій давав можливість здійснювати широкий діапазон досліджень стану кровотоку. Оцінка ступеня порушень в ділянці язика проводились з урахуванням як морфологічного, так і функціонального стану даної ділянки. Обстеження здійснювали у горизонтальному положенні з підкладеною під плечі невисокою щільною подушкою. Пацієнту пропонували відкрити рота і максимально висунути язик. Після просушування ватним тампоном на дорсальну поверхню язика наносили спеціальний гель-Ultrasound Transmission. Лінійний датчик встановлювали на спинку язика, в середній третині (проекція *a. profunda linguae*) під кутом 60° до її продольної осі. Технологія дослідження включала пошук язикової артерії справа (або зліва) та прицільне вивчення її гемодинамічних параметрів.

За допомогою спектральної імпульснохвильової доплерографії визначили якісні та кількісні показники регіонарного кровотоку: пікову систолічну ( $V - \max$ ), усереднену за часом максимальну швидкість кровотоку (TAMX), об'ємну швидкість кровотоку (ШО), індекс резистивності ( $R_i$ ), пульсаційний індекс ( $P_i$ ) та систоло-діастолічне співвідношення (S/D). Поряд з артерією візуалізували язикову вену – *v. lingualis*.

## 2.5 Методи психологічного дослідження

Оцінку особливості емоційної сфери, визначення наявності стану напруги і зниженої емоційної стабільності, здійснювали із застосуванням цілісного методологічного блоку психодіагностичних методик. Оскільки важливу роль у розвитку глосодинії відводять психоемоційному стану хворих, проведений ряд психологічних методів дослідження включав стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (MMPI), шкалу ситуативної і особистісної тривожності за Спілбергером та визначення темпераменту за допомогою методу Айзенка.

Основні принципи підбору комплексу методик:

1. відносна простота та швидкість проведення;
2. взаємна доповнюваність один одного;
3. повнота вивчення досліджуваних явищ;
4. чутливість до зміни досліджуваних явищ протягом лікування чи застосування профілактичних заходів.

Для порівняльної оцінки психологічного статусу хворих та їх схильності до розвитку глосодинії проводили психологічне тестування пацієнтів за методикою клінічно орієнтованого Міні-мульти – СМОЛ. Даний метод представляє собою скорочений варіант багатофакторного методу дослідження особистості Мінісотського опитувальника (MMPI), адаптованого В. П. Зайцевим і В. Н. Козюлей [62].

Опитувальник ММРІ складається з 71 питання, що стосуються самопочуття, звичок поведінки, переживань та настрою, емоційних станів, відношення до різних життєвих ситуацій, міжособистісних відносин та інтересів. Хворим надавались тести у вигляді анкетування, з вибором відповідей «вірно» та «невірно». Кожний з обстежуваних респондентів заносив свої відповіді в спеціальний бланк, де при підрахунку результатів будували індивідуальний профіль особистості досліджуваного (додаток 10). У результаті обробки отримували 10 базових та 3 контрольні шкали, призначені для визначення відношення пацієнта до тестування, перевірки розуміння та відвертості відповідей. При обробці даних враховували декілька параметрів, серед яких важливе діагностичне значення мали: загальний рівень профілю особистості, переважання окремих шкал (пікове значення) та їх поєднання. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за Л. Н. Собчик [92].

Наступним етапом дослідження було проведення додаткових психологічних тестувань групи контролю і хворих на глосодинію з використанням адаптованого варіанту опитувальника PEN Ганса та Сибілли Айзенк [62].

Основною метою дослідження була оцінка таких психічних властивостей, як нейротизм (нейропсихічна лабільність), екстраверсія–інтроверсія, психотизм та визначення відвертості відповідей досліджуваних. Обробка результатів давала можливість заключення про емоційно-вольову стабільність особистості респондента.

Метод полягав в наступному: опитувальник містить 101 питання, на які досліджуваний повинен відповісти «Так» чи «Ні», тобто у бланку поставити відповідно позначки «+» або «-» (додаток 7). При обробці опитувальника підраховували кількість відповідей, які збігаються з «ключовими». Високі оцінки за шкалою екстраверсія–інтроверсія відповідали екстравертированому типу, низькі – інтровертированому.

Середній показник – 7–15 балів. Високі показники за шкалою нейротизму свідчили про психічну нестійкість особистості. Середні показники – 8–16 балів. Високі оцінки за шкалою психотизму вказували на підвищений рівень конфліктності. Середні значення – 5–12 балів. Якщо за шкалою відвертості кількість балів перевищувала 10, то результат дослідження рахували недостовірним.

Для діагностики рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності (як стійка характерна особистості), нами були використані шкали Ч. Д. Спілбергера, адаптовані Ю. Л. Ханіним [62]. Шкала самооцінки складається з двох частин: окремо оцінка реактивної (висловлювання № 1–20) та особистісної (висловлювання № 21–40) тривожності. Обидва бланки мали 4 варіанта відповідей: «ніколи», «майже ніколи», «часто» та «майже завжди» (додаток 8). Показники реактивної та особистісної тривожності розраховували за спеціальними формулами. При інтерпретації результати оцінювали наступним чином: до 30 балів – низька тривожність, 31–45 балів – помірна тривожність, 46 і більше – висока.

## **2.6 Оцінка якості життя пацієнтів**

Значну роль у розвитку такого нейростоматологічного захворювання, як глосодинія відводять якості життя, що являється інтегральною характеристикою соціального та психологічного функціонування пацієнта. Негативні емоції, невротичні стани та стресові ситуації впливають на якість життя хворих. Нами проведено дослідження по вивченню якості життя 49 пацієнтів з глосодинією віком 45 – 64 роки і 42 практично здорових осіб аналогічного віку, серед яких 79 жінок (87%) та 12 чоловіків (13%). Використовували опитувальник SF-36, який дає інформацію про фізичне, психологічне та соціальне благополуччя так, як його сприймає сам пацієнт [72]. Це дозволяє якісно оцінити вплив на перераховані складові фактори, як хвороба та її перебіг. Опитувальник складається з 11 розділів, до яких входить 36

питань, результати якого обчислювали у вигляді оцінок в балах по 8 шкалах, де більш вища оцінка (від 0 до 100) вказувала на кращу якість життя (додаток 9). Кількісно оцінювали наступні показники: «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я». Перший складається з 4 шкал: PF – фізичне функціонування, RP – вплив фізичного стану на рольове функціонування, BP – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатись повсякденною діяльністю та GH – загальний стан здоров'я. До психологічних компонентів здоров'я входили наступні показники: VT – життєздатність, SF – соціальне функціонування, RE – вплив емоційного стану на рольове функціонування та MH – самооцінка психічного стану здоров'я. У нашому дослідженні показник шкали BP оцінювали за інтенсивністю парестетичних відчуттів оскільки больові відчуття були відсутні.

## **2.7 Метод комплексного лікування хворих на глосодинію та профілактика рецидиву захворювання**

Лікування глосодинії – одна з поширених проблем сучасної стоматології. В більшості випадків вона може мати успішне рішення, але іноді має тимчасовий ефект. При розробці схеми лікування ми намагались дотримуватись наступних складових:

1. Лікування повинно призвести до повного видужування або довготривалої ремісії.
2. Лікування повинно призводити до швидких первинних результатів для підтримки рівня довіри пацієнта.

Планування заходів комплексного лікування проводилось індивідуально для кожного пацієнта, враховуючи тяжкість перебігу, його тривалість, вік хворого та результати дослідження. Кожний план лікування індивідуально узгоджували на основі методів дослідження з такими спеціалістами, як невропатолог, гастроентеролог, ендокринолог, психотерапевт, кардіолог тощо.

Метод комплексного лікування хворих на глосодинію основної та порівняльної групи включав:

1. Консультацію невропатолога, за необхідністю – гастроентеролога, психотерапевта, ендокринолога, гінеколога, кардіолога тощо;
2. Проведення терапії соматичного захворювання;
3. Санацію порожнини рота;
4. Усунення місцевих подразнюючих факторів;
5. Професійну гігієну порожнини рота, підбір, контроль і корекцію засобів і методів індивідуальної гігієни;
6. Рекомендацію застосування зубної пасти «Xerostom» (ф. Biocosmetic, Іспанія) та чищення поверхні язика спеціальними щіточками двічі на день;
7. Хворі на хронічний катаральний гінгівіт та генералізований пародонтит отримували рекомендації щодо використання флосів, інтердентальних щіток, ополіскувачів.

Основною тактикою терапії і профілактики глосодинії було застосування засобів і методів загальної та місцевої дії. Схеми лікування включали медикаментозну терапію та фізіотерапевтичні процедури, які проводили у 2 етапи з використанням основного та протирецидивного курсу.

Методика лікування основної групи хворих на глосодинію:

1. Габапентин 0,3 мг (Фарма Старт, Україна) вживати після прийому їжі за схемою: 1-а доба – по 1 табл. 1 рази на день; 2-а доба – по 1 табл. 2 рази на день; 3-а доба – по 1 табл. 3 рази на день; 4-а – 14-а доба – по 1 табл. 3 рази на день. Курс лікування – 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;
2. Енеріон 0,2 (Серв'є Індастрі, Франція) по 1 табл. 2 рази на день після їди протягом 4 тижнів;
3. Персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні;

4. Трентал 0,1 (Санофія – Авантіс, Індія) по 2 табл. 2 рази на день після прийому їжі (під контролем кардіолога). Курс лікування – 14 днів;

5. При гіпосалівації – настій препарату рослинного походження мати-й-мачухи по 1 ст. ложці на 200мл гарячої перевареної води, нагріти протягом 15 хв., приймати по 1/2 склянки 3 рази на день;

6. 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;

7. Ультрафонофорез 1% розчину вітаміну РР (1 мл + гліцерин 1 мл) на область язика курсом 5–7 процедур щоденно;

З метою профілактики рецидиву глосодинії проводили диспансерне спостереження та призначення кожні півроку протирецидивного курсу при позитивному результаті лікування:

1. Нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія) по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця;

2. Персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні;

3. Ультрафонофорез вітаміну РР (1 мл 1% розчину + 1 мл 80% водного розчину гліцерина) на язик курсом 5 процедур.

Лікування групи порівняння включало:

1. Нейровітан по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця;

2. Новопасит (Тева Чех Індастріз, Чехія) по 1 чайній ложці 2 рази на день після їди;

3. Кавінтон, 0, 005 (ф. Гедеон Ріхтер, Угорщина) по 1 табл. 3 рази на день (під контролем кардіолога). Курс лікування – 14 днів;

4. 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;

5. Гальванічний комір за О. Ю. Щербаком: 1-а процедура тривалістю 6 хв з силою току 6 мА, з кожною наступною процедурою збільшували силу на 2 мА та 2 хв. Максимальна сила току – 16 мА, час – 16 хв. Кількість процедур – 12 щоденно;

6. Полоскання 1% розчином цитралю 3 рази на день (по 15 крапель на 200 мг кип'яченої води). Курс лікування – 14 днів.

При неефективності лікування хворих основної та порівняльної групи проводили повторний курс за розробленим нами комплексним методом. Застосування вітаміну В1 для блокади язикового нерва обумовлено тим, що зазначений вітамінний препарат бере участь в процесах регенерації пошкоджених нервових волокон, енергетичних процесах в нервових клітинах, формуванні структури нейрональних мембран та нормального функціонування аксонального транспорту. Дія лідокаїну у складі суміші для блокади язикового нерва засновано на блокуванні руху натрієвих іонів через клітинну мембрану нейронів. Це сприяє стабілізації клітинної мембрани, що попереджає розповсюдження потенціалу дії і, відповідно, зменшує парестетичні відчуття.

Лікувальна дія ультрафонофорезу вітаміну РР складається з фізичного впливу на тканини ультразвуку та його поєднання з дією даного вітамінного препарату. В основі фізіологічної дії ультразвуку лежать механічний та тепловий чинники, що зумовлюють фізико-хімічні зміни в організмі. Ультразвукова хвиля на межі розділу середовищ та тканин може відбиватися, що створює умови для інтерференції [96]. При цьому утворюються ділянки підвищеного звукового тиску через велику різницю акустичного опору в області межуючих шарів.

У результаті змінного тиску виникає механічна енергія, що викликає своєрідний «мікромасаж клітин», яка призводить до зсуву фізико-хімічних процесів та перетворюється на теплову. Теплова енергія сприяє розширенню судин, прискоренню кровотоку і обміну речовин, підвищенню фагоцитозу, підвищенню проникності тканинних мембран та засвоєння тканинами кисню з крові, а також поліпшенню процесів регенерації та активізації діяльності ферментів. Ультразвук має знеболювальну, протизапальну, розсмоктувальну, сенсibiliзуючу та тонізуєчу дію.

Вітамін РР бере участь в окисно-відновних реакціях організму. Має судинорозширювальну дію, що сприяє покращенню кровообігу у тканинах. Нікотинова кислота має ліпопротейдемічну активність (знижує рівень ліпопротейдів в крові), знижує вміст тригліцеридів та  $\beta$  – ліпопротейдів у крові, нормалізує вміст холестерину. Крім того, для покращення мікроциркуляції язика використовували препарат трентал, що відноситься до групи ангіопротекторів. Діюча речовина препарату – пентоксифілін, похідне ксантина. Механізм його дії зв'язаний з пригніченням фосфодіестерази та накопиченням цАМФ в клітинах гладкої мускулатури судин, в формених елементах крові, інших тканинах та органах. Пентоксифілін гальмує агрегацію тромбоцитів та еритроцитів, підвищує їх гнучкість, знижує підвищену концентрацію фібриногену в плазмі та фібриноліз, що зменшує в'язкість крові та покращує її реологічні властивості. Окрім того, пентоксифілін чинить слабку судинорозширювальну дію, зменшує загальний периферичний опір судин та володіє позитивним ізотропним ефектом. В результаті відмічаються покращення мікроциркуляції та постачання тканинам кисню. У традиційній схемі лікування використовували препарат кавінтон з діючою речовиною вінпоцетин. Останній нормалізує тонус судин, а також покращує кровообіг у головному мозку шляхом гальмування агрегації тромбоцитів, зменшення підвищеної в'язкості крові, збільшення еластичності еритроцитів і гальмування поглинання ними аденозину. Також кавінтон володіє нейропротекторною функцією та зменшує вираженість пошкоджуючих цитотоксичних реакцій, що викликані стимульованими амінокислотами.

Для впливу на вегетативну нервову систему призначали препарати нейровітан та енеріон. Енеріон з діючою речовиною сульбатиамін є синтетичним з'єднанням, отриманим в результаті поєднання двох молекул дизобутирата тіаміну за допомогою дисульфідного мостику. Володіє ліпофільними властивостями, швидко всмоктується в травному тракті та проникає через гематоенцефалічний бар'єр, накопичуючись в структурах

лімбіко-ретикулярного комплексу та, особливо, в ретикулярній формації, гіпокампі та клітинах Пуркіньє. Енеріон володіє вираженим прохолінолітичним ефектом, що потенціює серотонічну активність та сприяє ресинхронізації циркадних ритмів. Активує основні центри головного мозку та підкоркових структур, відповідальних за збереження природного тону центральної нервової системи (ретикулярної активуючої системи) та сприяє нормалізації біологічних ритмів. Таким чином, Енеріон покращує координацію рухів, увагу, здатність до запам'ятовування, підвищує стійкість до розвитку м'язевої астенії та впливу стресових ситуацій в цілому. Також препарат покращує суб'єктивне самопочуття, пам'ять, сон, зменшує вираженість тривожно-депресивних проявів та вегетативних розладів, зменшує вираженість метеотропних вегетативних реакцій (адаптогенна дія). Призначення при різних формах астенії (фізична та психічна), в тому числі, астенії зв'язаної з соматичними захворюваннями, депресією, апатією та зниженням активності.

Інший вітамінний комплекс – нейровітан. Діюча речовина – октотіамін 25 мг, рибофлавін 2,5 мг, цианокобаламін 0,25 мг, піридоксина гідрохлорид 40 мг. Октотіамін являє собою комбінацію вітаміна В<sub>1</sub> та альфа-ліпоєвої кислоти, що бере участь в обміні жирів та вуглеводів, покращує тканинне дихання та доставку кисню до клітин шкіри. Також октотіамін необхідний для синтезу нуклеїнових кислот, відіграє важливу роль у регуляції функції вегетативної та м'язевої системи. Рибофлавін (вітамін В<sub>2</sub>) входить до складу численних окисно-відновних ферментів. Бере участь в процесі тканинного дихання, синтезу АТФ та вищих жирних кислот. Володіє антиоксидантними властивостями, сприяє підвищенню концентрації гемоглобіну та еритроцитів. Окрім того рибофлавін покращує гостроту зору та кольоросприянття. Піридоксин (вітамін В<sub>6</sub>) – компонент, який необхідний для метаболізму жирів, амінокислот та вуглеводів, бере участь в розщепленні холестерину, синтезі та живленні мієлінової оболонки нервових волокон.

Ціанкобаламін (вітамін В<sub>12</sub>) бере участь в жировому, білковому та вуглеводному обміні, нормалізує процеси розвитку, росту, регуляції гемопоезу, стимулює синтез білка, підсилює імунний захист організму. Препарат назначають при хворобах нервової системи: невритах, невралгії, поліневритах, невралгії трійчастого нерва, парестезіях, паралічі лицевого нерва, артралгії та міалгіях.

Група седативних засобів включала в себе прийом такого препарату, як Персен. Персен представляє собою комбінований препарат рослинного походження та володіє седативними властивостями, знижуючи дратівливість і напругу, що виникають при психічних перевтомах. Склад: 0, 05 екстракта валеріани, 0,025 – екстракта м'яти перечної та 0, 025 – екстракта м'яти лимонної (меліса). Екстракт валеріани-психотропний рослинний препарат, що містить ефірне масло, в склад якого входять монотерпени, сексвитерпени,  $\gamma$ -аміномасляна кислота (ГАМК), глютамін та аргінін. Комплекс цих речовин обумовляє седативні та анксиолітичні властивості валеріани та її сприятливий вплив на процес засинання та якості сну. Механізм дії валеріани на ЦНС опосередкований через ГАМК-рецептори. Анксиолітичні властивості валеріани дозволяють розглядати її в якості потенціального препарату для лікування тривожних розладів. Похідні валеріанової кислоти сприяють посиленню дії ендогенної ГАМК, як шляхом стимуляції її вивільнення та пригнічення зворотнього захвату, так і за рахунок інгібування її метаболізму.

Меліса лимонна. Її сприятливий вплив на ЦНС зв'язаний з різновидними активними компонентами – альдегідним монотерпіноїдам, флавоноїдам та поліфенольним з'єднанням. Дія меліси на ЦНС полягає в пригнічуючій дії на ацетилхолінестеразу головного мозку та здібності зменшувати активність нікотинових та мускаринових рецепторів в корі головного мозку. Також рослина володіє антиоксидантними властивостями, завдяки яким здібна захищати головний мозок від пошкоджень, викликаних вільними радикалами, помірною спазмолітичною та антимікробною дією.

М'ята перечна володіє заспокійливою спазмолітичною, антисептичною та знеболювальною дією, а також надає рефлекторний короно розширювальний ефект. За рахунок місцевої подразнювальної дії та стимулюючого впливу на периферичні нейрорецептори шкіри та слизової оболонки м'ята перечна сприяє посиленню капілярного кровообігу, а також перистальтики кишечника. Дія комбінації валеріани, меліси та м'яти перечної являється взаємодоповнюючою. Разом ці компоненти володіють м'яким заспокійливим ефектом та призначені для зняття симптомів тимчасового нервового напруження, при лікуванні вегето-судинної дистонії, неврозах, що супроводжуються психоемоційними збудженнями, які не вимагають сильнодіючих седативних препаратів. Заспокійливий препарат, який використовувався у традиційній схемі лікування – Ново-пасит є комбінованим препаратом, до складу якого входять екстракти лікувальних рослин та гвайфенезин. Ново-пасит володіє седативною та анксиолітичною дією, ліквідує відчуття страху та психоемоційну напругу, характеризується міорелаксуючим ефектом.

Один з препаратів у лікуванні глосодинії – настій мати-й-мачухи, який характеризується дезінфікуючою та протизапальною дією. Водночас з цим сприяє збільшенню секреції слини та знімає сухість у роті. В якості стимулюючого слину препарату в групі порівняння призначали цитраль. Цитраль – це суміш ефірних олій, більшість з яких складає лемонграссова (біля 80%), яка володіє антисептичною і протизапальною дією, сприяє процесам епітелізації та стимулює секрецію слини.

З групи протисудомних засобів призначали габапентин, якій має невропатичний компонент дії. За своїм складом препарат схожий з нейротрансмітером гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), однак його механізм дії відрізняється від інших препаратів, що взаємодіють з ГАМК-рецепторами (вальпроєва кислота, бензодіазепін, інгібітори ГАМК – трансамінази та ін.). Він не володіє ГАМК-ергічними властивостями і не впливає на захоплення та метаболізм ГАМК. Габапентин зв'язується з  $\alpha 2\text{-}\beta$

субодиницею вольтаж-залежних кальцієвих каналів та знижує потік іонів кальцію, що грають важливу роль у збудженні ноцицепторів. Ще одним механізмом габапентину є зменшення глутамат-залежної загибелі нейронів, збільшення синтезу ГАМК, пригнічення, вивільнення нейротрансмітерів моноамінової групи.

Габапентин – інгібітор зворотнього захоплення нейромедіаторів серотоніну і норадреналіну. Після прийому внутрішньо, максимальна концентрація габапентина у плазмі сягає через 2-3 години. Абсолютна біодоступність складає біля 60%. Габапентин не зв'язується з білками плазми та виводиться нирками.

Аналогом габапентину є препарат лірика. Однак, у порівнянні з габапентином лірика володіє лінійною фармакокінетикою та значно більш високою біодоступністю (90%), надає швидкий позитивний ефект. Швидкість редукції парестетичних відчуттів напряду корелює з покращенням сну та настрою у хворих на глосодинію. Зручний режим дозування підвищує також комплаєнтність при лікуванні цих пацієнтів та сприяє більш швидкому покращенню якості життя. Ці препарати характеризуються практично повною відсутністю лікарських взаємодій та невисокою частотою розвитку небажаних явищ. Обидва препарата показали свою ефективність в лікуванні різноманітних нейропатичних болей та парестезій.

## **2.8 Статистичні методи дослідження**

Для об'єктивної оцінки ступеня достовірності проведено статистичне обчислення отриманих результатів досліджень з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики (параметричних і непараметричних показників) за допомогою персонального комп'ютера Pentium II зі застосуванням пакета статистичних програм “Statgraphic 2.3” і “Microsoft Excel 2010”.

Статистичну обробку отриманих параметричних показників проводили, рахуючи середню арифметичну величину (M), середнє квадратичне відхилення ( $\sigma$ ), середню похибку (m). Ступінь достовірності (P) отриманих результатів визначали за критерієм Ст'юдента (t) згідно рекомендацій [84]. Середнє квадратичне відхилення ( $\sigma$ ) обчислювали за формулами 2.3, 2.4:

$$\sigma = \frac{\sqrt{\sum d^2}}{(n-1)} \quad (2.3), \text{ якщо } n < 30 \text{ або}$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{\sum d^2}}{n} \quad (2.4), \text{ якщо } n > 30,$$

де d-числове значення показника, n-кількість спостережень.

Середню похибку середньої величини (m) обчислювали за формулами 2.5, 2.6:

$$m = \frac{\pm \sigma}{\sqrt{n-1}} \quad (2.5), \text{ якщо } n < 30 \text{ або}$$

$$m = \frac{\pm \sigma}{\sqrt{n}} \quad (2.6), \text{ якщо } n > 30,$$

де  $\sigma$ -середнє квадратичне відхилення, n-кількість спостережень.

Критерій достовірності відмінностей – критерій Ст'юдента (t) обчислювали за формулою 2.7:

$$t = \frac{(M1-M2)}{\sqrt{m1^2+m2^2}} \quad (2.7),$$

де M1 – середня арифметична величина першого показника, M2 – середня арифметична величина другого показника, m1 – середня похибка середньої величини першого показника, m2 – середня похибка середньої величини другого показника.

Параметричні методи статистичної обробки використовували при обчисленні індексу Гріна-Вермільона, результатів біохімічних та біофізичних досліджень ротової рідини, досліджень вегетативної регуляції, локальної гемодинаміки, визначення особливостей психологічних змін та оцінки якості життя. Для статистичної обробки даних клінічного обстеження пацієнтів використовували непараметричний метод – критерій  $\chi^2$ .

Критерій  $\chi^2$  вираховували наступним чином за формулою 2.8:

$$\chi^2 = \sum (P - P_0)^2 P_0 \quad (2.8),$$

де  $P$  – фактичні дані,  $P_0$  – очікувані дані.

Результати даного розділу висвітлені в наступній науковій праці:

1. 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

### РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ЯЗИКА У ЗДОРОВИХ ОСІБ

Враховуючи те, що до теперішнього часу відсутні показники доплерівського спектру, на підставі яких можна було б судити про характер кровопостачання язика у нормі та патології, нами проведено визначення ехографічних критеріїв гемодинаміки а. profunda linguae у 84 практично здорових осіб (42 – молодого віку, 24 – II періоду зрілого віку і 18 – літнього) з відсутністю захворювання язика. Дослідження проводили у режимі триплексного сканування: поєднання зображення в В – режимі, кольорової картограми потоку та спектрального аналізу кровотоку на ультразвуковому сканері «MyLab 50 xvision» фірми ESAOTE (Італія) з лінійним датчиком, частотою 20 МГц та діаметром робочої частини 1,5 мм.

Під час дослідження положення пацієнта – лежачи, лицем до верху. Невисоку щільну подушку підкладали під плечі. На максимально висунутий язик, після просушування ватним тампоном, наносили спеціальний гель – Ultrasound Transmission. Лінійний датчик встановлювали на спинку язика, в області проекції а. profunda lingualis, перпендикулярно до її продольної осі.

Пошук судини здійснювали за допомогою В – режиму кольорового картування, що дозволяє швидко визначити її локалізацію. Після візуалізації судини розпочинали доплерометрію кровотоку. Криву швидкості кровотоку «заморожували» на екрані пристрою та визначали її якісні та кількісні параметри.

Результати дослідження архівували. Під час проведення спектрального аналізу оцінювали якісні параметри: форму доплерівської кривої, наявність «спектрального вікна», інтенсивність світіння різноманітних зон доплерівського спектру. Оцінку кількісних параметрів доплерівського зсуву частот проводили за показниками максимальної систолічної швидкості кровотоку ( $V - \max$ ) та усередненої за часом максимальної швидкості

кровотоку (TAMX). Індекс резистентності (Ri), пульсаційний індекс (Pi), систоло – діастолічне співвідношення (S/D) та об'ємну швидкість кровотоку (CO) визначали за стандартними методиками [67].

Детальний аналіз ехографічних характеристик дозволив оцінити можливості дослідження стану гемодинаміки артерій язика, *in vivo*. В нормі при кольоровому доплерівському картуванні *a. profunda linguae* візуалізувалась у всіх дослідженнях. Кольорова доплерографія дозволяла також візуалізувати язикову вену, яка супроводжує одночасно артерію. Типовий варіант доплерівського спектру частот, отриманого з *a. profunda linguae*, представлений на рисунку 3.1.

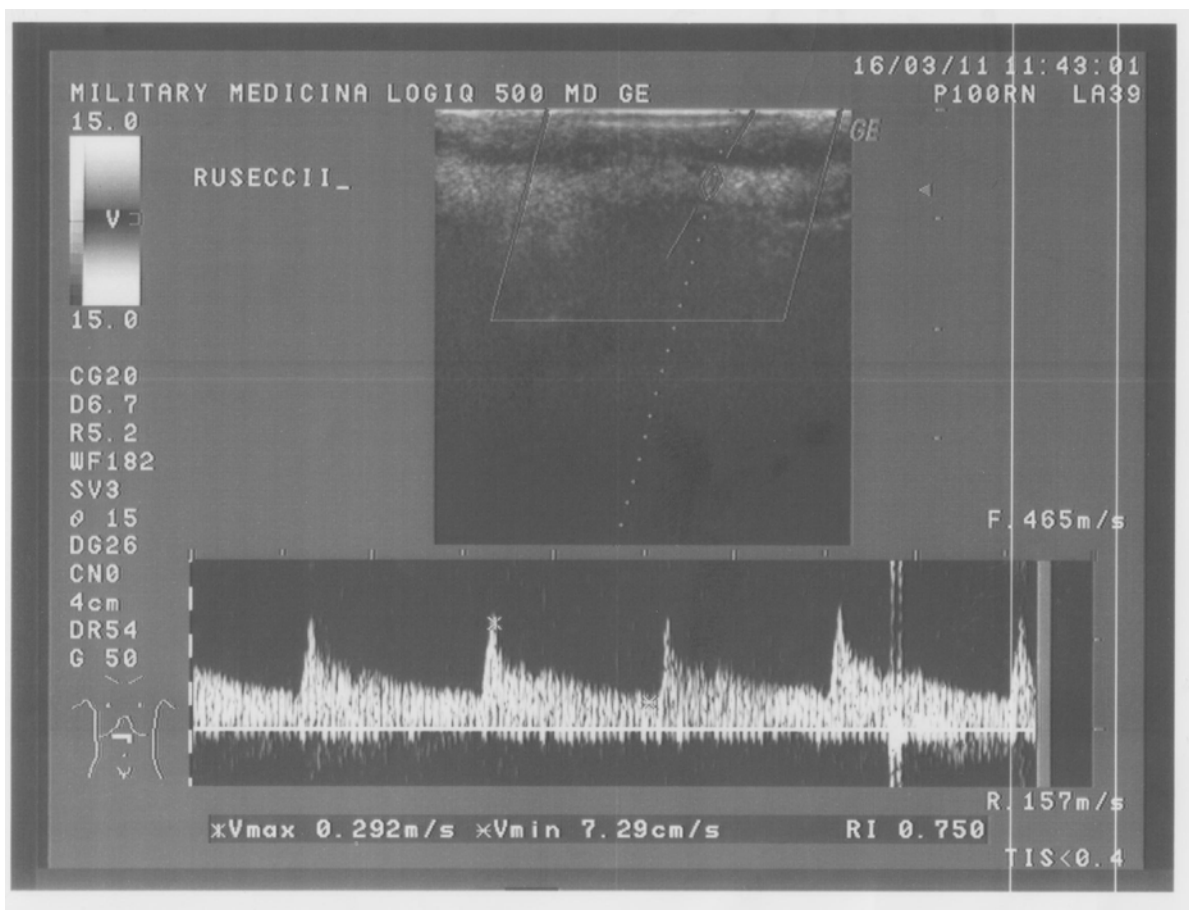


Рисунок 3.1 – Типовий варіант доплерівського спектру частот, отриманого з *a. profunda linguae*

При якісному аналізі доплерівського спектру встановлено наявність усіх складових, характерних для артерій з низьким периферичним опором: систолічного, катакротичного та дикротичного зубців, а також діастолічної фази. Відомо, що закономірності руху крові по судинній системі залежать як від реологічних властивостей крові, так і від кровоносних судин. У всіх обстежених виявлені високі значення швидкості кровотоку та загострений характер піків. «Спектральне вікно» у 93% досліджень було «чистим».

Результати доплерівського дослідження кількісних характеристик а. profunda linguae у здорових осіб молодого віку представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Показники стану кровотока в а. profunda linguae у здорових осіб молодого віку

Параметри доплерографії	Показники гемодинаміки а. profunda linguae, $M \pm m$ (розкид показників) $n = 42$
Діаметр, Мм	$1,21 \pm 0,017$ (1,0–1,3 мм)
V-max, м/с	$0,37 \pm 0,04$ (0,12–1,03 м/с)
Індекс резистентності (RI)	$0,696 \pm 0,01$ (0,61–0,82)
Пульсаційний індекс (PI)	$1,82 \pm 0,063$ (0,92–2,78)
TAMX, м/сек	$0,305 \pm 0,022$ (0,109–0,608 м/сек)
S/D	$3,22 \pm 0,106$ (2,33–4,42)
ШО, мл/хв.	$21,9 \pm 1,68$ (10–40 мл/хв)

З даних таблиці видно, що величина діаметра артерій язика, що визначається в В – режимі, склала  $1,21 \pm 0,017$  мм. Одним з важливих показників функціонування як макро-так і мікросудин являється швидкість кровотоку, що обумовлена реологічними властивостями крові [67]. Середньостатистичні значення пікової швидкості локального кровотоку (V – max), яка представляє собою максимальну швидкість у фазі систоли та відображає лінійні параметри кровотоку в артеріях язика, склала  $0,37 \pm 0,04$  м/с, з різницею показників у великих межах (від 0,12 до 1,03 м/с).

Детальний аналіз ехографічних лінійних параметрів виявив, що для артерій язика характерні високі значення найбільш чутливого показника швидкісних складових кривої доплерівського спектру за декілька серцевих циклів – усередненої за часом максимальної швидкості кровотоку ( $0,305 \pm 0,022$  м/с). Розраховані за даними лінійними параметрами індексів резистентності судин ( $R_i$ ) та пульсації ( $P_i$ ), які опосередковано відображають стан периферичного опору кровотоку, у середньому склали  $0,696 \pm 0,01$  та  $1,82 \pm 0,063$ . Крім того, індекс пульсації також відображає пружно-еластичні властивості артерій [59, 103]. Зважаючи на результати даних досліджень, коливання значень пульсаційного індексу, який більш точно визначає величину периферичного опору (від 0,92 до 2,78), більш виражені ніж індекс резистентності (від 0,61 до 0,82).

Опосередкованою характеристикою стану судинної стінки, її еластичних властивостей також є показник систоло–діастолічного співвідношення ( $S/D$ ), який склав  $3,22 \pm 0,106$ . Однак найбільшою інформативністю характеризується показник об'ємного кровотоку (ШО), який відображає стан істинного кровопостачання органу. При цьому величина об'ємної швидкості кровообігу в артеріях язика у здорових осіб склала  $21,9 \pm 0,2$  мл/хв.

Порівняльна оцінка показників гемодинаміки язика у практично здорових осіб різного вікового періоду дозволила виявити деякі особливості стану кровообігу у даному органі (Таб 3.2). Показники, подані в таблиці, вказують, що з віком відбувається поступове погіршення усіх показників доплерівського зсуву частот. При цьому, якщо зміни переважної більшості середньостатистичних результатів доплерівського спектру артерій язика у осіб II періоду зрілого віку відносно молодого були недостовірними ( $p_1 > 0,05$ ), то аналогічні значення групи осіб літнього віку – частіше достовірними, як відносно молодого, так і зрілого вікового періоду, з високим ступенем ймовірності різниці (95 – 99,9%).

Таблиця 3.2 – Порівняльна оцінка стану гемодинаміки язика у практично здорових осіб різного вікового періоду

Показники доплерографії артерії язика	Практично здорові особи молодого віку (n=42)	Практично здорові особи II періоду зрілого віку (n=24)	Практично здорові особи літнього вікового періоду (n=18)
Діаметр, Мм	1,21 ± 0,017	1,17±0,02	1,1±0,01
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,01
V-max, м/с	0,37 ± 0,04	0,3±0,04	0,21±0,02
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05
Індекс резистентності	0,696 ± 0,01	0,71±0,01	0,72±0,01
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Пульсаційний індекс	1,82 ± 0,063	2,48±0,07	2,95±0,01
	p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,001
TAMX, м/сек	0,305 ± 0,022	0,279±0,03	0,25±0,02
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
S/D	3,22 ± 0,10	3,02±0,08	2,8±0,1
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,01		p <sub>3</sub> >0,05
ШО, мл/хв	21,9 ± 1,68	20±1,6	17,7±1,7
	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між практично здоровими особами молодого віку та практично здоровими особами II періоду зрілого віку;

p<sub>2</sub> – різниці показників між практично здоровими особами молодого віку та практично здоровими особами літнього вікового періоду;

p<sub>3</sub> – різниці показників між практично здоровими особами II періоду зрілого віку та практично здоровими особами літнього вікового періоду.

Дуплексне сканування виявило звуження *a. profunda linguae* в осіб літнього вікового періоду на 9,1% ( $p_2 < 0,001$ ) порівняно таких молодого віку і на 6% ( $p_3 < 0,01$ ) – II періоду зрілого віку. Істотне зменшення діаметру судин язика в осіб літнього віку супроводжувалось вираженим зниженням максимальної швидкості кровотоку (відповідно на 43,3 і 30%), систоло – діастолічного співвідношення ( на 13 і 7,3%) та усередненої за часом максимальної швидкості кровотоку ( на 18 і 10,4%).

При аналізі доплерівського спектру виявлені вагомні зміни і об'ємних параметрів кровотоку в *a. profunda linguae* при збільшенні віку обстежених. Так, зменшення об'ємної швидкості кровотока в глибокій артерії язика у практично здорових осіб літнього віку відносно молодого вікового періоду склало 19,2%, II періоду зрілого віку – 11,5%, а збільшення індекса Гослінга – відповідно 38,3 і 16%. Отримані результати лінійних та об'ємних параметрів кровотоку свідчили про можливі морфологічні зміни артеріальних судин язика з віком, які сприяли суттєвому погіршенню їх властивостей та кровопостачанню тканин.

Таким чином, кольорова та імпульснохвильова доплерографія є інформативним, неінвазивним методом визначення стану гемодинаміки артерій язика. Якісні та кількісні показники доплерівських досліджень після розшифровки можуть бути використані в якості ехографічних критерій стану кровотоку в тканинах язика. Показники нормального кровообігу в судинному руслі язика, отримані під час ультразвукового дослідження в поєднанні з кольоровим доплерівським картуванням та доплерометрією можуть слугувати основою під час діагностики та лікування хворих з патологічними процесами в тканинах язика, різноманітного генезу.

Порівняння основних параметрів гемодинаміка язика між практично здоровими особами різних вікових періодів дозволило встановити стійку тенденцію до їх погіршення при збільшенні віку обстежених, що вказувало на вікові структурні зміни у системі кровообігу *a. profunda linguae* та підвищену чутливість до дії несприятливих чинників як зовнішнього, так і внутрішнього середовища.

Результати даного розділу висвітлені в науковій праці:

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.ХІV, №2(52). – с. 107 – 110.

## РОЗДІЛ 4

### РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО, ФІЗИКО – ХІМІЧНОГО, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ

#### 4.1 Результати клінічних досліджень хворих

За даними О. С. Яворської [118] хворі на глосодинію складають найбільш чисельну групу серед усіх пацієнтів з чутливими порушення щелепно-лицевої ділянки. Клінічна картина глосодинії характеризується різними симптомами захворювання [21, 122, 137, 158]. Тому, нами оцінений ступінь вираженості клінічних симптомів захворювань у пацієнтів різних вікових періодів. Нами підтвержені дані літератури [88, 126, 133], що у клінічній симптоматиці, незважаючи на різноманіття, головним є парестетичний феномен – різні форми спонтанного виникнення парестезій слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя, які не переходять у почуття болю та не супроводжуються морфологічними змінами. При цьому усі пацієнти відмічають зниження працездатності та порушення сну.

При опитуванні 28 хворих II періоді зрілого віку з'ясовано, що у низці скарг переважають парестезії з характерною формою яскравих «образних», іноді досягаючих ступеня фантазій. Характерно поєднання відчуттів та локалізації. Так, 60,7% хворих скаржились на відчуття печіння, 35,7% – на пощипування, 50% – на свербіж, 42,9% – на поколювання, 35,7% – на відчуття жару, 39,3% – на «ковзання мурашок», 32,1% – на оніміння. Дещо менше пацієнтів пред'являли скарги на терпкість (28,6%), шерохватість (25,5%) та набряк язика (17,9%). З часом зазначені скарги мали схильність до зростання.

Первинну зону виникнення парестезій в області кінчика язика відзначали 64,3% пацієнтів, у бокових поверхнях язика – 50%, спинці язика та слизовій оболонці губ – 35,7%. Рідше – в області всієї поверхні язика (25%), слизової

оболонці щік (28,7%), піднебіння (7,1%), верхнього відділу стравоходу (17,9%). В цих ділянках (зони домінування) хворі відмічали максимальну інтенсивність відчуттів, які розповсюджувались на суміжні ділянки слизової оболонки та шкіри в 46,4% спостережень. 21,4% обстежених пацієнтів даної групи скаржились на відчуття одерев'янілості язика, враження чужерідного тіла у глотці, а 14,3% – порушення смакової чутливості в ділянці передніх двох третин язика. Виражені фобічні переживання хворих, нав'язлива боязнь за своє здоров'я виявлено у 28,6% обстежених, канцерофобія – у 35,7%.

У відповідності з класифікацією О. С. Яворської [117] встановлені наступні варіанти глосодинії: лінгвально-мандибулярна (88,9%), глософарингіальна (7,4%), фронто-парієтальна (3,7%). Усі хворі (100%) вказували на залежність парестезій від прийому їжі: повне зникнення неприємних відчуттів під час її приймання. Крім того, скарги на сухість в роті, що підсилюється вночі, пред'являли 21 хворий, що склало 75%, 3 пацієнти (10,7%) скаржились на підвищення саливації, 2 (7,15%) – на таку лише вдень, а вночі – сухість в роті і лише 2 (7,15%) не відмічали її порушення.

З анамнезу встановлено, що 25% пацієнтів II періоду зрілого віку хворіють протягом місяця, 28,6% – від 1-го до 3-х місяців, 21,4% – від 3-х до 6-ти, 10,7% – від 6-ти до 12-ти, 14,3% – більше року. Вперше за допомогою звернулись 25% пацієнтів. Переважна більшість хворих (71,4%) відмічають, що ефективність проведеного лікування була нетривалою (до 2 місяців). Лікування, в основному, призначали лікарі-стоматологи за місцем проживання (64,3%) та у приватних закладах (25%). 3 хворих (10,7%) лікувались самостійно, згідно інформації з інтернету.

З метою лікування пацієнти використовували наступні препарати: заспокійливі засоби, антидепресанти, транквілізатори та ін'єкції вітаміну B1 за типом мандибулярної анестезії. 32,1% пацієнтів пов'язують виникнення глосодинії з переживаннями внаслідок проблем в сім'ї та на роботі, аналогічна кількість (32,1%) – із супутньою загальною патологією організму, 21,4% – з

механічною травмою, 7,4% – з протезуваннями. 7,3% хворим причина невідома. Слід відзначити, що усі пацієнти уважно слідкують за гігієнічним станом порожнини рота, використовують усі засоби (зубну пасту, щітку, флоси, ополіскувачі).

З супутніх захворювань пацієнти відмічають захворювання травного тракту (50%), скелетно – м'язевої системи (35,7%) та серцево – судинної (14,3%), гінекологічну (25%) та ендокринну патології (3,6%). 42,9% хворих відмічали підвищення психо-емоційного стану (тривожність, дратівливість тощо) і лише 3,6% – наявність неврологічного захворювання. Примітно, що в більшості ніж у половини пацієнтів (51,8%) констатовано одночасні функціональні розлади двох і більше систем, найбільш з яких склали порушення шлунково-кишкового тракту, психологічного стану і патології клімаксу, що вказує на коморбідність глосодинії і соматичної патології.

Соціально-побутові умови життя пацієнтів – задовільні. Звертає на себе особливу увагу відсутність шкідливих звичок (паління, надмірне вживання алкоголю тощо) у 100% спостережених. Загальний стан обстежених хворих оцінений, як задовільний. Однак, нормальний артеріальний тиск встановлений лише у половини пацієнтів даної групи, підвищений – у 39,3%, знижений – у 10,7%, а пульс – у межах норми (72-83 в 1 хв.). При огляді елементів ураження шкіри не встановлено, її тургор, стан м'язевої і кісткової тканини відповідає віковому періоду. Великі слинні залози не збільшені, їх функція не порушена. Розмір і консистенція регіонарних лімфатичних вузлів в межах норми. При пальпації лімфатичні вузли безболісні. Слизова оболонка блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, тургор тканин не змінений. Патологічних змін СОПР та елементів ураження не встановлено. Наліт білосуватого або сіруватого кольору на дорсальній поверхні язика виявлено у 42,9% хворих. При інших спостереженнях (57,1%) язик чистий, рожевого кольору, дорсальна поверхня покрита сосочками. Ділянок десквамації або гіпертрофії сосочків не виявлено. У 32,1% хворих відбитки зубів на боковій поверхні язика вказували на наявність набряку.

З метою вивчення особливостей стоматологічного статусу проведена оцінка результатів обстеження хворих та практично здорових осіб обох вікових категорій, результати якого наочно наведені на рисунках 4.1 та 4.2. З наведених даних видно, що в більшості спостережень показників стану СОПР, зубів і тканин пародонта обстежених пацієнтів на глосодинію достовірно не відрізнялись від здорових осіб аналогічного вікового періоду. Так, практично однакова кількість обстежених пацієнтів і осіб контрольної групи мали незмінений блідо – рожевий колір СОПР: в II періоді зрілого віку – 92,8% хворих і 87,5% – здорових осіб, в літньому – відповідно 90,4 і 88,8%. Суттєвої різниці при оцінці наявності нальоту на язиці, як у групі обстежених II періоду зрілого віку так і літнього не встановлено ( $p > 0,05$ ). Відбитки зубів на боковій поверхні язика виявлені у третини пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією, що у 2,5% рази вище ніж у групі контролю. Це співпадало з дослідженнями авторів [106] про наявність набряку язика.

Разом з тим порівняння відсотка уражень зубів карієсом та його ускладненнями (пульпіт, періодонтит) не виявило вірогідної різниці значень між хворими та здоровими особами в обох групах дослідження ( $p > 0,05$ ). При цьому, у середньому карієс зубів діагностований в обстежених основної та контрольної групи II періоду зрілого віку у 2 рази частіше ніж періодонтит і в 7 разів – ніж пульпіт. В літньому віковому періоді каріозні ураження зубів у хворих на глосодинію встановлені в 2,2 рази частіше ніж періодонтит і в 11 разів – ніж пульпіт, у практично здорових осіб – відповідно у 2,5 і 5,5 разів. Деякі збільшення рівня захворюваності на пульпіт у осіб контрольної групи літнього віку відносно основної, в наслідок невеликої кількості спостережень, не мало високого ступеня достовірності. Некаріозні ураження зубів (клиноподібні дефекти та патологічне стирання) мали тенденцію до зростання у літньому віці, як в основній, так і в контрольній групі, проте не відрізнялись у межах вікових періодів.

Слід відмітити, що виявлені ураження тканин пародонта в основній і контрольній групах були в стадії ремісії. При цьому у третині обстежених основної і контрольної групи, в кожному віковому періоді діагностували хронічний катаральний гінгівіт. Встановлений майже у половини обстежених хворих та здорових осіб літнього віку хронічний генералізований пародонтит початкового – I ступеня є підтвердженням поглиблення патологічного процесу в тканинах пародонта з віком.

Звертає на себе увагу те, що хронічний генералізований пародонтит II ступеня діагностований у 12,5% пацієнтів контрольної групи II періоду зрілого віку і у 16,7% – літнього, в той час як в першій віковій категорії не встановлено у жодного хворого на глосодинію, а у другій – лише у 4,8% спостережень. На нашу думку, це обумовлено задовільним гігієнічним станом пацієнтів, дотриманням основних правил нагляду за порожниною рота та своєчасним лікуванням стоматологічних захворювань.

Відносно невелика кількість обстежених основної і контрольної групи мали патологію прикусу і дисфункції СНЩС, а також неякісні реставрації. Однак, нераціональне протезування та необхідність заміни зножених протезних конструкцій встановлено у кожної 5 практично здорової особи II періоду зрілого віку, в той самий час як у пацієнтів з глосодинією – у кожної 14.

Таким чином порівняльний аналіз стоматологічної захворюваності у хворих на глосодинію і практично здорових осіб не виявив вірогідного погіршення результатів з незначним недостовірним відхиленням між основною та контрольною групами, проте, з віком простежувалась тенденція до погіршення показників в обох групах досліджуваних.

При обстеженні даної групи хворих виявлено зниження глотково – завісочного рефлексу у 14,3%, наявність тремору та фібрилярних посмикувань язика у 25%. Підвищену поверхневу (больову і температурну) чутливість при збереженні глибокої (тактильної) встановлено у 35,7% хворих (рис 4.3).

При цьому гіперпатія супроводжувалась реакцією післядії. Пальпація проєкції точок виходу гілок трійчастого нерва, а також вегетативних вузлів та стволів голови і шиї – безболісні у всіх пацієнтів. Обстеження 21 пацієнтів з глосодинією літнього віку у цілому не виявило суттєвої різниці у суб'єктивних та об'єктивних клінічних проявах захворювання. Порівняльна характеристика бульбарних симптомів та скарг обох груп хворих на глосодинію наведені на рисунках 4.3 та рисунку 4.4. Зі скарг хворих переважали: відчуття печіння (57,1%), пощипування (52,4%), свербіж (61,9%) та набряку язика (42,9%).

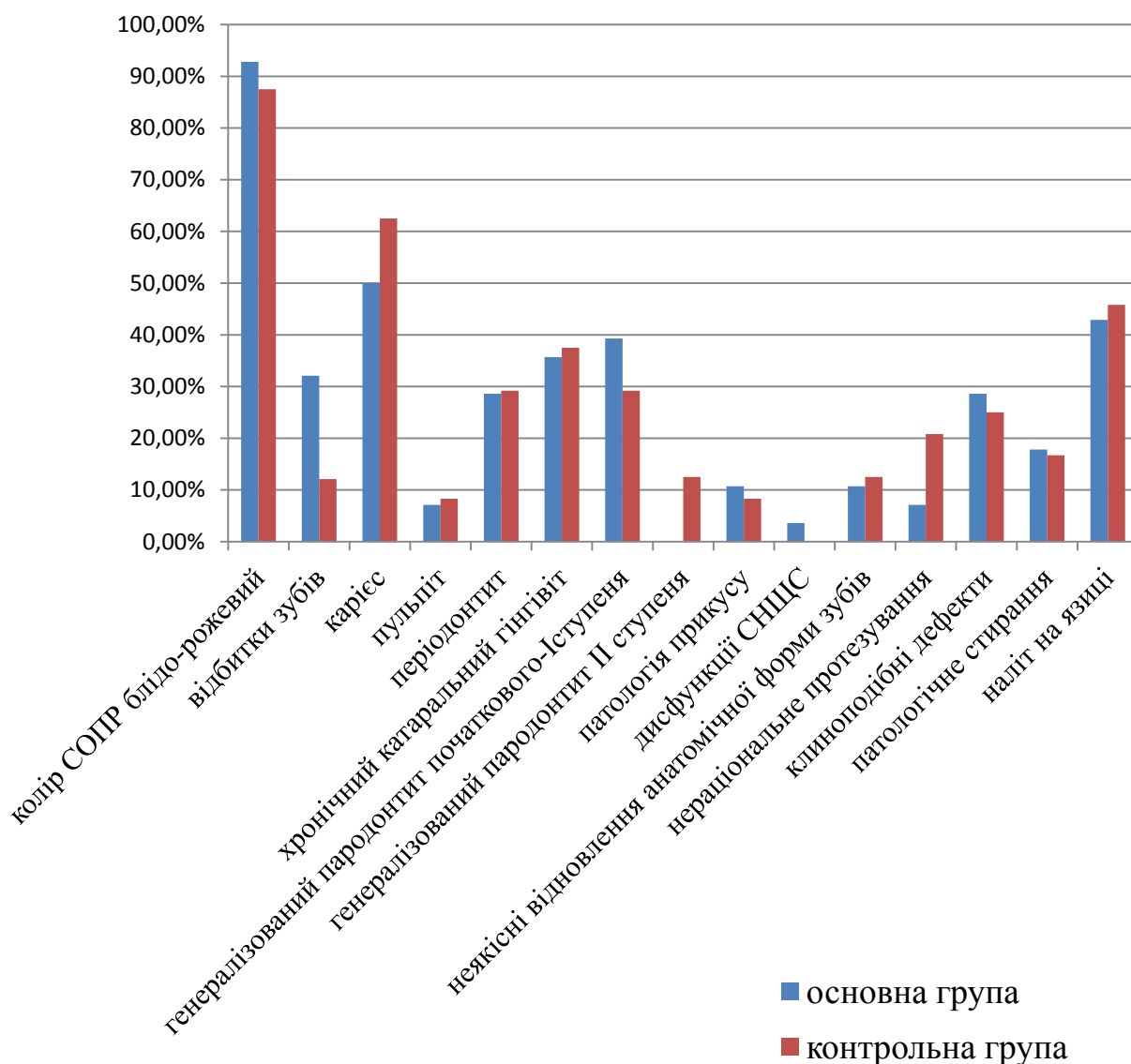


Рисунок 4.1 – Порівняльна оцінка особливостей стоматологічного статусу у хворих на глосодинію та практично здорових осіб II періоду зрілого віку

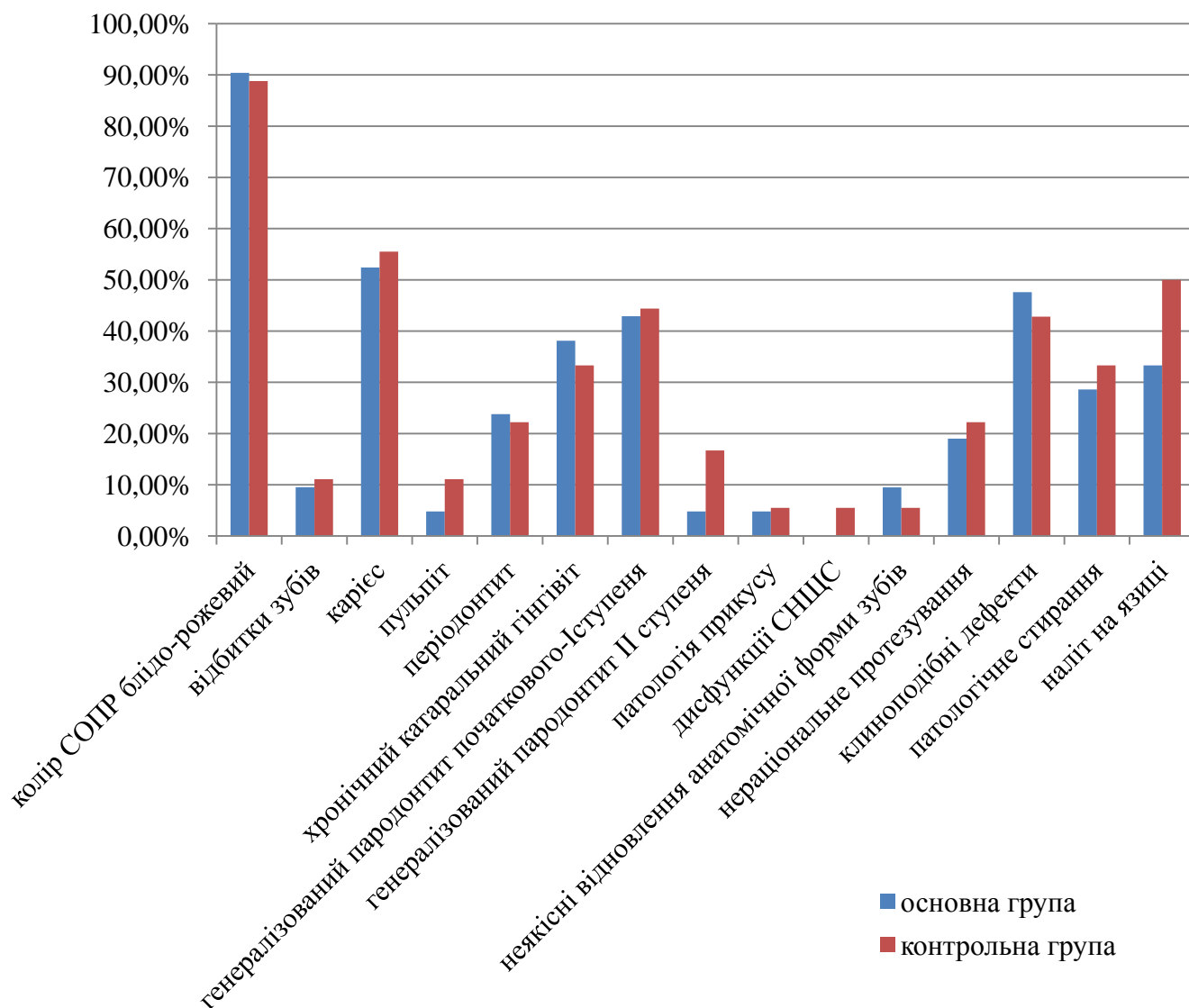


Рисунок 4.2 – Порівняльна оцінка особливостей стоматологічного статусу у хворих на глосодинію та практично здорових осіб літнього вікового періоду

У середньому біля третини і дещо більше пацієнтів скаржилися на відчуття жару (33,3%), оніміння (28,6%), поколювання (38,1%) і «ковзання мурашок» (39,3%). Слід відмітити більш виражене емоційне забарвлення інтенсивності відчуттів. Скарги на постійну сухість у роті пред'являли переважна більшість пацієнтів (71,4%), останні (28,6%) – в основному вночі.

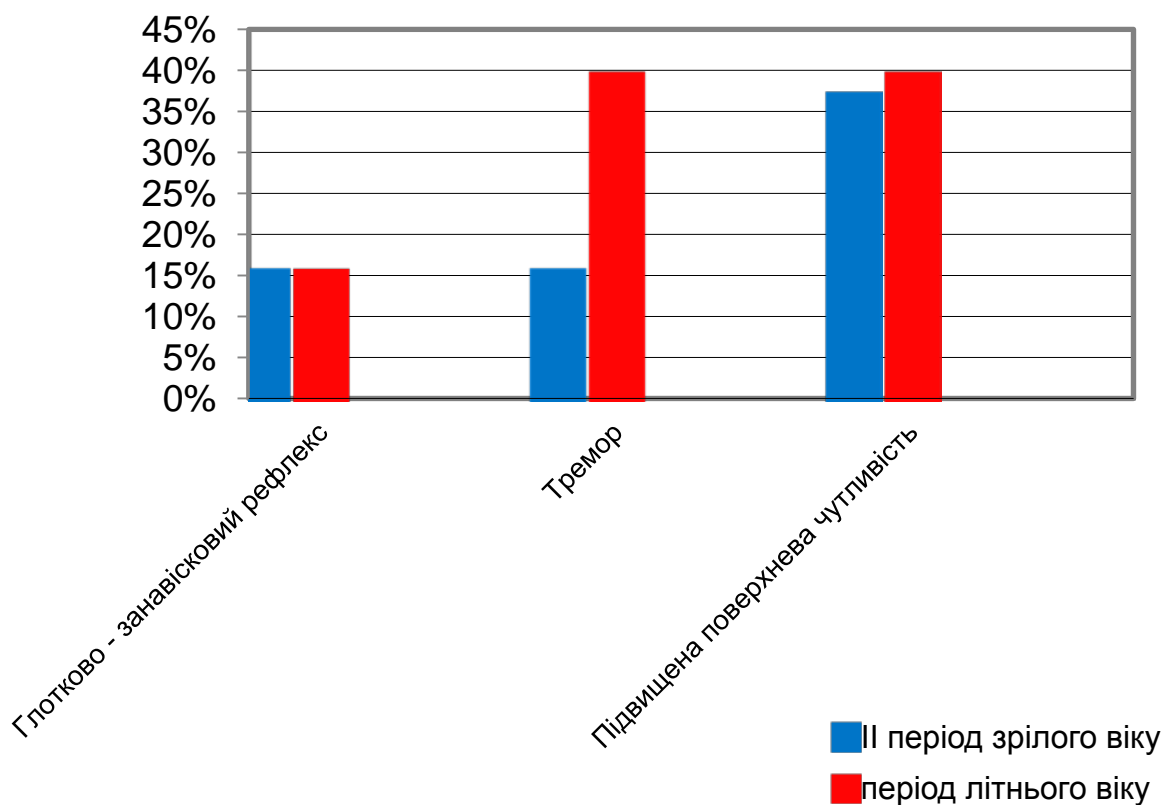


Рисунок 4.3 – Порівняльна оцінка вираженості бульбарних симптомів у хворих на глосидинію II періоду зрілого та літнього віку.

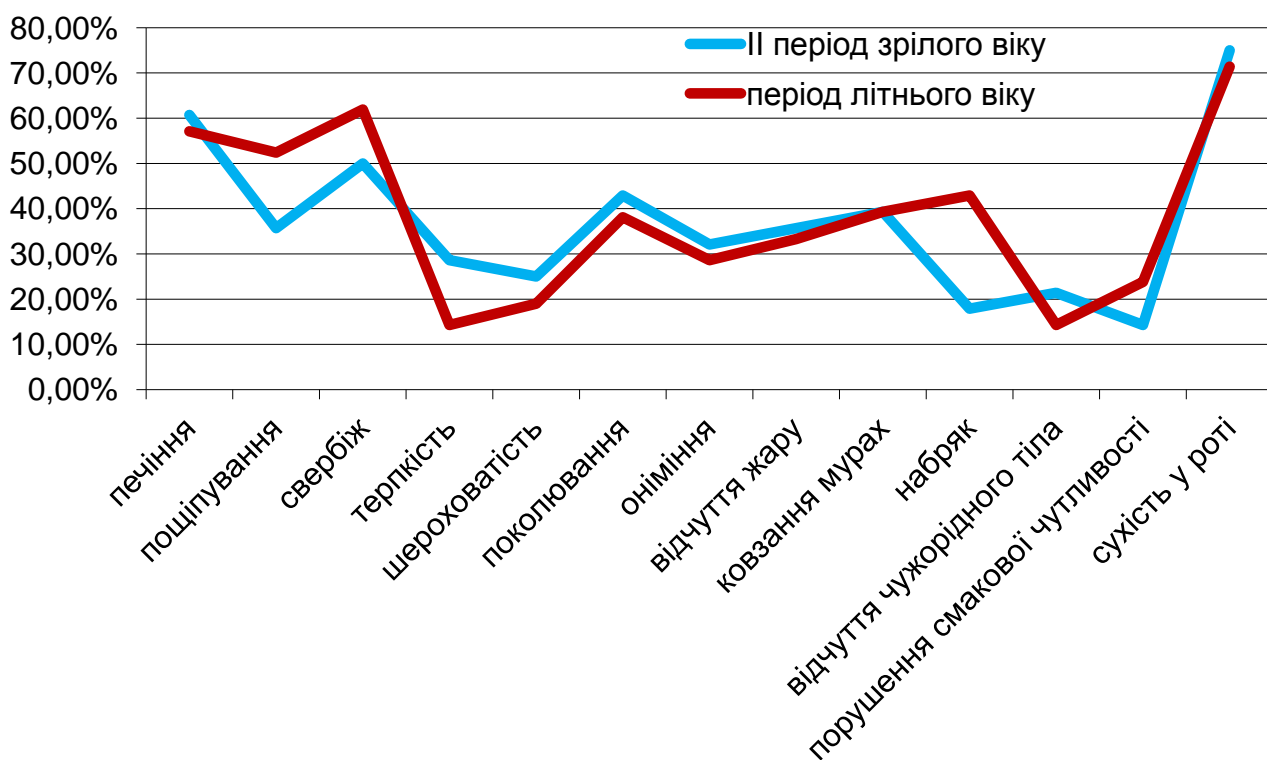


Рисунок 4.4 – Порівняльна характеристика скарг хворих на глосидинію II періоду зрілого та літнього віку

У 14,3% хворих спостерігали сенестопатію: відчуття чужорідного тіла, задерев'янілості язика та його збільшення. Порушення смакової чутливості пацієнтів літнього віку відмічали частіше (у передніх двох третин та задньої третини язика) – в 23,8% спостережених.

За локалізацією зони домінування відчуттів у хворих літнього віку не відрізнялись від таких II періоду зрілого віку, проте переважало розповсюдження парестезій та охоплення більш широких ділянок слизової оболонки та шкіри (рис. 4.5).

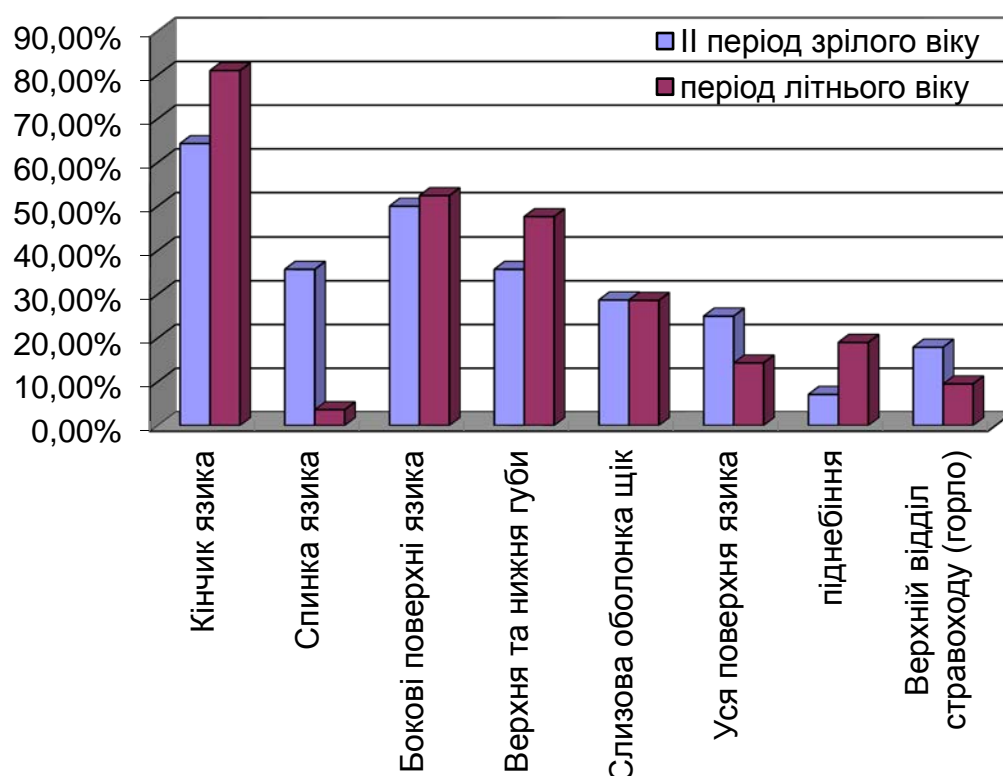


Рисунок 4.5. – Локалізація парестетичних відчуттів у хворих на глосодинію II періоду зрілого і літнього віку

При цьому залишалась головна патогномонічна ознака глосодинії – парестезії в області кінчика язика (81%) та її поєднання з боковими поверхнями останнього (52,4%), слизової оболонки верхньої та нижньої губ (47,6%) і щік (28,6%). Відсутність або зниження інтенсивності парестезій під час прийому їжі констатовано у 100% пацієнтів.

Характерною особливістю є те, що майже в усіх хворих (95,2%) виявлені фобічні переживання з переважанням канцерофобій (66,7%). Крім того тривалість захворювання більше 3-х місяців встановлено у 76,2% пацієнтів літнього віку, в тому числі більше року – у 19% (рис. 4.6). Аналогічно II періоду зрілого віку пацієнти літнього вікового періоду основну причину хвороби пов'язують з психоемоційними переживаннями (33,3%) та супутньою загальною соматичною патологією (38,1%) (рис. 4.7). Значно збільшилась кількість супутніх патологій у кожної хворої людини з глосодинією, напевно, пов'язаних з віком пацієнтів (рис. 4.8). При цьому переважна більшість пацієнтів мали захворювання шлунково – кишкового тракту (81%) та супутній підвищений психоемоційний стан (38,1%), серцево – судинною патологією (23,8%) та ураження скелетно – м'язевої системи (28,6%). Шкідливі звички (паління, надмірне вживання алкоголю) пацієнти заперечували. Проте загальне обстеження виявило зменшення кількості пацієнтів з нормальним артеріальним тиском на 7,1% та збільшення з підвищеним – на 8,3%.

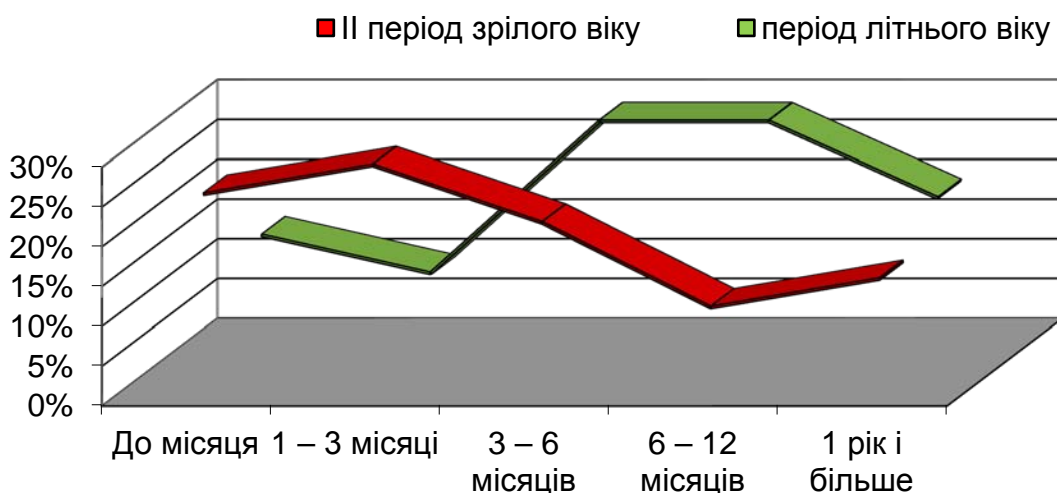


Рисунок 4.6 – Тривалість парестетичних відчуттів у пацієнтів з глосодинією II періоду зрілого і літнього віку

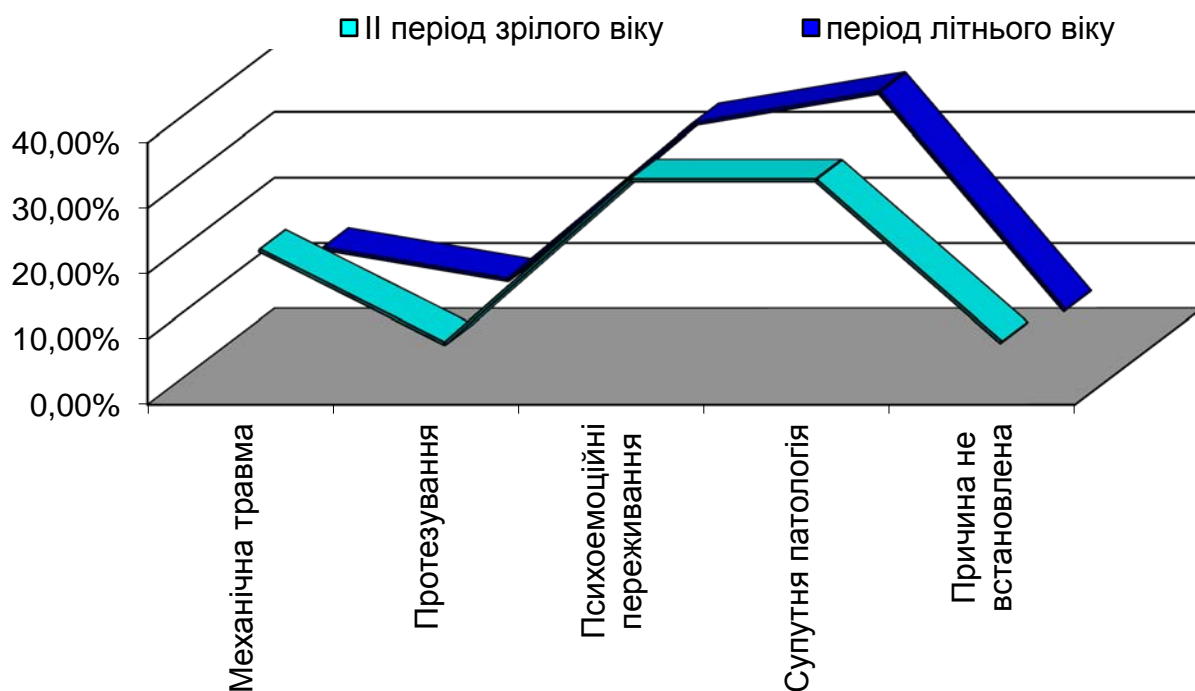


Рисунок 4.7 – Причини, з якими хворі пов'язують виникнення глосидинії в II періоді зрілого і літнього віку

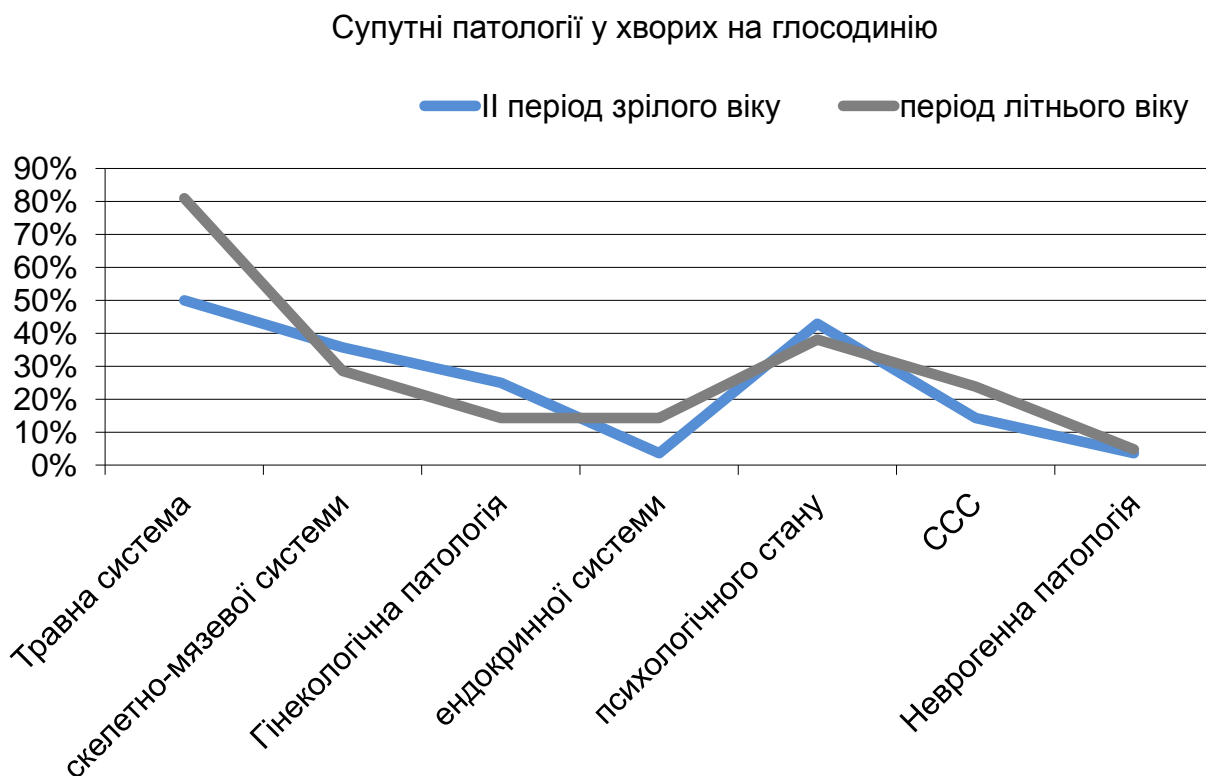


Рисунок 4.8 – Характеристика супутньої патології у хворих на глосидинію в II періоді зрілого і літнього віку

При об'єктивному обстеженні хворих літнього віку, патологічних елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота і шкірі не виявлено, однак частіше, ніж у II періоді зрілого віку, виявили наліт на дорсальній поверхні язика (61,9%). Незважаючи на це, слизова оболонка порожнини рота не змінена в кольорі, помірно зволожена, проте у 47,6% пацієнтів виявлені відбитки зубів на боковій поверхні язика, внаслідок набряку.

Порожнина рота санована у 100% хворих, хронічний катаральний гінгівіт хронічний діагностований у 39,3% пацієнтів, генералізований пародонтит початкового-I ступеня – у 42,9%, II ступеня – у 14,8%, проте усі в стадії ремісії. Дослідження чутливості шкіри обличчя виявило підвищення больового та температурного феномену, надзвичайно болісну реакцію у 52,4% хворих. В той же час тактильна чутливість не змінена у всіх обстежених.

Пальпація вегетативних утворень голови і шиї, ділянок виходу гілок трійчастого нерву безболісні. Регіонарні лімфатичні вузли у хворих не збільшені, рухомі, безболісні. У порожнині рота виявляли бульбарні симптоми: відсутність глотково-завісочного рефлексу у 19% хворих, тремор – у 33,3%.

Таким чином, клінічна симптоматика глосодинії (сегментарні парестезії, порушення слиновиділення і смакових відчуттів, бульбарні розлади і диссоційовані зміни чутливості за сегментарним та бульбарним типом) підтверджує дані літератури [118] про функціональні порушення зі сторони ядер ствола мозку (трійчастого, язикоглоткового, блукаючого, лицевого нерва та їх гілок) і лімбіко-ретикулярного комплексу (таламуса, гіпоталамуса, ретикулярної формації тощо).

Широкий дизайн стоматологічної захворюваності осіб II періоду зрілого та літнього віку можна пояснити віковими особливостями обстежених. Проте суттєвої ролі у розвитку глосодинії вони не відіграють. Клінічне обстеження хворих на глосодинію підтвердили поодинокі дані літератури [108, 112] про гетерогенність захворювання, що реалізується на рівні структури коморбідності з психологічною і соматичною патологією та акцентуацією на симптомах

хвороби. У клінічній симптоматиці захворювання суттєвої різниці між показниками пацієнтів II періоду зрілого і літнього віку не встановлено. Разом з тим у літньому віковому періоді виявлено поглиблення симптоматики хвороби: більш виражені інтенсивність парестетичних відчуттів і величина уражень слизової оболонки і шкіри та фобічні переживання, а також збільшення кількості супутньої патології, підвищення явищ сенестопатій, гіперестезій та гіперпатій за диссоційованим типом.

#### **4.2 Показники фізико – хімічних досліджень ротової рідини та стану гігієни порожнини рота**

Результати, що характеризують основні показники стану біологічного середовища порожнини рота у двох груп хворих на глосодинію представлені в таблиці 4.1. З наведених у таблиці даних видно, що середньостатистичні значення в більшості досліджуваних показників у хворих основної групи мали достовірні відмінності у порівнянні з особами контрольної групи.

Звертає на себе увагу висока статистична достовірність різниці між зазначеними показниками (99,9 %) та набагато гірший показник в осіб літнього віку, як у хворих, так і у практично здорових осіб груп контролю. Аналіз результатів основних показників гомеостазу ротової порожнини – рН показав, що концентрація іонів водню у змішаній слині основної та контрольної групи коливалась від кислої до слабко – лужної. Проте значення рН ротової рідини у хворих на глосодинію були значно нижчими ніж у осіб контрольної групи, а статистична обробка даних виявила достовірну відмінність результатів пацієнтів, як II періоду зрілого віку, так і літнього.

Слід відмітити низький рівень даного показника у двох груп хворих з глосодинією і осіб контрольної групи аналогічного вікового періоду. Напевно, це пов'язано з віковими змінами середовища ротової порожнини, на що вказують автори [9, 82, 91, 97, 98].

Таблиця 4.1 – Результати дослідження фізико-хімічних властивостей ротової рідини та стану гігієни порожнини рота у хворих на глосодинію II періоду зрілого та літнього віку і контрольної групи осіб

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		p
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
індекс Гріна-Верміліона (бали)	1,59 ±0,09	1,52 ±0,18	>0,05	1,9 ±0,13	1,36 ±0,19	<0,05
швидкість слиділення (мл/хв.)	0,24 ±0,05	0,5 ±0,04	<0,001	0,22 ±0,03	0,45 ±0,04	<0,001
Буферна ємність ротової рідини	3,8 ±0,17	4,55 ±0,11	<0,001	3,59 ±0,15	4,33 ±0,09	<0,001
В'язкість змішаної слини	1,68 ±0,02	1,48 ±0,01	<0,001	1,57 ±0,03	1,44 ±0,01	<0,001
pH ротової рідини	6,27 ±0,06	6,82 ±0,08	<0,001	6,16 ±0,07	6,61 ±0,08	<0,001

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Реакція змішаної слини пацієнтів з глосодинією II періоду зрілого віку була кислою і склала  $6,27 \pm 0,06$ . У практично здорових осіб контрольної групи – нейтральною ( $6,82 \pm 0,08$ ). При порівнянні значень встановлено високий рівень статистичної достовірності (99,9%). Із збільшенням віку пацієнтів спостерігали достовірне зниження компонентів  $H^+$  і зсув кисло – лужного балансу в бік ацидозу. Так, водневий показник у пацієнтів літнього віку склав  $6,16 \pm 0,07$  (проти  $6,61 \pm 0,08$ ) з високим ступенем розбіжності значень ( $p < 0,001$ ). Можна допустити, що такі зміни кислотно – лужного балансу, які виходять за межі гомеостазу порожнини рота негативно впливають на її загальний стан.

Регуляція кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота здійснюється за рахунок її буферних властивостей [7, 15, 82, 99]. Вивчення показників бікарбонатної буферної системи ротової порожнини у хворих на глосодинію виявило зміни, аналогічно таким рН. При цьому у пацієнтів і здорових осіб, як II періоду зрілого віку, так і літнього визначали ємність буферу, що підтверджує вікові особливості середовища порожнини рота. Так, середньостатистичні значення буферної ємності у пацієнтів II періоду зрілого віку склали  $3,8 \pm 0,17$  (проти  $4,55 \pm 0,11$ ), літнього –  $3,59 \pm 0,15$  (проти  $4,33 \pm 0,09$ ) зі ступенем вираженості 99,9%. Буферна ємність знаходиться у прямій залежності від кількості слини, яка виділяються слинними залозами [12, 45, 49, 56]. Слід підкреслити дуже низький рівень секреції слини у хворих на глосодинію. При цьому спостерігається зниження швидкості слиновиділення вдвічі порівняно з групою контролю, як у пацієнтів II періоду зрілого віку ( $0,24 \pm 0,05$  проти  $0,5 \pm 0,4$  мл/хв.,  $p < 0,001$ ), так і літнього віку ( $0,22 \pm 0,03$  проти  $0,45 \pm 0,04$  мл/хв.,  $p < 0,001$ ). На думку Е. С. Яворської [118], це пов'язано з ураженням слиновидільного ядра понтобульбарного відділу стовбура мозку.

Отримані нами результати, що визначають швидкість салівації у хворих на глосодинію, підтверджуються результатами клінічного обстеження пацієнтів. Одним з фізико – хімічних властивостей змішаної слини, що впливає на стан ротової порожнини є її в'язкість [22, 25, 27, 68].

Визначення даного тесту виявило його достовірне підвищення на 13,5% у хворих II періоду зрілого віку і на 9% – літнього віку та з високим рівнем ймовірності різниці відрізнялись від груп контролю ( $p < 0,001$ ). На наш погляд, в'язка, малорухлива змішана слина у хворих на глосодинію пов'язана з суттєвим зниженням кількості її секрету. Відомо, що властивості біологічного середовища порожнини рота визначались і її гігієнічним станом [52, 80].

Незважаючи на істотні зміни фізико – хімічних властивостей ротової рідини у хворих на глосодинію в II періоді зрілого віку встановлено задовільний рівень гігієни, в літній віковій групі – незадовільний, але на межі із

задовільним. Оцінюючи гігієнічний стан ротової порожнини за індексом Грін-Вермільйона з'ясовано, що середньостатистичні зміни цього тесту у хворих та осіб контрольної групи II періоду зрілого віку були майже однаковими і достовірно не відрізнялись між собою ( $1,59 \pm 0,09$  проти  $1,52 \pm 0,18$ ,  $p > 0,05$ ). Дещо гіршою біла гігієна порожнини рота у хворих літнього віку ( $1,9 \pm 0,13$  проти  $1,36 \pm 0,19$  балів,  $p > 0,05$ ).

Таким чином, глосодинія супроводжується порушенням функції слиновиділення центрального генезу, що характеризується зменшенням кількості виділеної змішаної слини, підвищенням її в'язкості поряд із зсувом рН середовища у бік ацидозу та пов'язаного з ним зниженням ємності бікарбонатного буферу. Однак це не призводить до погіршення механічного та хімічного очищення даного біологічного середовища, оскільки цей контингент хворих мотивований до ретельного гігієнічного нагляду за порожниною рота внаслідок різноманітних видів фобій.

Особливістю фізико-хімічних показників, що визначають гомеостаз ротової порожнини є погіршення стану біологічного середовища з віком, можливо, пов'язаного з тривалістю захворювання та низькою ефективністю лікування.

#### **4.3 Результати досліджень стану вегетативної нервової системи у обстежених хворих**

Результати оцінки наявності ознак вегетативної дисфункції та ступінь її вираженості наведені в таблиці 4.2. Отримані результати анкетування свідчать про істотне порушення функцій регуляції гомеостазу і гомеокінезу у хворих на глосодинію.

Так, ознаки дисфункцій вегетативної нервової системи у хворих II періоду зрілого віку встановлені в 92,85% випадків, літнього віку – в 85,7% зі ступенем вираженості відносно груп контролю 95% (табл. 4.3).

Таблиця 4.2 – Результати дослідження стану вегетативної нервової системи у здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію, бали

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		p
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
Опитувальник Вейна	28,21 ±1,56	12,95 ±0,86	<0,001	29,76 ±2,4	12,5 ±0,9	<0,001
Індекс Кердо	-16,07 ±2,8	1,63±3,39	<0,01	-10,14 ±4,36	-0,83 ±4,2	<0,05
Коефіцієнт Хільдебранта	2,9 ±0,14	3,13 ±0,22	>0,05	2,9 ±0,13	2,74 ±0,2	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Таблиця 4.3 – Результати дослідження частоти ознак вегетативної дисфункції у хворих на глосодинію і осіб контрольної групи за опитувальником А. Вейна, %

Оцінка дослідження (бали)	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)			Обстежені особи літнього віку (n = 42)		
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24	p	Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	p
>15	92,85	16,7	<0,05	85,7	11,1	<0,05
<15	7,15	83,3	<0,05	14,3	88,9	<0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

В той самий час відсутність таких (<15 балів) виявлено лише у 7,15% хворих II періоду зрілого віку і 14,3% – літнього віку.

Визначення цифрових значень опитувальника Вейна у балах також підтвердило зміни у регуляції життєвих процесів в пацієнтів з глосодинією. При цьому середньостатистичні значення вегетативного теста у хворих II періоду зрілого віку склало  $28,21 \pm 1,56$  балів, літнього віку –  $29,76 \pm 2,4$  балів (проти  $12,95 \pm 0,86$  і  $12,5 \pm 0,9$  балів відповідно в групах контролю, при  $p < 0,001$ ).

Вегетативний тонус визначає ту діяльність організму, за допомогою якої регулюється функція усіх органів з метою підтримки життя та врівноваження із зовнішньою дією [16, 90]. Дослідження направленості функцій вегетативної нервової системи за індексом Кердо виявило парасимпатикотонічні прояви у 82,15% хворих II періоду зрілого віку і у 76,2% – літнього віку, в той час як у контрольних групах майже вдвічі менше ( $p < 0,05$ ) (табл. 4.4).

Таблиця 4.4 – Результати дослідження вегетативного тону у хворих на глосодинію і осіб контрольної групи за індексом Кердо, %

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)			Обстежені особи літнього віку (n = 42)		
	Основна група n = 28	Контроль-на група n = 24	p	Основна група n = 21	Контроль-на група n = 18	p
симпатикотоніки	7,15	37,5	<0,05	9,5	33,3	<0,05
Ейтоніки	10,7	20,8	>0,05	14,3	22,2	>0,05
парасимпатикотоніки	82,15	41,7	<0,05	76,2	44,5	<0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Симпатикотонічні прояви, навпроти, зустрічались відповідно в 5,2 і 3,5 разів рідше ніж у групах контролю ( $p < 0,05$ ). За частотою ейтонії хворі на глосодинію не відрізнялись від груп практично здорових осіб ідентичного вікового періоду ( $p > 0,05$ ).

Отримані результати відобразились на показниках бальної оцінки індексу Кердо (табл. 4.4), які у групах хворих склали –  $16,7 \pm 2,8$  і  $-10,14 \pm 4,36$  балів (відповідно в II періоду зрілого та літнього віку) з високим ступенем ймовірності різниці відносно груп контролю (95–99%). Однак, слід відмітити переважання числа осіб з парасимпатикотонією над симпатикотонією у групах контролю, що узгоджується з даними авторів [90] про підвищення діастолічного тиску та зниження частоти серцевих скорочень з віком. Визначення показників міжсистемного співвідношення у хворих та практично здорових осіб за коефіцієнтом Хільдебранта (таб. 4.5) виявило, що його середньостатистичні значення знаходились у межах норми (від  $2,9 \pm 0,14$  до  $3,13 \pm 0,22$  балів) та достовірно не різнились між собою ( $p > 0,05$ ). Примітно, що число осіб з міжсистемною рівновагою в основній і контрольній групах було майже однаковим, при їх порівнянні не встановлено достовірної різниці, допустимої у медичному дослідженні ( $p > 0,05$ ). Аналогічну ситуацію спостерігали і при підрахунку кількості осіб з переважанням серцевої і дихальної системи (табл. 4.5).

Таблиця 4.5 – Результати дослідження характеру міжсистемного співвідношення у хворих на глосодинію та осіб контрольної групи за коефіцієнтом Хільдебранта, %

Показники дослідження за коефіцієнтом Хільдебранта	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)			Обстежені особи літнього віку (n = 42)		
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24	p	Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	p
міжсистемна рівновага	54	58	>0,05	48	56	>0,05
переважання ССС	43	33	>0,05	48	44	>0,05
переважання ДС	3	9	>0,05	4	0	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

При цьому чітко простежувалось переважання серцево-судинної системи над дихальною. Можливо, це пов'язано з віковими особливостями обстежених. Разом з тим, виявлена більша кількість хворих з переважанням серцево-судинної системи у характері міжсистемних співвідношень (відповідно на 10 і 4% ніж у практично здорових осіб) підкреслювала негативний вплив захворювання на стан вегетативної іннервації серця та судин.

Таким чином, у хворих на глосодинію виявлені суттєві ознаки вегетативної дисфункції, які вказують на те, що дане захворювання супроводжується порушеннями вегетативної регуляції життєвих процесів.

Встановлений зсув тонусу у бік парасимпатичного переважання в хворих на глосодинію відображає вікові особливості центральної гемодинаміки та негативний вплив захворювання на фактори кровообігу.

Розрахований коефіцієнт Хільдебранта підтвердив дискоординацію вегетативного забезпечення кардіальної і респіраторної систем за ваготонічним типом та превалювання парасимпатичних впливів на серце над такими на респіраторний тракт.

#### **4.4 Результати досліджень психологічних особливостей хворих**

Враховуючи дані літератури [23, 71, 112, 120, 159, 160, 164] про значення особливостей психоемоційної сфери особистості у патогенезі глосодинії проведена низка психологічних досліджень. Середньостатистичні результати опитувальника СМОЛ здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію наведені в таблиці 4.6. Слід відмітити, що у досліджуваних респондентів обох груп не виявлені ознаки патологічних змін характеру особистості: нормальний розкид показників від 30 до 70 Т.

Стан усіх обстежених оцінено як психічно здорові особи. Звертає на себе увагу відсутність суттєвих відмінностей між респондентами, як здорових осіб контрольної групи, так і хворих на глосодинію у віковому аспекті.

Таблиця 4.6 – Результати опитувальника за СМОЛ здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію (бали)

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		P
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
Шкала (L)	44,88±1,99	39,9±1,58	>0,05	46,2±1,87	41,38±2,03	>0,05
Шкала (F)	57,22±1,4	45,09±1,35	<0,001	56,3±1,74	43,8±1,12	<0,001
Шкала (K)	45,96±0,63	41,14±0,87	<0,001	45,1±0,95	37,2±0,81	<0,001
Шкала 1	45,37±1,38	41,95±1,36	>0,05	44,25±1,6	41,33±1,3	>0,05
Шкала 2	41,37±1,07	39,33±0,9	>0,05	40,5±1,66	38,3±1,21	>0,05
Шкала 3	68,69±1,27	42,66±1,35	<0,001	69,8±1,5	43,9±1,4	<0,001
Шкала 4	65,7±1,27	55,14±1,73	<0,001	67,2±1,2	59,16±1,4	>0,05
Шкала 6	38,92±1,1	58,04±1,52	<0,001	39,8±1,15	60,44±1,3	<0,001
Шкала 7	70,04±1,18	44,85±1,62	<0,001	68,2±1,3	43,2±1,6	<0,001
Шкала 8	40,07±2,27	44,38±1,38	<0,05	41,4±1,12	45,9±1,41	<0,05
Шкала 9	36,07±0,87	60,14±1,24	<0,001	38,05±0,96	51,38±1,5	<0,001

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

У групі пацієнтів II періоду зрілого віку та літнього віку виявлено практично ідентичні показники цього опитувальника. Аналогічну закономірність спостерігали у осіб груп контролю. Разом з тим, дослідження групи хворих на глосодинію мали зміни рівня окремих шкал та їх поєднання у межах нормативного «коридору», що вказувало на можливу дезадаптацію особистості пацієнтів з цією хворобою.

Аналіз результатів опитувальника за СМОЛ осіб контрольної групи виявив, що більшість респондентів (19 із 24 осіб II періоду зрілого віку і 15 з 18 літнього віку, відповідно 80% та 79%) мали «лінійний профіль» з показниками у межах 40 – 60 T, які свідчили про гармонічність особистості. В той самий час лише три хворих II періоду зрілого віку (11%) і два – літнього (9,5%) не мали даний профіль особистості.

Відомо, що надійність отриманих даних визначаються шкалами: «відвертості» – L, «достовірності» – F, «корекції» – K. З наведених у таблиці даних видно, що усі пацієнти з глосодинією і здорові особи обох вікових періодів були відвертими. При цьому даний показник в особистісному паттерні коливається у межах від  $39,9 \pm 1,68$  до  $46,2 \pm 1,87$  балів.

При порівнянні середньостатистичних значень між основною та контрольною групами достовірної різниці не встановлено ( $p > 0,05$ ). Це свідчило про відсутність тенденції до бажання прикрасити свій характер обстежених осіб. Друга шкала, що дозволяє оцінювати надійність отриманих результатів – шкала достовірності F. Деякі підвищення шкали F в обох групах хворих на глосодинію ( $57,22 \pm 1,1$  проти  $45,09 \pm 1,35$  балів у II періоді зрілого віку і  $56,3 \pm 1,74$  проти  $43,8 \pm 1,12$  балів у літньому віці, при  $p < 0,001$ ) може бути результатом вираженої самокритичності і відвертості, стану дискомфорту особистості та схильності до емоційної лабільності. Це підтверджувалось низькими показниками шкали K у хворих, що може бути пов'язаним зі зниженням самоконтролю при емоційній напрузі і особистісній дезінтеграції у зв'язку з хворобою.

Помітна різниця величини (F–K), яка в середньому у хворих складала 11 балів (4–6 балів у здорових осіб), за інтерпретацією Л. Н. Собчик вказує на виражену установку до підкреслення своїх проблем та драматизації труднощів у обстежених хворих. Реалізацію цілісного підходу до розуміння впливу психологічних особливостей особистості на розвиток та перебіг глосодинії можливо при оцінці ведучих шкал паттерну СМОЛ. Крім того, велике значення мають складні співвідношення шкал, що знаходяться у «коридорі норми». Вони дають можливість оцінити акцентуацію рис характеру та ступеня адаптованості особистості [92].

Аналізуючи загальний профіль особистості обстежених здорових осіб груп контролю обох вікових періодів, необхідно відмітити переважання шкал «сильного» регістру, які виявляють стенічні здібності: 4-та, 6-та і 9-та.

На відміну від контрольної групи у хворих на глосодинію спостерігали пікове значення шкали «змішаного» типу реагування (3-тя) та окремих шкал «сильного» (4-та) і «слабкого» реєстру (7-ма). При цьому поєднання 7-ої з 4-ою шкалою профіля особистості відображає проблему внутрішнього протиріччя «змішаного» типу реагування, в якому відбувається зіткнення різнонаправлених тенденцій, які характерні для хворих на глосодинію. Зокрема, схильність до активності і рішучих дій з такими, до їх блокування у стресовій ситуації; стеничний реєстр емоцій гніву, захоплення та гордості з такими астеничного реєстру – страхом, тривожністю.

Внутрішній конфлікт за психосоматичним варіантом дезадаптації проявляється неврастенічною симптоматикою, багатою соматичними скаргами. При аналізі основних шкал психологічного паттерну особистості хворих на глосодинію варто відмітити, що у даної групи пацієнтів не виявлено підвищення 1-ої та 2-ої шкали, тобто акцентуації характеру за типом невротичного зверхконтролю і песимістичності. Навпаки, перебіг глосодинії супроводжується підвищеною емоційною лабільністю і тривогою. Так, середньостатистична величина 3 – ої шкали у основній групі хворих II періоду зрілого віку склала  $68,69 \pm 1,27$  балів (проти  $46,66 \pm 1,35$  балів), літнього віку –  $69,8 \pm 1,5$  балів (проти  $43,9 \pm 1,4$  балів) з розбіжністю значень відносно контрольної групи 99,9%.

Акцентуація за істероїдним типом, що характерна для осіб з високим рівнем 3-ої шкали (підвищена нервозність, сльозливість, надмірна драматизація свого стану у зв'язку з хворобою), вегетативні реакції, захисні механізми (трансформація тривоги у функціональні порушення на організменному рівні) доповнюючи один одного, складають основу для психосоматичних розладів, тобто, таких соматичних захворювань, які розвиваються у тісному зв'язку з негативними емоціями, переживаннями. При цьому поєднані високі показники 3-ої та 4-ої шкали імпульсивності та конфліктності ( $65,7 \pm 1,27$  і  $67,2 \pm 1,2$  бали – відповідного у хворих II періоду зрілості і літнього віку), на думку

Л. Н. Собчик, значно підсилює характеристики 3-ої з розвитком істеричного варіанту дезадаптації. Психологічно це проявляється наявністю поєднання протиріччя: високої активності із швидким виснаженням, що характерно для неврастенічного паттерна дезадаптації. Це, на наш погляд, потребує терапевтичного впливу на функції підкоркових систем, довгастого мозку, гіпоталамусу, ретикулярної формації, вегетативної нервової системи, які відповідають за емоційний стан людини [104, 119, 132, 156].

Оскільки ми не ставили за мету вивчення відхилення від типової для рольової поведінки конкретної статі, шкалу «мужності – жіночності» не визначали. На фоні тривалих невротичних і психосоматичних розладів у хворих з глосодинією спостерігали підвищення тривожності (високі показники 7-ої шкали СМОЛ), як стійку рису у структурі особистісних особливостей пацієнтів. Поєднання високих показників за 7-ою і 3-ою шкалою характерно для фіксованих фобій, в тому числі боязнь мати невиліковну або смертельну хворобу, що підтверджується у клініці. У осіб з підвищеним рівнем 7-ої шкали особистісного паттерну знижений поріг толерантності до стресу [92].

Встановлено в межах «нормативного коридору» 8-ма шкала ( $40,07 \pm 2,27$  балів у хворих II періоду зрілого віку і  $41,4 \pm 1,12$  балів у пацієнтів літнього віку, з статистичною достовірною різницею відносно груп контролю,  $p < 0,05$ ) підтверджувало відсутність психопатологічного варіанту шизоїдного типу реагування обстежених, що і було констатовано при комплексному психологічному дослідженні.

Отримані аналогічні показники за 9 – ою шкалою є свідченням низького рівня життєлюбства, активності та оптимістичного сприйняття навколишнього світу. На другому етапі дослідження проведено вивчення емоційно-вольової стабільності хворих на глосодинію. Для цього був використаний адаптований варіант опитувальника PEN Ганса та Сибілли Айзенк [62], результати якого наведені в таблиці 4.7.

Таблиця 4.7 – Результати опитувальника PEN за Ганс та Сибілла Айзенк здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію (бали)

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		p
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
Психотизм	8,14 ±0,41	6,08±0,42	<0,001	7,85 ±0,7	4,94 ±0,49	<0,001
Екстраверсія /інтроверсія	13,25 ±0,4	15,79±0,34	<0,01	14,9 ±0,6	17,33 ±0,88	<0,01
Нейротизм	18,14 ±0,79	13,08±0,72	<0,001	21,04 ±0,62	11,5 ±0,79	<0,001
Відвертість	8,32 ±0,2	7,75±0,35	<0,001	9,04 ±0,47	7,78 ±0,32	<0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Обробка та вивчення результатів дослідження дозволяли визначити тенденцію у розвитку особистості, а також особливості поведінкових і емоційних реакцій опитуваних. З наведених у таблиці даних видно, що, незважаючи на істотну різницю між показниками основної та контрольної груп (95–99%), хворі на глосодинію були відносно відвертими, їх середньостатистичні результати не перевищували межу «норми».

Особливої уваги заслуговують результати рівня нейротизму у цієї групи хворих, як провідного показника нестійкої психоемоційної сфери. Було відмічено суттєве підвищення рівня нейротизму відносно груп контролю, як у хворих II періоду зрілого віку (18,14±0,79 проти 13,08±0,72 балів, p<0,001), так і літнього віку (21,04±0,62 проти 11,5±0,79, p<0,001). Даний показник в обох вікових групах перевищував допустимі норми відповідно на 25% і 35%.

При психологічному тестуванні не було отримано значимого підвищення рівня психотизму та екстраверсії-інтроверсії у респондентів, хворих на глосодинію. При цьому у переважній більшості досліджених хворих значення показників психотизму і екстраверсія-інтроверсія знаходились у межах норми. Високий рівень цих шкал, встановлений в поодиноких випадках у окремих хворих, не вплинув на середньостатистичні показники, які склали  $8,14 \pm 0,41$  і  $7,85 \pm 0,7$  балів (рівень психотизму відповідно у хворих II періоду зрілості та літнього віку),  $13,25 \pm 0,4$  і  $14,9 \pm 0,6$  балів (рівень екстраверсія-інтроверсія).

Дані літератури про наявні тривалі розлади у хворих стали основою для вивчення контингенту вказаних пацієнтів, визначаючи рівень особистісної та реактивної тривожності за допомогою шкали Ч. Д. Спілбергера (табл. 4.8).

Порівняльний аналіз результатів груп хворих на глосодинію і здорових осіб контрольної груп переконливо довів, що при цьому захворюванні має місце істотне підвищення нормативного рівня особистісної тривожності.

Таблиця 4.8 – Результати опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію (бали)

Показники опитувальника за Спілбергером	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		p
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
Ситуативна тривожність	69,11 $\pm 0,73$	32,76 $\pm 0,9$	<0,001	68,7 $\pm 0,93$	34,6 $\pm 2,2$	<0,001
Особистісна тривожність	59,92 $\pm 0,6$	32,76 $\pm 0,67$	<0,001	59,3 $\pm 0,7$	33,9 $\pm 0,7$	<0,001

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

При чому, якщо стійка схильність реагувати на велике коло ситуацій станом тривоги оцінена у  $32,76 \pm 0,9$  балів у осіб контрольної групи II періоду зрілого віку і  $33,9 \pm 0,7$  балів – літнього віку, то оцінка цього стану у хворих основних груп склала відповідно  $59,92 \pm 0,6$  і  $59,3 \pm 0,7$  балів з високим ступенем ймовірної різниці показників ( $p < 0,001$ ). Більше того, хворі, які страждають на глосодинію, показали вдвічі перевищуючий контрольну групу рівень реактивної тривожності ( $p < 0,001$ ), що у поєднанні з особистісною пояснює наявність неспокою, нервозності, емоційної напруженості. На основі цих даних можна припустити наявність тривоги у зазначених хворих не тільки як риси характеру, а й причинної – ситуативно обумовленої.

Таким чином, вивчення особливостей психологічного стану пацієнтів з глосодинією показало відсутність патології психіки в усіх хворих. Одним з факторів схильності до розвитку глосодинії можна вважати зміни в емоційно – вольовій сфері, що пов'язані з дією провокуючого чинника. Психоемоційна напруга може сприяти розвитку вказаного захворювання на фоні схильних факторів, до яких відносяться зниження захисних механізмів організму, вегето – судинні розлади, акцентуація за істероїдним типом.

У розвитку глосодинії певне значення мають особливості і специфіка цілісної поліструктури характеру особистості хворого, зокрема особливості його нервової системи, схильність до нейропсихічної лабільності, що, в свою чергу, провокує характерний розвиток особистості з формуванням внутрішнього конфлікту із зіткненням різнонаправлених тенденцій. Характер порушень психологічної поліструктури особистості хворих на глосодинію відображує проблему хронічної дезадаптації на фоні тривалого перебігу захворювання.

Емоційно нестабільний тип характеру особистості (за показниками нейротизму) зі схильністю до підвищеної особистісної та ситуативної тривожності сприяє зниженню адаптивних можливостей та розвитку соматичної патології.

Пікові значення окремих різнонаправлених шкал реагування («змішаного», «сильного» та «слабкого» регістру) та їх поєднання (3–4, 3–7, 4–7) з підвищеним нейротизмом, особистісною і ситуативною тривожністю є варіантом психосоматичної дезадаптації, мішенню якої може бути найбільш слабка ланка невротичної функціональної системи організму пацієнтів з глосодинією. Зазначені зміни психологічного статусу хворих на глосодинію є показом до проведення медикаментозної корекції в комплексному лікуванні.

#### **4.5 Результати дослідження якості життя пацієнтів з глосодинією**

Застосування стандартної методики оцінки якості життя розкриває широкі можливості для моніторингу стану пацієнтів та визначає стратегії лікування. Тому нами використовувався опитувальник SF–36, який дозволяє оцінити цілісну ситуацію хвороби очима пацієнта [165]. Отримані результати опитувальника якості життя SF–36 узагальнені в таблиці 4.9.

Показники, що одержані за шкалою SF–36, у практично здорових осіб контрольної групи і хворих на глосодинію відрізнялись за усіма параметрами опитувальника. Пацієнти відмічали серйозний дискомфорт у повсякденній діяльності: захворювання викликало негативний вплив на якість життя, як у плані фізичного, так і психологічного здоров'я.

При цьому порушення стосувались майже усіх аспектів соціального, емоційного та побутового характеру. Примітно, що ні жодний з опитуваних пацієнтів із здорових осіб не отримав максимальної кількості балів по усіх шкалах. Можливо, це пов'язано з віковими особливостями респондентів та несприятливим впливом сучасного життя.

Значною мірою хвороба впливала на загальний показник фізичного компонента здоров'я. Так, середньостатистичні значення шкали РН у хворих II періоду зрілого віку склали  $37,01 \pm 1,66$  балів, літнього віку –  $39,94 \pm 2,2$  бали, що відповідно на 32,6 і 32,3 % нижче ніж у групи контролю ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 4.9 – Результати опитувальника sf – 36 здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодінію (бали)

Показники дослідження	Обстежені особи II періоду зрілого віку (n = 49)		p	Обстежені особи літнього віку (n = 42)		p
	Основна група n = 28	Контрольна група n = 24		Основна група n = 21	Контрольна група n = 18	
Фізичний компонент здоров'я (PH)	37,01 ±1,66	54,88 ±4,21	<0,001	33,94 ±2,2	50,13 ±4,25	<0,001
Фізичне функціонування (PF)	54,25 ±4,6	70,2 ±3,98	>0,05	52,25 ±5,63	58,6 ±4,9	>0,05
Рольове функціонування обумовлене фізичним станом (RP)	42,59 ±5,26	63,9 ±5,3	<0,01	29,2 ±4,38	43,05 ±6,32	>0,05
Інтенсивність болю (BP)	39,6 ±4,21	70,4 ±4,5	<0,001	49,4 ±3,34	69,4 ±5,35	<0,01
Загальний стан здоров'я (GH)	42,07 ±3,3	62,47 ±4,14	<0,001	35,1 ±4,09	48,28 ±4,15	<0,05
Психологічний компонент здоров'я (MH)	39,13 ±3,28	57,88 ±5,03	<0,01	36,56 ±3,95	52,54 ±5,65	<0,05
Життєва активність (VT)	43,08 ±3,43	60,65 ±3,81	<0,001	37,63 ±3,5	46,1 ±3,46	>0,05
Соц. функціональність (SF)	42,48 ±3,35	59,78 ±4,2	<0,01	35,01 ±4,2	53,36 ±3,03	<0,001
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE)	35,77 ±6,13	59,37 ±5,9	<0,01	28,3 ±6,05	48,11 ±6,15	<0,05
Психічне здоров'я (MH)	41,88 ±3,5	64,39 ±3,6	<0,001	43,7 ±3,98	60,9 ±3,8	<0,01

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Як свідчать наведені у таблиці дані фізична активність в обох групах хворих значно обмежена станом здоров'я. Труднощі у виконанні значних фізичних навантажень відчують майже однаково пацієнти II періоду зрілого віку (PF=54,25±4,6б.) і літнього віку (PF=52,25±5,63б.) Це свідчило про зниження повсякденної діяльності елементарних задач для здорової людини: підняти по сходам, носити сумку з продуктами харчування тощо. На противагу хворим, об'єм повсякденного фізичного навантаження, який може витримати респондент у осіб контрольної групи в II періоду зрілого віку значно вище, ніж в літньому (відповідно 70,2±3,98 і 58,6±4,9 балів), що відображає вікові особливості фізичного функціонування людини. Звертає на себе увагу високий ступінь обмеження виконання роботи або повсякденних зобов'язань, пов'язаних з хворобою. Так показник рольового фізичного функціонування у хворих II періоду зрілого віку був нижче такого в осіб контрольної групи на 33,3% ( $p<0,01$ ), у хворих літнього віку – на 32,2% ( $p>0,05$ ).

Вплив інтенсивного больового синдрому у пацієнтів з глосодинією на можливість займатись нормальною діяльністю виявився надзвичайно сильним, особливо в II період зрілого віку (39,6±4,21 проти 70,4±4,5 балів у групі контролю, при  $p<0,001$ ). З віком пацієнти відчували менш виражений вплив больових відчуттів на фізичну активність. Показник ВР склав 49,4±3,34 (проти 69,4±5,35 балів у практично здорових осіб, при  $p<0,01$ ). Не зважаючи на менш виражені больові відчуття, їх роль в обмеженні життєдіяльності у даної групи хворих (RP) залишається високою, що можливо пов'язано з тривалим переживанням пацієнтів, їх акцентуванням на хворобі та онкофобією, встановленої при клінічному дослідженні.

Захворювання закономірно відбудовувало песимістичну оцінку загального стану свого здоров'я обстежених пацієнтів. При порівнянні показників шкали GH хворих на глосодинію і здорових осіб з'ясувалось його достовірне погіршення, як у II період зрілого віку ( $p<0,001$ ), так і в літньому віці ( $p<0,05$ ).

З отриманих числових значень видно вагомий вплив хвороби на психологічний компонент здоров'я пацієнтів. За показниками МН рівень загального психологічного здоров'я у хворих II періоду зрілого віку склав  $39,13 \pm 3,28$  балів (проти  $58,88 \pm 5,03$  балів у групі контролю), літнього віку –  $36,56 \pm 3,95$  балів (проти  $52,54 \pm 5,65$  балів) з високим ступенем ймовірності різниці показників (95-99%). Це відображується в оцінці свого психологічного здоров'я пацієнтів з глосодинією, яка достовірно нижче практично здорових осіб на 34,2 і 28,2% (відповідно в II періоді зрілого віку та літньому віці). Отримані результати даної шкали опитувальника свідчили про наявність тривалого стану, психологічного неблагополуччя.

Психологічні проблеми у хворих на глосодинію супроводжуються вираженим зниженням енергетичного потенціалу (за шкалою VP), психічної виснаженості, що проявилась у скаргах на недостатність сил та енергії, відчуття втоми та виснаженість. Ситуація поглиблювалась проблемою психо-соціального характеру, що формувало у пацієнта з глосодинією несприятливий емоційний стан. Так середньостатистичні значення шкали соціальної активності в II період зрілого віку склали  $42,48 \pm 3,35$  балів (проти  $59,78 \pm 4,2$  балів, при  $p < 0,01$ ), в літньому –  $35,01 \pm 4,2$  бали (проти  $53,36 \pm 3,03$  балів, при  $p < 0,001$ ). А показник рольового функціонування, обумовленого емоційним станом – відповідно  $35,77 \pm 6,13$  балів (проти  $59,37 \pm 5,9$  балів, при  $p < 0,01$ ) і  $28,3 \pm 6,05$  (проти  $48,11 \pm 6,15$  балів, при  $p < 0,05$ ). Це вказувало на значне обмеження соціального контакту хворих, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням здоров'я, чому сприяв негативний емоційний стан.

Таким чином, використання методики оцінки якості життя пацієнтів з глосодинією SF-36 дає можливість лікарю досягти більш глибокого розуміння переживання пацієнта, його труднощів у боротьбі з хворобою. Хворі на глосодинію мають низький рівень якості життя за шкалою SF-36. Опитані пацієнти сприймають захворювання, як суттєвий обмежуючий фактор у своїй повсякденній діяльності (соціальній, професійній, родинній тощо), знижуючи її

продуктивність та потребуючи додаткових витрат, зусиль та часу внаслідок больових симптомів. Вплив захворювання на психіку має, як об'єктивну фізіологічну (соматичну), так і суб'єктивну психологічну складову, що пов'язана з переживанням пацієнтом фактору хвороби, її наслідків, в тому числі канцерофобії. Захворювання сприяло песимістичній оцінці свого фізичного стану (PF), негативно відобразалось на емоційно-мотиваційній сфері (RE), знижуючи загальний і психічний тонус (VT), формуючи афективні порушення тривожного характеру клінічного та субклінічного рівня (MH). Наявність хвороби створює у пацієнтів несприятливий емоційний стан, який у поєднанні з психологічними розладами сприяє поглибленню тривожного паттерну, що потребує медикаментозної корекції.

#### **4.6 Стан локальної гемодинаміки язика у хворих на глосодинію**

Аналіз якісних показників доплерівського спектра *a. profunda linguae* у хворих на глосодинію виявив наявність систолічного, катакротичного і дикротичного зубців, а також діастолічної фази, однак, в усіх обстежених хворих, на відміну від здорових осіб, виявлені низькі значення швидкостей кровотоку і згладженість піків.

В деяких дослідженнях спостерігали наявність додаткових піків у фазі систоли та діастоли і відсутність «спектрального вікна». Допплерографічні показники кровотоку судинної системи хворих на глосодинію порівнювали з такими параметрами локальної гемодинаміки артерій язика у здорових осіб контрольної групи без уражень язика (табл. 4.10).

Вивчення доплерівського спектра *a. profunda linguae* обстежених хворих виявило зниження інтенсивності внутрішньоорганного кровообігу у порівнянні з групою контролю. На це вказували істотні погіршення більшості середньостатистичних значень як лінійних, так і об'ємних параметрів кровотока.

Таблиця 4.10 – Допплерографічні показники а. profunda linguae контрольної групи осіб та хворих на глосодинію

Показники доплерографії артерії язика	Основна група n=49	Контрольна група n=42
Діаметр, мм	1,014± 0,02	1,14 ± 0,02
p	<0,001	
V-мах, м/с	0,146 ± 0,0003	0,26 ± 0,03
p	<0,001	
Індекс резистентності	0,77 ± 0,0055	0,71 ± 0,009
p	<0,001	
Пульсаційний індекс	3,84 ± 0,322	2,7 ± 0,06
p	<0,001	
TAMX, м/сек	0,224 ± 0,023	0,267 ± 0,02
p	>0,05	
S/D	2,82 ± 0,12	2,93 ± 0,06
p	>0,05	
ШО, мл/хв	15,1 ± 1,1	19 ± 1,2
p	<0,05	

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Так, у хворих на глосодинію V – мах в а. profunda linguae склала 0,146±0,0003 м/сек (проти 0,26±0,03 м/сек в контрольній групі, при p<0,001). Достовірні зміни показника усередненої за часом максимальної швидкості кровотока, яка є найбільш чутливим параметром і змінюється вже при слабко вираженому ураженні артерій [67] (0,224±0,023 проти 0,267±0,02 м/сек, при p>0,05), також свідчить про порушення локальної гемодинаміки при розвитку захворювання. Величина одного з показників лінійних параметрів судинного кровообігу – індексу резистивності – мала стійку тенденцію до збільшення у хворих на глосодинію відносно здорових осіб: 0,77±0,0055 проти 0,71±0,009 (p<0,001). Отриманий результат індексу Ri вказує на суттєве підвищення тону судинної стінки.

Значне погіршення кровонаповнення судинної системи язика у хворих на глосодинію особливо відобразилось на результатах об'ємних показників кровотоку. При цьому середньостатистична величина ШО ( $15,1 \pm 1,1$  мл/хв), яка відображає справжнє кровопостачання органа, була нижче, ніж у осіб контрольної групи ( $19 \pm 1,2$  мл/хв) зі ступенем достовірності різниці показників 95%. Це вказує на наявність застійних явищ в судинній системі язика при вісцero-рефлекторно-бульбарному синдромі. Визначена закономірність виявлена при підрахунку величини пульсаційного індексу.

За даними деяких авторів, це може бути причиною локальних розладів гемодинаміки, а також непрямим маркером порушень реактивності судинної стінки. У хворих на глосодинію встановлена гіперпульсація ( $3,84 \pm 0,322$  проти  $2,7 \pm 0,06$ ,  $p < 0,001$ ). На нашу думку, в сукупності з підвищеним судинним тонусом, вона зумовлена артеріальною гіпертензією, яка виявлялась майже у половини обстежених хворих.

При проведенні спектрального доплерівського аналізу стану судинної стінки, також визначається систоло – діастолічне співвідношення. Показник S/D являється непрямою характеристикою стану судинної стінки, зокрема її еластичних властивостей. Визначення цього показника у хворих на глосодинію виявило його зниження по відношенню до такого результату практично здорових осіб, без уражень язика ( $2,82 \pm 0,12$  проти  $2,93 \pm 0,06$ , при  $p > 0,05$ ). На думку Лелюк В. Г. і співавторів [59], однією з найбільш частих патологій, що призводять до змін даної величини є артеріальна гіпертензія.

Таким чином, кольорова і імпульснохвильова доплерографія є сучасним неінвазивним методом виявлення порушень гемомікроциркуляторного русла язика при глосодинії. Основною формою порушення внутрішньоорганного кровообігу при глосодинії є венозна гіперемія. Достовірні значення основних параметрів кровотоку (V – max, ШО) вказують на утруднення відтоку крові з мікроциркуляторного русла і розвиток венозної гіперемії.

Вивчення стану гемодинаміки *a. profunda linguae* у хворих на глосодинію за показниками триплексного сканування встановило залежність окремих параметрів доплерівського зсуву частот від загального артеріального тиску обстежених. Про це свідчило достовірне збільшення величини пульсації, індексу резистивності та аналогічне зменшення систоло – діастолічного співвідношення зі ступенем ймовірності різниці показників відносно контролю 95-99%.

Результати даного роділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. 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.

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.

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.

4. 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. Вінниця). – Вінниця, 2013. – С. 30.

5. 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.

6. 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 м. Донецьк). – Донецьк, 2012. – С. 340.

## РОЗДІЛ 5

### ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ

#### 5.1 Результати комплексного лікування хворих на глосодінію у найближчі терміни спостережень за даними клінічного обстеження

Результати ефективності лікування пацієнтів основної та порівняльної групи у найближчі терміни спостереження наведені на рисунках 5.1 та 5.2.

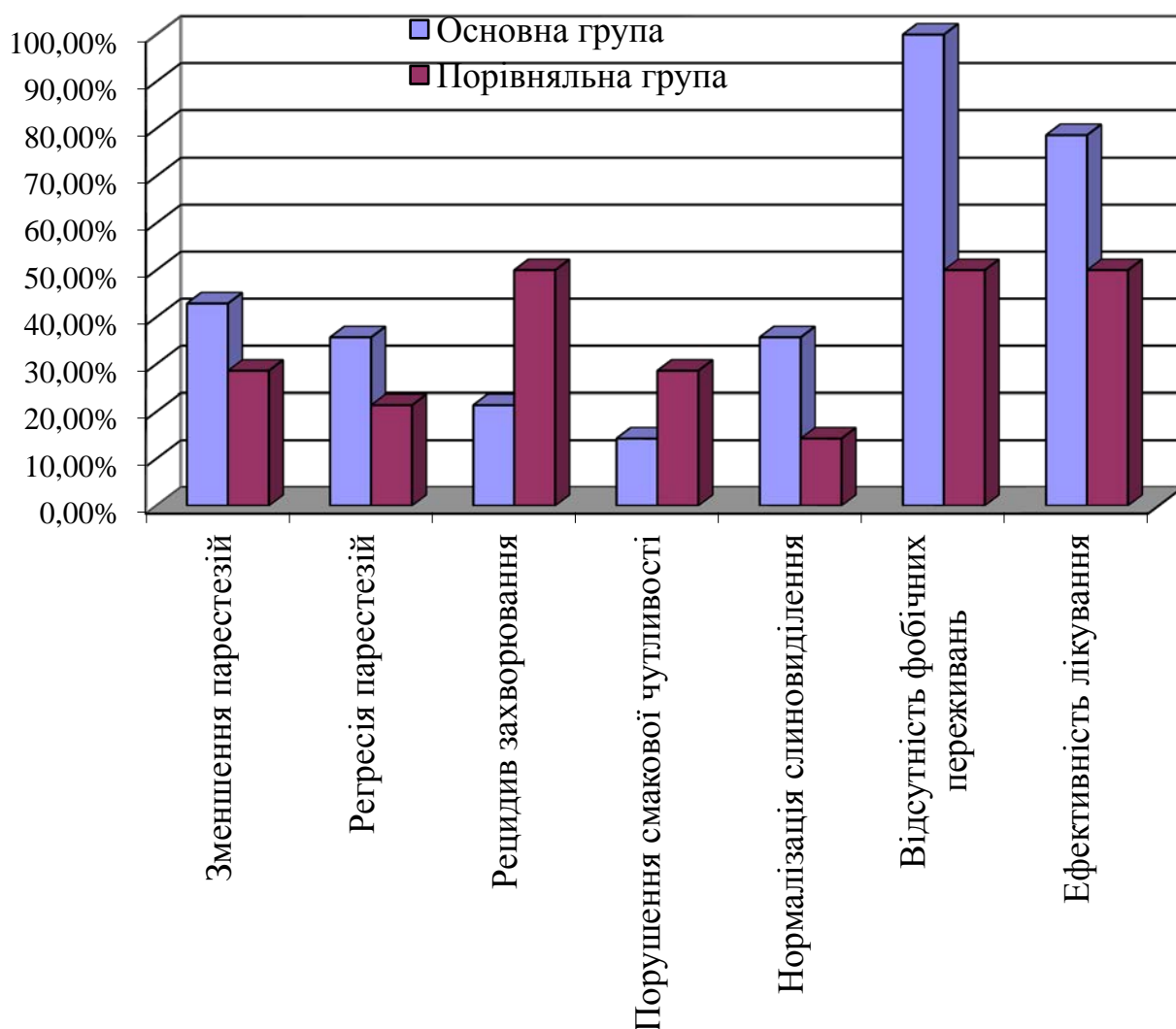


Рисунок 5.1 – Ефективність лікування пацієнтів з глосодінією II періоду зрілого віку за клінічними симптомами захворювання

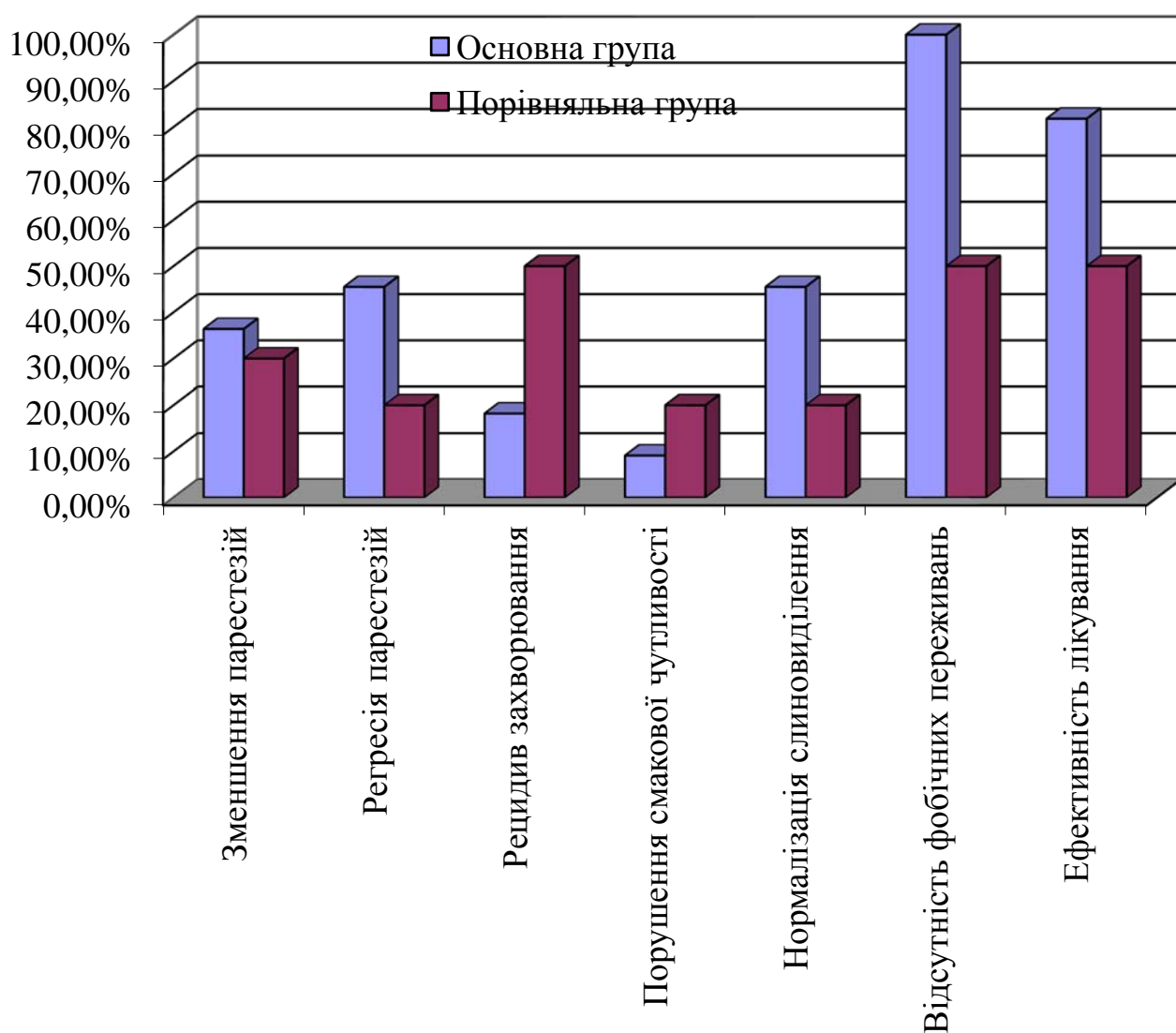


Рисунок 5.2 – Ефективність лікування пацієнтів з глосодинію літнього вікового періоду за клінічними симптомами захворювання

Згідно з наведеними даними ефективність лікування була неоднаковою. Слід зазначити, що в процесі лікування основної групи пацієнтів спостерігали суттєве зниження інтенсивності або повне зникнення головного симптому хвороби – парестезії. При цьому 6 хворих (42,9%) II періоду зрілого віку відмітили значне зменшення інтенсивності парестетичних відчуттів, 5 (35,7%) – їх повне зникнення. В 3-х пацієнтів (21,4%) цієї вікової категорії встановлено рецидив парестетичного симптому через 3 доби після закінчення лікувально-профілактичного курсу.

Несподівано у хворих основної групи літнього віку регресія парестетичних відчуттів виявлена у 5-ти пацієнтів, що склало 45,5%. 36,4% обстежених цієї групи відмітили значне зниження інтенсивності парестезій. Лише у двох хворих (18,2%) літнього віку не спостерігали позитивних змін даного симптому захворювання після проведеного повного курсу лікування, що на 3,2% менше ніж у II періоді зрілого віку.

Однак, слід відмітити що у 5-ти зазначених пацієнтів обох груп дослідження (3-х – II періоду зрілого віку і 2-х – літнього) парестезії турбували лише у первинній зоні виникнення симптому і вже не розповсюджувались на суміжні ділянки слизової оболонки та шкіри, що також оцінювалось, як позитивний результат лікування. Однак це потребувало додаткового призначення препарату для лікування невропатичного болю – лірика. З бульбарних розладів порушення смакової чутливості у передніх двох третинах язика відмічали лише 2 пацієнта (14,3%) II період зрілого віку і одного (9,1%) – літнього. Отже порушення смакової чутливості у пацієнтів літнього віку зменшилось у 1,3 разів. Відчуття одерев'янілості та враження чужерідного тіла у глотці хворі не відмічали.

Важливе значення має порушення слиновиділення. Після проведеного лікування запропонованим нами лікувальним комплексом нормалізації секреції слини виявлено у 5-ти (35,7%) хворих з 14-ти обстежених II період зрілого віку і у 4-х (36,4%) з 11-ти – літнього вікового періоду. В решті спостережень пацієнти відмічали сухість у роті тільки після виражених хвилювань. Позитивним результатом лікування хворих основної групи на глосодинію, як II періоду зрілого віку, так і літнього, можна рахувати відсутність фобічних переживань в 100% спостережених, покращення сну та працездатності. При об'єктивному обстеженні обох груп хворих змін слизової оболонки порожнини рота та шкіри не виявлено. Язик рівномірно покритий сосочками, помірно зволожений. Гіпертрофія або десквамація сосочків, набряк та наліт на язиці відсутні.

Дослідження неврологічного статусу виявило зменшення кількості хворих із зниженням глоткового і завісочного рефлексів вдвічі, а тремору та фібрилярних посмикувань – у тричі в II періоді зрілого віку і аналогічно вдвічі та втричі – у літньому. Однак у поодиноких випадках спостерігали підвищення показника больової та температурної чутливості шкіри обличчя в обох групах хворих.

В той же час результати обстеження хворих груп порівняння були набагато гірші. Так, регресію основного симптому захворювання – парестезії, спостерігали лише у 21,4% пацієнтів II період зрілого віку і 20% – літнього (достовірність різниці відносно основної групи 95%). Дещо більша кількість хворих (відповідно 28,6 і 30%) відмічали зниження парестетичного відчуття. Регресію бульбарних симптомів та неврологічних розладів спостерігали у поодиноких випадках. Ефективність лікування пацієнтів II період зрілого та літнього віку, склала 50%. У решті хворих традиційний підхід до терапії глосодинії був неефективним. Враховуючи це та психологічний стан хворих, їх незадоволення результатами проведеного лікування прийнято рішення (разом з лікарем–невропатологом) про проведення повторного курсу за розробленим нами методом у зазначених пацієнтів груп порівняння.

Отже, у найближчі терміни спостереження ефективність лікування основної групи хворих II періоду зрілого віку склала 78,6%, літнього – 81,8%, обох груп порівняння – 50%. Таким чином, редукція парестетичного симптому у комплексі з лікуванням загального соматичного захворювання і корекцією психологічного статусу сприяло використанню препаратів габапентин і лірика, які гальмують нервові імпульси з патологічного вогнища. Покращення загального стану хворих, в тому числі психологічного, сприяв прийом засобу Персен, який володіє седативними властивостями, знижує напруження і дратівливість при перевтомі. Значне зниження бульбарних порушень, на наш погляд, пов'язано із застосуванням лікарських засобів габапентин і лірика, а також Енеріон, оскільки відомий вплив останнього препарату на структури

лімбіко-ретикулярного комплексу. Розчин лідокаїну блокує проходження нервових імпульсів по волокнах язикової гілки трійчастого нерву і, таким чином, сприяє усуненню парестетичного симптому на провідниковому рівні. Сумісне введення з лідокаїном вітаміну В<sub>1</sub> підсилює позитивний вплив на вегетативну нервову систему, що підтверджено при дослідженні її сегментарної ланки після лікування основної групи хворих на глосодинію. Підвищенню слиновиділення сприяло застосування рослинного препарату мати-й-мачухи.

Отже, отримані клінічні дослідження свідчили про переважання розробленої нами комплексного методу лікування хворих на глосодинію у порівнянні з традиційним підходом до терапії цього захворювання.

## **5.2 Зміни показників фізико-хімічних досліджень ротової рідини та стану гігієни порожнини рота**

Після проведення комплексного лікування хворих на глосодинію результати біофізичних властивостей ротової рідини та гігієнічного стану порожнини рота продемонстрували істотне поліпшення показників основної групи пацієнтів на противагу порівнювальній (табл. 5.1, 5.2). З наведених у таблиці даних видно, що до лікування усі показники основної групи і групи порівняння були ідентичними і не відрізнялись між собою ( $p_1 > 0,05$ ). Після лікування середньостатистичні значення дослідної групи були достовірно кращими порівняно з вихідним рівнем.

Важливим критерієм ефективності проведеного лікування є оцінка швидкості слиновиділення, як однієї з ознак порушення ваго-симпатичного відділу нервової системи у хворих на глосодинію. При цьому спостерігали достовірне підвищення функціональної активності слинних залоз в пацієнтів основної групи II періоду зрілого віку у 2,3 рази ( $p_2 < 0,01$ ), літнього – у 2 рази ( $p_2 < 0,001$ ).

Таблиця 5.1 – Результати дослідження фізико-хімічних властивостей ротової рідини та стану гігієни порожнини рота у хворих на глосодинію II періоду зрілого віку до та після лікування

Показники фізико-хімічних властивостей	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Індекс Гріна-Верміліона (бали)	1,63 ±0,13	1,12±0,07	1,56±0,12	1,22±0,08
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> <0,05
Буферна ємність	3,8 ±0,27	4,48±0,3	3,78±0,22	3,87±0,13
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Вязкість слини	1,66±0,03	1,47±0,04	1,69±0,02	1,66±0,02
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,001		p <sub>3</sub> >0,05
Швидкість слиновиділення (мл/хв.)	0,21±0,07	0,48±0,07	0,2±0,05	0,24±0,04
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> >0,01		p <sub>3</sub> >0,05
pH	6,3±0,096	6,71±0,07	6,26±0,08	6,29±0,07
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,001		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після ікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

Таблиця 5.2 – Результати дослідження фізико-хімічних властивостей ротової рідини та стану гігієни порожнини рота у хворих на глосодинію у період літнього віку до та після лікування

Показники фізико-хімічних властивостей	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Індекс Гріна-Верміліона (бали)	1,81 ±0,16	1,23 ±0,13	2±0,2	1,29±0,1
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> <0,01
Буферна ємність	3,69 ±0,26	4,26±0,22	3,49±0,13	3,59±0,12
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> <0,01		p <sub>3</sub> >0,05
Вязкість слини	1,66±0,03	1,47±0,04	1,68±0,02	1,67±0,03
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,001		p <sub>3</sub> >0,05
Швидкість слиновиділення (мл/хв.)	0,22±0,04	0,45±0,05	0,23±0,06	0,27±0,05
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
pH	6,1±0,1	6,64±0,15	6,23±0,1	6,28±0,12
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після ікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

Помітно покращились нейтралізуючі властивості ротової рідини та її в'язкість. Так рН змішаної слини на початку лікування пацієнтів II періоду зрілого віку склало  $6,3 \pm 0,096$ , по закінченню –  $6,71 \pm 0,07$ , літнього віку – відповідно  $6,1 \pm 0,1$  і  $6,64 \pm 0,15$  з високим ступенем розбіжності значень (99 – 99,9%). Бікарбонатна буферна система ротової порожнини, за рахунок якої здійснюється регуляція кислотно-лужної рівноваги середовища, також мала тенденцію до підвищення (на 15,2% і 13,4% – відповідно у II періоду зрілого і літнього віку,  $p_2 > 0,05$ ). Застосування рослинного препарату мати-й-мачухи одночасно з підвищенням швидкості секреції слини сприяло зменшенню її в'язкості та досягненню рівня нормальних величин.

Зниження показників в'язкості у хворих II періоду зрілого віку на 12,7% відносно початкового рівня та у хворих літнього віку на 11,5% вказувало на ефективність розпрацьованого комплексного методу лікування пацієнтів з глосодинією. Про позитивні зміни гігієнічного стану порожнини рота у обстежених хворих основної групи свідчило достовірне зменшення показника сумарного індексу ОНІ – S в процесі лікування пацієнтів II періоду зрілого віку з  $1,63 \pm 0,13$  до  $1,12 \pm 0,07$  балів ( $p_2 < 0,01$ ) та літнього вікового періоду з  $1,81 \pm 0,16$  до  $1,23 \pm 0,13$  балів ( $p_2 < 0,01$ ). На відміну від основної групи, у групі порівняння після вжитих терапевтичних заходів виявлені незначні, у переважній більшості недостовірні зміни основних показників, що характеризують біофізичні властивості ротової рідини у хворих на глосодинію.

Визначення швидкості салівації у хворих групи порівняння практично не виявило динаміки цього показника, який в більшій мірі залежить від стану вегетативної нервової системи. Порівняння середньостатистичних значень швидкості виділення слини після лікування групи хворих II періоду зрілого віку ( $0,24 \pm 0,04$  мл/хв.) і літнього вікового періоду ( $0,27 \pm 0,05$  мл/хв.) з такими до початку терапії (відповідно  $0,2 \pm 0,05$  і  $0,23 \pm 0,06$  мл/хв.) не мало ступеня достовірності допустимого у медичних дослідженнях ( $p_3 > 0,05$ ).

Після лікування хворих групи порівняння не виявлено статистичної достовірності змін фізико-хімічних показників змішаної слини, що визначають стан кислотно-лужної рівноваги: рН та буферної ємності. При цьому реакція змішаної слини у обстежених хворих залишалась кислою у пацієнтів II періоду зрілого і літнього віку, а здатність її нейтралізувати – низькою. Не суттєво покращились і в'язкість ротової рідини, що підтверджувало не високу ефективність традиційного лікування. Єдиний показник, що покращився – стан гігієни порожнини рота, напевно, пов'язаний з уважним відношенням до лікування пацієнтів з глосодинією.

Таким чином, висока ефективність розпрацьованого методу комплексного лікування хворих на глосодинію підтверджувалась нормалізацією кислотно-лужної рівноваги порожнини рота, покращенням структурних властивостей змішаної слини, суттєвим впливом на її буферні і нейтралізуючі можливості та інтенсивність слиновиділення, що забезпечує реалізацію її важливих функцій. Водночас позитивні зміни середовища сприяли значному покращенню гігієнічного стану порожнини рота, що підтверджувалось клінічними дослідженнями основної групи хворих.

### **5.3 Динаміка показників дослідження стану вегетативної нервової системи при лікуванні хворих на глосодинію**

Порушення вегетативної регуляції гомеостазу та гомеокінезу у хворих на глосодинію були показом для призначення препаратів енеріон і персен, які впливають на функцію вегетативної нервової системи. Отримані параметри серцево – судинної системи за опитувальником Вейна в процесі лікування основної групи хворих II періоду зрілого віку з глосодинією свідчили про істотне ( $p > 0,05$ ) зниження більш ніж вдвічі кількості обстежених з ознаками вегетативної дисфункції (табл. 5.3). Відсутність вегетативного дисбалансу констатовано у 8 разів частіше, ніж до лікування ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 5.3 – Динаміка опитувальника Вейна у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку, %

Показники опитувальника Вейна	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p
> 15	92,85	42,85	>0,05	92,85	78,57	>0,05
< 15	7,15	57,15	>0,05	7,15	21,43	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Аналогічну ситуацію спостерігали при обстеженні пацієнтів літнього віку (табл. 5.4). При цьому загальну суму балів >15 встановили вдвічі рідше ( $p_2 > 0,05$ ), а <15 – в 6 разів частіше ( $p_2 < 0,05$ ).

Таблиця 5.4 – Динаміка опитувальника Вейна у процесі лікування хворих на глосодинію літнього вікового періоду, %

Показники опитувальника Вейна	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 11	Після лікування n = 11	p	До лікування n = 10	Після лікування n = 10	p
> 15	90,9	45,45	>0,05	80	70	>0,05
< 15	9,1	54,55	>0,05	20	30	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами.

Аналіз отриманих результатів за бальною системою підтвердило достовірне зниження питомої ваги ознак вегетативної дисфункції на 29,7% у пацієнтів II періоду зрілого віку і 43,8% – літнього, з достовірністю 99,9% відносно початкового рівня.

На противагу пацієнтам основної групи, оцінка вегетативних симптомів у групах порівняння як у процентному співвідношенні, так і за бальною системою свідчила про переважно не достовірні зміни після лікування хворих ( $p_3 > 0,05$ ). Лише у пацієнтів II періоду зрілого віку виявлено достовірне зростання кількості пацієнтів без вегетативних порушень втричі відносно вихідного рівня ( $p_3 < 0,05$ ) (табл. 5.5 і 5.6).

Таблиця 5.5 – Динаміка показників дослідження стану вегетативної нервової системи у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку, бали

Показники дослідження	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Опитувальник Вейна	28,43 ± 2,31	17,14 ± 1,63	28 ± 2,18	22,42 ± 1,99
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$ $p_4 < 0,05$		$p_3 > 0,05$
Індекс Кердо	-16,92 ± 0,58	-0,71 ± 2,58	-15,21 ± 4,17	-10,21 ± 3,77
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,01$ $p_4 < 0,05$		$p_3 > 0,05$
Коефіцієнт Хільдебранта	2,94 ± 0,15	3,28 ± 0,16	2,88 ± 0,22	2,95 ± 0,23
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 > 0,05$ $p_4 > 0,05$		$p_3 > 0,05$

Примітка:

$p_1$  – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

$p_2$  – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

$p_3$  – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

$p_4$  – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи

Таблиця 5.6 – Динаміка показників дослідження стану вегетативної нервової системи у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку, бали

Показники дослідження	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Опитувальник Вейна	30,09 ±2,41	16,55±2,25	29,8± 4,65	26,4±4,23
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Індекс Кердо	-10,09 ±6,94	-1,27±5,91	-10,2±5,49	-7,5±4,91
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Коефіцієнт Хільдебранта	2,78±0,16	3,13±0,13	2,88±0,17	2,98±0,17
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

Отже, встановлена нормалізація функції відділу нервової системи, що регулює гомеостаз і гомеокінез у пацієнтів основної групи вказувала на високу ефективність запропонованого методу комплексного лікування хворих на глосодинію. При детальнішому порівнянні рівня вегетативного тону за індексом Кердо в процесі лікування основної групи хворих II періоду зрілого віку виявлено достовірне покращення результатів (табл. 5.7). Так, кількість симпатотоніків збільшилась втричі, ейтоніків у 7 разів, а парасимпатотоніків зменшилось у 3 рази, з високим ступенем ймовірності різниці від початкового рівня (p<0,05).

Таблиця 5.7 – Динаміка дослідження частоти вираженості характеру вегетативного тону за індексом Кердо у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку після лікування, %

Показники індекса Кердо	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	P
Сипатотоніки	7,15	21,43	>0,05	7,15	7,15	>0,05
Ейтоніки	7,15	50	>0,05	14,3	28,57	>0,05
парасимпатотоніки	85,7	28,57	>0,05	78,55	64,28	>0,05

Примітка:

p– достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами

В той самий час, незважаючи на покращення, зміни відсотка осіб груп порівняння з переважанням парасимпатичної нервової системи та вегетативної рівноваги було недостовірним ( $p > 0,05$ ), а кількість симпатотоніків не зменшилась, що вказувало на невисоку ефективність традиційного підходу до лікування цього захворювання.

Отримана динаміка досліджень вираженості характеру вегетативного тону у хворих літнього віку свідчила про менш виражені зміни індексу Кердо у основної групи пацієнтів та відсутність таких у групи порівняння (табл. 5.8).

Слід відмітити, що у основної групи обстежених пацієнтів кількість симпатотоніків не змінилась, проте парасимпатотоніків зменшилось у 2,3 рази ( $p < 0,05$ ) та з'явилося 45,45% ейтоніків ( $p < 0,05$ ).

Інтерпретація вказаних результатів за оціночною шкалою показала вирогідне зниження парасимпатичного впливу у 8 разів ( $p_2 < 0,01$ ) в хворих основної групи II періоду зрілого віку, а також у 8 разів ( $p_2 > 0,05$ ) – літнього.

Таблиця 5.8 – Динаміка дослідження частоти вираженості характеру вегетативного тону за індексом Кердо у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку, %

Показники індекса Кердо	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 11	Після лікування n = 11	p	До лікування n = 10	Після лікування n = 10	p
Сипатотоніки	18,2	18,2	>0,05	20	20	>0,05
Ейтоніки	0	45,45	>0,05	20	20	>0,05
парасим-патотоніки	81,8	36,35	>0,05	60	60	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Вивчення рівня вегетативного забезпечення діяльності серцевої та дихальної систем після лікування основної групи хворих виявило суттєве підвищення кількості пацієнтів з міжсистемною рівновагою на 27,3% ( $p > 0,05$ ) у II періоду зрілого віку і у два рази ( $p > 0,05$ ) – літнього, а також аналогічне зменшення переважання вегетативного впливу на серце відповідно в 2 ( $p > 0,05$ ) і в 6 разів ( $p < 0,05$ ) (табл. 5.9., 5.10).

Разом з тим, підрахунок у балах коефіцієнта Хільдебранта виявило незначне підвищення цього показника на 10,4 і 11,2% (відповідно у II періоді зрілого віку і літнього) після лікування основної групи хворих з розбіжністю середньостатистичних значень менше 95%. Це підкреслювало те, що незважаючи на покращення, у обстежених пацієнтів залишався переважно вплив на серцево – судинну систему ніж на дихальну, можливо пов'язаного з віковими особливостями хворих. Примітно, що спостереження за хворими обох вікових груп, які отримали традиційне лікування глосодинії, не виявило динаміки показників коефіцієнта Хільдебранта як у процентному співвідношенні, так і за бальною оцінкою.

Таблиця 5.9 – Динаміка досліджень частоти вираженості вегетативного тонузу за коефіцієнтом Хільдебранта у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку, %

Показники індекса Кердо	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p
Міжсистемна рівновага	57,15	78,57	>0,05	50	50	>0,05
переважання ССС	42,85	21,43	>0,05	42,85	42,85	>0,05
Переважання ДС	0	0	>0,05	7,15	7,15	>0,05

Примітка:

P – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

ССС – серцево – судинна система

ДС – дихальна система

Таблиця 5.10 – Динаміка досліджень частоти вираженості вегетативного тонузу за коефіцієнтом Хільдебранта у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку, %

Показники дослідження	Основна група			Порівняльна група		
	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p	До лікування n = 14	Після лікування n = 14	p
міжсистемна рівновага	45,45	90,9	>0,05	60	60	>0,05
переважання ССС	54,55	9,1	>0,05	40	40	>0,05
переважання ДС	0	0	>0,05	0	0	>0,05

Примітка:

p – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами

ССС – серцево – судинна система

ДС – дихальна система

Таким чином, застосування запропонованої нами комплексної терапії глосодинії з цілеспрямованою дією на регуляцію функцій вегетативного відділу центральної нервової системи сприяло значному покращенню показників цієї системи. Про це свідчила нормалізація неадекватних вегетативних функцій, вегетативного тону та реактивності даного відділу нервової системи і покращення вегетативного забезпечення різних видів діяльності, в тому числі серцево – судинної. Висока ефективність лікування обумовлена використанням препаратів енеріона, персена та вітаміну В<sub>1</sub> при проведенні місцевої блокади язикового нерва, що впливають на регуляцію сегментарних та надсегментарних структур нервової системи, які, за даними авторів [2, 150, 166], лежать в основі патогенезу глосодинії.

#### **5.4 Показники досліджень психологічних особливостей хворих в процесі лікування**

Встановлені нами особливості психоемоційної сфери хворих на глосодинію були показами до включення в комплексне лікування седативних, вітамінних та протисудомних препаратів, які сприяють значному покращенню психологічного стану пацієнтів. Слід відмітити, що 11 пацієнтів (78%) основної групи II періоду зрілого віку і 8 (72,7%) – літнього мали «лінійний» профіль особистості, що на 67,6% і 63,2% більше ніж до лікування. Опитування пацієнтів з глосодинією за методикою СМОЛ виявило позитивну динаміку більшості показників основної групи хворих II періоду зрілого віку (табл. 5.11). В той же час незначні зміни у хворих групи порівняння не мали ступеня достовірності, допустимого у медичних дослідженнях і оцінені, як недостатні, та підкреслювали неефективність лікувальних заходів.

Одним з суб'єктивних показників психоемоційного стану особистості є відношення до тестування [13, 144, 146, 155]. Аналізуючи шкалу «L» у основної групи хворих слід зазначити, що респонденти після лікування залишаються відвертими ( $p_2 > 0,05$  відносно початкового рівня).

Таблиця 5.11 – Динаміка показників опитувальника СМОЛ у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку (бали)

Показники дослідження	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
шкала (L)	44,57 ±2,68	39,07±2,27	45,21±2,85	43,42±2,5
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала (F)	57 ±2,23	46,14±1,55	57,42±1,61	55,14±1,59
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05
шкала (K)	45,57±0,86	49,85±1,45	46,28±0,88	44,79±0,89
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 1	45,64±2,35	40,42±1,91	44,28±1,54	43,35±1,43
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 2	41,5±1,56	39,93±1,34	41,1±1,49	40,64±1,27
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 3	69,23±1,85	46,15±1,89	68,21±1,69	64,64±1,33
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 4	65,92±1,63	55,64±1,99	65,43±1,91	63,07±1,66
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 6	38,14±1,72	56,86±2,46	38,9±1,57	42,58±1,47
шкала 7	70,28±1,65	49,5±1,98	69,78±1,62	64,57±1,74
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05
шкала 8	40,43±1,35	43,35±1,29	39,71±2,03	41,21±1,85
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>3</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 9	36,57±1,19	57,92±1,35	35,79±1,21	40,21±1,22
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

На фоні підвищення контролю над емоціями (збільшення шкали К на 8,6%,  $p_2 < 0,05$ ) менш виражені дискомфорт (зменшення F на 19,1%,  $p_2 < 0,001$ ) та драматизування проблем у зв'язку з хворобою ( $F-K = -4$ ).

Аналіз окремих базисних шкал профілю особистості хворих на глосодинію, які до лікування характеризувались змінами психологічного стану, виявило достовірне покращення стану адаптованості обстежених відносно початкового рівня. Так, суттєве зниження набули шкали емоційної лабільності (3-тя) та імпульсивності (4-та), відповідно на 33,3% і 15,6% (при  $p_2 < 0,001$ ), що проявлялось у зниженні акцентуації за істероїдним типом і демонструванні своїх переживань з підвищенням самоконтролю над емоціями та супроводжувались позитивним впливом на вегетативні реакції. На нашу думку, це пов'язано із застосуванням препаратів габапентин, енеріон та персен, які впливають на підкоркові структури лімбіко-ретикулярного комплексу та функції ромбовидної ямки довгастого мозку – головного «держора» найважливіших фізіологічних процесів. Звертає на себе особливу увагу виражене зменшення показників шкали тривожності в 1,4 рази ( $p_2 < 0,001$ ) відносно вихідного рівня.

У поєднанні зі зниженням 4-ої і підвищенням 6-ої шкал сильного «реєстру» (відповідно в 1,2 і 1,5 разів, при  $p_2 < 0,001$ ) це свідчило про істотне зменшення внутрішнього конфлікту, а, відтак, і невротичної симптоматики глосодинії. А сполучення з низьким показником 3-ої шкали відображає менш виражену боязнь, що пов'язана з хворобою.

У профілі особистості спостерігали достовірне підвищення показників 9-ої шкали на 36,9% ( $p_2 < 0,001$ ), що вказувало на більш оптимістичну оцінку стану свого здоров'я та впевненість у подоланні проблем з хворобою після лікування основної групи у пацієнтів II періоду зрілого віку.

Характеризуючи середньостатистичні результати загального профілю особистості основної групи пацієнтів літнього віку можна констатувати аналогічну динаміку (табл. 5.12.).

Таблиця 5.12 – Динаміка показників опитувальника СМОЛ у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку (бали)

Показники дослідження	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
шкала (L)	46,27 ±2,4	41,54±2,36	46,1±2,77	44,6±2,66
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала (F)	56,36 ±2,69	43,73±1,75	56,2±1,99	53,1±2,04
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,001		p <sub>3</sub> >0,05
шкала (K)	45,63±0,85	47,81±0,84	44,5±1,69	42,9±1,57
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,01		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 1	44,18±2,22	40,18±1,36	44,3±2,37	42,8±1,97
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 2	40,81±1,57	39,09±1,36	40,1±1,64	39,7±1,63
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 3	69,7±1,94	42,7±1,71	69,9±2,25	59,4±2,47
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,01
шкала 4	67,18±1,28	59,45±1,68	67,1±1,97	63,8±1,81
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 6	40,63±2,03	58,27±2,43	38,9±0,61	42,2±1,03
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,01
шкала 7	68,27±1,93	47,18±1,79	68,2±1,56	65,7±1,73
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05
шкала 8	41,63±1,09	44,9±0,91	39,71±2,03	42,7±1,54
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
шкала 9	38±1,21	49,27±1,21	38,1±1,44	40,1±1,48
p	p <sub>3</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

При цьому після лікування у психологічному паттерні хворих спостерігали високий ступінь надійності отриманих даних у відношенні проведених досліджень. Респонденти демонстрували правдиві відповіді (шкала «L»), достовірне підвищення відвертості (на 22,4% за шкалою F, при  $p_2 < 0,001$ ), підсилення контролю над емоціями (шкала K) та формування адекватної самооцінки і самопорозуміння (F–K).

Інтерпретація окремих базисних шкал за М. Л. Собчик показала нормалізацію психосоматичних розладів: зниження негативних емоцій (3 шкала) на 38,7%, гіпертимності (4 шкала) на 11,5% та тривожності (7 шкала) на 30,9% з високим ступенем розбіжності значень відносно початкового рівня ( $p_2 < 0,001$ ). Суттєвого зниження набули соматична дезадаптація за істероїдним типом, внутрішні протиріччя та фіксовані фобії, які діагностували до лікування за акцентуацією поєднаних шкал: 3–4, 4–7 та 7–3. Достовірне підвищення показників 9-ої шкали на 29,9% ( $p_2 < 0,001$ ) свідчило про позитивну самооцінку пацієнтами свого здоров'я.

На відміну від основної групи у пацієнтів групи порівняння аналогічні середньостатистичні показники опитувальника СМОЛ залишались майже на початковому рівні та відображали збереження проблеми хронічної соматичної дезадаптації. Підтвердженням високої ефективності запропонованого методу лікування глосодинії у основної групи хворих було вигогідне зниження рівня нейротизму на 25,3% в II період зрілого віку і 42% – в літньому ( $p_2 < 0,001$ ) за опитувальником Ганса та Сибілли Айзенк.

Респонденти, як основної, так і порівняльної групи були відверті та правдиві в своїх відповідях на ствердження (айтеми) опитувальника. В більшості випадків рівень відвертості у хворих основної групи підвищився, що свідчило про довіру до лікування. Примітно, що подолання психологічного дискомфорту сприяло істотному зниженню показників психотизму в 1,3 рази у II періоді зрілого віку і в 1,6 рази – у літньому ( $p_2 < 0,05$ ). Рівень екстраверсії та інтраверсії істотно не змінився, як у основній групі, так і в порівняльній. Незначне підвищення

екстравертивного типу особистості у II періоді зрілого віку основної групи хворих свідчило про те, що пацієнти стали більш впевнені у собі, підвищився рівень люб'язності, бажання спілкуватись, оптимістичне налаштування на життєві ситуації, більш виражену адаптивність до стресових ситуацій, соціальних та побутових проблем.

Аналогічний результат можна спостерігався у пацієнтів літнього вікового періоду. Отримані дані, зазначені в таблицях 5.13 та 5.14 за опитувальником Ганс та Сибілла Айзенк свідчать про більш ефективний результат лікування нової запропоновані схеми навідміну від традиційної схеми лікування.

Таблиця 5.13 – Динаміка показників опитувальника PEN за Ганс та Сибілла Айзенк у процесі лікування хворих на глосидію II періоду зрілого віку (бали)

Показники опитувальника Айзенк	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Психотизм	8,14 ±0,68	6,14±0,45	8,14±0,51	7,28±0,45
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Екстраверсія/інтроверсія	13,35 ±0,58	14,86±0,49	13,14±0,5	13,92±0,5
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Нейротизм	18,36±1,14	13,71±0,78	17,93±1,29	16,86±1,2
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Відвертість	8,43±0,34	7,92±0,38	8,21±0,24	7,85±0,25
P	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Таблиця 5.14 – Динаміка показників опитувальника PEN за Ганс та Сибілла Айзенк у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку (бали)

Показники опитувальника Айзенк	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Психотизм	7,81 ±1,18	4,9±0,56	7,9±0,76	6,8±0,63
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Екстраверсія/ін троверсія	15 ±0,84	16,09±0,66	14,7±0,89	15,7±0,7
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Нейротизм	21±0,88	12,18±1,2	21,1±0,92	19,3±0,77
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05
Відвертість	9,18±0,58	8,36±0,39	8,9±0,78	8,5±0,65
P	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Одержані позитивні результати повторного тестування досліджуваних груп за Спілбергером свідчили, що значно зменшились прояви тривожності. При цьому особистісна та реактивна тривожність знизилась відповідно в 1,7 і 2 рази у хворих II період зрілого віку і в 1,7 – літнього. У хворих групи порівняння рівень цих шкал змінився лише на 5,8 і 9,5% та на 3 і 7,1%, а особистісна та реактивна схильність до тривоги залишились високими (табл. 5.15 і 5.16).

Таким чином, після проведення лікування у хворих основної групи в поліструктурі особистісного профілю спостерігали нормостенічність, допустимі рівні конструктивної тривожності.

Таблиця 5.15 – Динаміка показників опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером у процесі лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку (бали)

Показники опитувальника по Спілбергеру	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Ситуативна тривожність	68,35 ±1,26	33,28±1,59	69,85±0,74	63,21±2,75
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,05
Особистісна тривожність	59,28 ±0,95	34,07±1,4	60,57±0,74	57,07±1,06
P	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,01

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Таблиця 5.16 – Динаміка показників опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером у процесі лікування хворих на глосодинію літнього віку (бали)

Показники опитувальника по Спілбергеру	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Ситуативна тривожність	68,63 ±1,6	40,54±2,47	68,8±0,9	63,9±1,26
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,01
Особистісна тривожність	59,1 ±1,15	35,18±1,21	60,57±0,74	57,9±0,99
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

У групах порівняння – верхню межу цих рівнів, що є несприятливим результатом лікування. Позитивна динаміка психологічного стану хворих основної групи вказувала на високу ефективність його корекції за допомогою запропонованого методу.

### **5.5 Якість життя пацієнтів з глосодинією в динаміці лікування хворих**

Якість життя не є постійною характеристикою хворої людини та може змінюватись від її стану [69, 152, 157]. Отримані нами дані про якість життя пацієнтів з глосодинією після проведення комплексного лікування дозволили здійснити моніторинг стану хворих із зазначеною патологією. Динаміка показників якості життя обох груп пацієнтів з глосодинією в процесі лікування наведені нижче.

Аналізуючи отримані результати слід зазначити, що до лікування усі середньостатистичні значення стану пацієнтів основної та порівняльної групи, які характеризують якість життя, були практично ідентичними та не мали високого ступеня статистичної розбіжності ( $p_1 > 0,05$ ). Тим часом, після комплексного лікування у хворих основної групи II періоду зрілого і літнього віку виявлено суттєве покращення загального несприятливого фону, що створює хронічний перебіг глосодинії.

Незадовільна якість життя пацієнтів основної групи II періоду зрілого віку після комплексного лікування змінилась більшою життєздатністю у фізичній та психічній сфері, що наочно наведено у таблиці 5.17.

Так позитивна динаміка якості життя відбулась передусім за рахунок достовірного підвищення фізичного та психічного компонента здоров'я (відповідно на 30,3 і 31,3%, з вірогідністю 95 – 99,9%).

У цієї групи пацієнтів спостерігається ймовірне розширення фізичних ресурсів для подолання обмежування їх повсякденної діяльності у зв'язку з хворобою (збільшення показників RP на 31,8 %, при  $p_2 < 0,05$ ).

Таблиця 5.17 – Результати опитувальника sf – 36 здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію (бали) II періоду зрілого віку

Показники дослідження	Основна група n=14		Порівняльна група n=14	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Фізичний компонент здоров'я (PH)	35,95 ±1,87	51,55±4,25	38,01±2,65	42,99±4,22
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Фізичне функціонування (PF)	56,4 ±6,8	67,5±5,83	50,7±5,99	54,62±5,38
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Рол. функц обумовлене фіз. станом (RP)	41,42±7,54	60,71±6,26	40,71±7,7	45,35±6,88
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Інтенсивність болю (BP)	39,64±5,74	69,14±5,57	39,14±5,97	44,35±4,25
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05
Заг стан здоров'я (GH)	43,14±5,13	59,57±6,34	40,85±3,98	44,92±4,55
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Псих компонент здоров'я (MH)	38,77±4,91	56,42±6,11	42,98±4,38	46,26±4,2
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Життєва активність (VT)	43,46±4,33	60,38±4,85	42,85±5,07	45,35±4,39
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Соціальна функціональність (SF)	43,92±4,76	57,89±5,01	40,67±4,53	43,07±4,16
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE)	35,69±9,53	59,5±7,13	33,30±7,8	40,46±5,15
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Психічне здоров'я (MH)	42,64±4,45	61,71±5,2	41±5,28	45,42±4,86
P	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

За даними шкали PF опитувальника, хворі здатні виконати більше фізичне навантаження ніж до лікування. В оцінці якості життя пацієнтів з глосодинією особливе значення має шкала болю (BP), оскільки наявність постійних астенічних парестезій посилює неблагополуччя людини. Підрахунок балів за цією шкалою виявив суттєві підвищення показника в 1,7 разів ( $p_2 < 0,001$ ), що свідчило про зниження фізичного дискомфорту. Підсумком позитивних змін у фізичній сфері якості життя є сприйняття респондентами загального стану свого здоров'я на 27,4% краще, ніж до лікування ( $p_2 < 0,05$ ).

Пацієнти основної групи II періоду зрілого віку з глосодинією демонстрували покращення у психічній сфері, в значній мірі завдяки підвищенню життєвого тону в 1,4 рази ( $p_2 < 0,01$ ), емоційного стану в 1,7 разів ( $p_2 < 0,05$ ) та задоволенню опитаних їх рівнем соціальної активності, спілкуванню с друзями, родиною, колективом в 1,3 рази ( $p_2 < 0,05$ ) у порівнянні з даними показниками до лікування. Опитані пацієнти оцінювали стан свого психічного здоров'я (гарний настрій, позитивні емоції та відчуття спокою) у 1,5 рази краще ( $p_2 < 0,01$ ) ніж до лікування.

На відміну від основної групи, у хворих групи порівняння спостерігаються лише тенденції до покращення результатів опитувальника SF – 36. При цьому збільшення усіх показників фізичного та психічного стану було статистично не значимим ( $p_3 > 0,05$ ). Крім того, тенденція до більш низьких показників зберігалась і після лікування пацієнтів, що підкреслювало не високу ефективність традиційних підходів до лікування хворих на глосодинію.

Вивчення «профілю» якості життя у хворих основної групи літнього віку виявило позитивний ефект лікування по усіх шкалах, але показники благополуччя у фізичній та психосоціальной сфері знаходились на більш низькому рівні ніж у таких II періоду зрілого віку (табл. 5.18). При цьому їх порівняння з початковим рівнем не завжди досягало статистичної значимості, проте чітко виявлялось на рівні тенденції.

Таблиця 5.18 – Результати опитувальника sf – 36 здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію (бали) літньої групи після лікування

Показники дослідження	Основна група n=11		Порівняльна група n=10	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Фізичний компонент здоров'я (PH)	33,21 ±2,28	50,11±3,57	34,72±3,77	38,19±4,32
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Фізичне функціонування (PF)	53,63 ±7,04	58,18±7,17	51±8,55	55,5±7,5
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Рольове функціонування обумовлене фізичним станом (RP)	29,54±7,39	45,45±5,66	28,5±3,87	32,5±5,33
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Інтенсивність болю (BP)	48,27±4,48	66,09±4,88	50,8±4,73	53,1±4,91
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Загальний стан здоров'я (GH)	36,09±6,64	50,63±3,84	34±3,85	38,5±3,34
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Психологічний компонент здоров'я (MH)	35,27±4,8	50,35±4,87	37,96±6,1	40,48±5,86
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Життєва активність (VT)	35,5±6,16	44,5±6,76	39,5±2,93	39,5±2,83
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Соціальна функціональність (SF)	33,6±6,17	52,72±6,61	36,95±5,4	41,15±4,23
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE)	27,27±6,06	48,48±8,24	29,9±9,22	36,65±7,77
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
Психічне здоров'я (MH)	43,63±4,89	59,45±5,57	43,4±6,14	46,8±5,46
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05

#### Примітка

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Виявлені особливості є додатковим свідченням більшого потенціалу відносно фізичних і психічних порушень при глосодинії у хворих II періоду зрілого віку ніж літнього, що підтверджується клінічними дослідженнями. Слід відмітити, що у цієї групи пацієнтів достовірно збільшились показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я (у 1,5 і 1,4 рази, з вирогідністю 95–99,9%), що свідчило про підвищення функціональних можливостей і позитивного сприйняття життєвих змін, пов'язаних із захворюванням. Позитивні зміни встановлені, як у плані покращення фізичних можливостей (збільшення показника PF на 7,8%, RP – на 35%), так і нормалізації психосоціального функціонування (збільшення цифрових значень шкали VT на 20,2%, SF – на 34,3%) та ступеня емоційного стану, що обмежує повсякденну активність (відповідно RE на 43,75%).

Примітно, що результати обмежувальної ролі фізичного стану внаслідок парестетичного синдрому у пацієнтів літнього віку дорівнювали таким II періоду зрілого віку та достовірно відрізнялись від початкового рівня ( $p_2 < 0,01$ ), що вказувало на високу ефективність запропонованого методу лікування. Ці дані доповнюються суб'єктивною оцінкою загального самопочуття і супротиву хворобі. Так, показник загального стану здоров'я підвищився на 28,7%, психічного здоров'я – на 26,6%. На противагу пацієнтам основної групи аналогічні показники хворих групи порівнювання набули недостовірного покращення ( $p_3 > 0,05$ ) та не досягли рівня основної групи. Це можна пояснити недостатньою ефективністю медикаментозних заходів, які традиційно застосовуються при лікуванні глосодинії.

Отже, зважаючи на серйозність фізичних та психосоціальних наслідків захворювання, можливість виникнення рецидиву, розроблений нами метод комплексного лікування хворих на глосодинію, направлений на корекцію порушень у психомотиваційній сфері, слід визнати ефективним. Таким чином, на основі отриманих даних можна зробити висновок про позитивну динаміку якості життя пацієнтів з глосодинією після проведення комплексного лікування

з використанням засобів та заходів цілеспрямованої корекції нейропсихологічних і місцевих гемодинамічних порушень, особливо виражених у груп пацієнтів II періоду зрілого віку. Дані про об'єктивну оцінку пацієнтів основної групи, покращення свого самопочуття, доповнюють результати клінічного, фізико-хімічного, психологічного та функціонального дослідження, а також дозволяють зробити оптимальний прогноз відносно можливостей їх повноцінного життя, в тому числі і успішної психосоціальної адаптації.

### **5.6 Результати лікування хворих за даними показників гемодинаміки язика**

Результати ехографічного дослідження гемодинаміки *a. profunda linguae* в процесі лікування основної та порівняльної групи хворих на глосодинію наведені в табл. 5.19. Згідно з поданими даними результати основних параметрів доплерометрії глибокої артерії язика до лікування хворих були ідентичні і статистично не відрізнялись між собою ( $p_1 > 0,05$ ). Між тим, отримані результати функціонального дослідження після лікування хворих основної та порівняльної групи, були різними.

Аналіз спектрограми включав оцінку якісних та кількісних характеристик кровотоку. Після лікування основної групи хворих амплітудні характеристики були більше виражені ніж до лікування. Форма огинаючої доплерівського спектра відповідала артеріям з низьким периферичним опором: чітко виражені систолічні, катакrotичний та дикrotичний зубець, а також діастолічна фаза. Наявність «чистого спектрального вікна» виявлена у 19 випадках з 25 досліджень, що склало 76%.

На відміну від основної групи, у хворих порівняльної групи залишились піки пульсової хвилі, їх згладженість та поява додаткових піків у фазі систоли та діастоли (спектральне вікно було «чистим» лише в 10 випадках з 24 досліджень, що склало 42%).

Таблиця 5.19 – Показники доплерографічного дослідження артерії язика

Показники доплерографії артерії язика	Основна група n=25		Порівняльна група n=24	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Діаметр, Мм	0,996 ±0,032	1,104±0,0234	1,033 ±0,023	1,039±0,026
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
V-max, м/с	0,146 ±0,0004	0,323±0,0243	0,145±0,0004	0,192±0,011
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> <0,001
Індекс резистентності	0,767 ±0,0078	0,72±0,0073	0,775±0,077	0,754±0,008
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>4</sub> <0,01		p <sub>3</sub> >0,05
Пульсаційний індекс	4,025 ±0,565	2,55±0,2	3,645±0,306	3,02±0,333
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> >0,05		p <sub>3</sub> >0,05
TAMX м/сек	0,245 ±0,034	0,326 ±0,017	0,213±0,03	0,242±0,02
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>4</sub> <0,01		p <sub>3</sub> >0,05
S/D	2,975±0,163	3,12±0,106	2,653±0,177	2,8±0,115
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>4</sub> <0,05		p <sub>3</sub> >0,05
ШО мл/хв	14,9±1,42	19±0,157	15,4±1,6	16,25±0,151
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>4</sub> <0,001		p <sub>3</sub> >0,05

Примітка:

p<sub>1</sub> – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування.

p<sub>2</sub> – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування.

p<sub>3</sub> – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування.

p<sub>4</sub> – достовірність різниці між показниками основної та порівняльної групи після лікування

Визначення кількісних параметрів гемоциркуляції після комплексного лікування основної групи хворих виявило достовірне покращення лінійних параметрів кровотоку. Так, максимальна величина швидкості тока крові у фазі систоли склала 0,323±0,024 м/сек. (проти 0,146±0,0004 м/сек.), а усереднена за часом – 0,326±0,017 м/сек. (проти 0,245±0,034 м/сек.) з достовірністю різниці показників відносно початкового рівня 95–99,9%. Слід відмітити, що

застосування запропонованого комплексного методу лікування глосодинії у хворих основної групи сприяло суттєвому покращенню тонусу та периферичного опору глибокої артерії язика, а також її еластичних властивостей. При цьому вірогідність зменшення індексів Пурсело і Гослінга (відповідно на 6% і 37%) та збільшення пов'язаного з ними показника діаметра глибокої артерії язика на 10% свідчило про нормалізацію венозного відтоку тканин язика та притоку артеріальної крові до даного органа, що на думку авторів [103] сприяє усуненню одного з клінічних симптомів глосодинії – набряку або пастозності.

Значне покращення набув показник об'ємної швидкості кровотоку. Збільшення його статистичного значення на 22% ( $p_2 < 0,01$ ) є свідченням нормалізації мікрогемодинамічних порушень язика. Разом з тим, доплерографічні дослідження у хворих групи порівняння в процесі лікування з використанням традиційної терапії не виявили вираженої позитивної динаміки локального гемодинамічного зсуву частот, що наочно представлені в таблиці. Згідно даних таблиці значима різниця показників після лікування хворих цієї групи відносно таких до лікування встановлена тільки при визначенні максимальної лінійної швидкості кровотоку ( $0,192 \pm 0,011$  проти  $0,145 \pm 0,0004$  м/сек.,  $p_3 < 0,001$ ). Інші показники, незважаючи на покращення, були несуттєвими. Розбіжність їх значень відносно початкового рівня була статистично недостовірною ( $p_3 > 0,05$ ). Отже за даними доплерографії після лікування хворих порівняльної групи залишились локальні порушення кровотоку, що підтверджувало невисоку ефективність традиційної терапії глосодинії.

При порівнянні кількісних показників доплерівського зсуву частот після лікування двох груп пацієнтів (основної та порівняльної) встановлено суттєві розбіжності значень. Так, показник максимальної швидкості кровотоку після лікування хворих основної групи був вище порівняльної на 40,6% ( $p_4 < 0,001$ ), усередненої за часом – на 25,7% ( $p_4 < 0,01$ ), об'ємної – на 14,5% ( $p_4 < 0,001$ ). Встановлено вірогідно кращі показники резистентності судин та систоло –

діастолчного співвідношення у пацієнтів основної групи відносно порівнювальної зі ступенем достовірності 95 – 99%. Отримані результати вказували на нормалізацію гемодинаміки а. profunda linguae у основної групи пацієнтів.

Таким чином, триплексне сканування регіонарного кровообігу в басейні а. profunda linguae є інформативним методом оцінки лікування хворих на глосодинію. Достовірне покращення лінійних і об'ємних параметрів кровотоку глибокої артерії язика можуть бути критеріями в оцінці ефективності лікування пацієнтів з глосодинією. Нормалізації основних показників кровообігу (V-max, TAMX, ШО) сприяло комплексне лікування з використанням ультразвуку, що покращує мікроциркуляцію кровоносного русла. Достовірне покращення регіонарного кровотоку пов'язано з нормалізацією тонуусу і периферичного опору судин під впливом вітаміну PP, що обумовлено його судинно-розширювальною дією. Покращення показників мікрогемодинаміки в тканинах язика сприяло застосування ангіопротектора Трентал, який нормалізує реологічні властивості крові та порушення периферичного опору.

### **5.7 Ефективність комплексного лікування і профілактики рецидива глосодинії у віддалені терміни спостереження**

Комплексна терапія глосодинії включала диспансерний нагляд з визначенням ефективності лікування, а також проведенням повторного курсу або протирецидивного лікування кожні 6 місяців, протягом 2-х років, що наочно наведено на рис. 5.3. Клінічне обстеження основної групи пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією через 6 місяців після проведення лікування виявило рецидив захворювання у 4-х хворих, що склало 28,6%. У зазначених пацієнтів залишались парестетичні відчуття, зниження саливації, зміни смакової чутливості та гіперпатія шкіри обличчя. У 2-х хворих (14,3%) – незначно виражений тремор язика. Повне зникнення головного симптому захворювання – парестезій, виявлено у 5-ти хворих (35,7%).

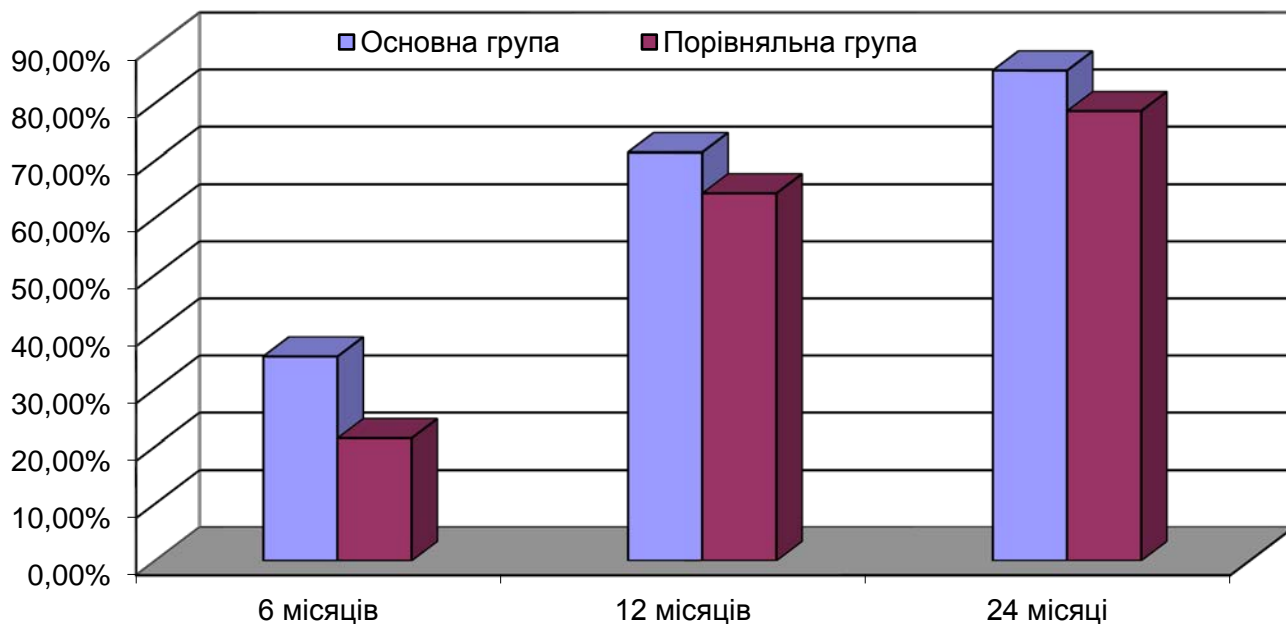


Рисунок 5.3 – Ефективність лікування хворих на глосодинію II періоду зрілого віку у віддалені терміни спостереження

Аналогічна кількість пацієнтів цієї групи відмічала суттєве зменшення парестетичних відчуттів. Слід відмітити підвищення слиновиділення, відновлення смакової чутливості та інших бульбарних розладів у 10-ти хворих (71,4%). При об'єктивному обстеженні, зміни стоматологічного і неврологічного статусу у цих хворих не встановлено. Було прийнято рішення 9-ти пацієнтам (5-ти – з недостатньою ефективністю і 4-м – з відсутністю такої), що склало 64,3%, провести повторний курс комплексного лікування захворювання, а 5-ти (35,7%) з позитивним результатом – протирецидивну терапію. Обстеження основної групи пацієнтів II періоду зрілого віку через 12 місяців виявило значне підвищення ефективності лікування. При цьому регресію парестетичних відчуттів та інших симптомів глосодинії встановлено у 10-ти хворих (71,4%), а суттєве зменшення інтенсивності та характеру відчуттів – у 2-х (14,3%). Незадовільний результат лікування оцінений у 2-х пацієнтів (14,3%). Враховуючи отримані результати суб'єктивних та об'єктивних обстежень, 4-м пацієнтам (28,6%) проведений повний курс запропонованого нами методу лікування, решта (71,4%) отримали протирецидивну терапію.

Спостереження за хворими цієї групи через 18 місяців не виявило змін відносно попереднього періоду, тому були проведені аналогічні лікувальні заходи. Через 2 роки спостереження відсутність рецидиву захворювання констатували у 12-ти хворих основної групи, що склало 85,7%. У однієї хворої (7,1%) суб'єктивний та об'єктивний стан оцінений, як задовільний, однак дана пацієнтка відмічала сухість в роті та парестезії в області кінчика язика після психоемоційної напруги, які зникали після прийому препарату Персен. Незадовільно оцінений результат лікування 1 пацієнтки (7,1%) з глосодинією, яка потребувала додаткового обстеження та виявлення причини захворювання.

Отже, ефективність лікування основної групи пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією через 6 місяців склала 35,7%, через 1 рік – 71,4%, через 2 роки – 85,7%.

На відміну від основної групи у хворих порівняльної групи ефективність лікування через 6 місяців склала 42,9%: повне зникнення симптомів захворювання лише у 21,4% обстежених та значне зменшення таких у аналогічній кількості хворих (21,4%). З урахуванням незадоволення пацієнтами ефективністю лікування традиційним способом було прийнято рішення щодо проведення курсу розпрацьованих нами комплексних лікувально-профілактичних заходів у цих хворих. При цьому 3 хворих (21,4%) із відсутністю скарг та об'єктивних симптомів глосодинії отримали протирецидивне лікування, решта – комплексну терапію за розробленим нами методом. У подальшому проведення лікувально – профілактичних заходів у групі порівняння виявили високу ефективність лікування, їх результати наближались до таких основної групи: 64,3% – через 1 рік і 78,6% – через 2 роки спостереження. Диспансерний нагляд та спостереження за хворими літнього віку виявило аналогічні результати (рис. 5.4). Високу ефективність терапії глосодинії відмічали вже після проведення 2 – 3-х курсів лікувально – профілактичних заходів.

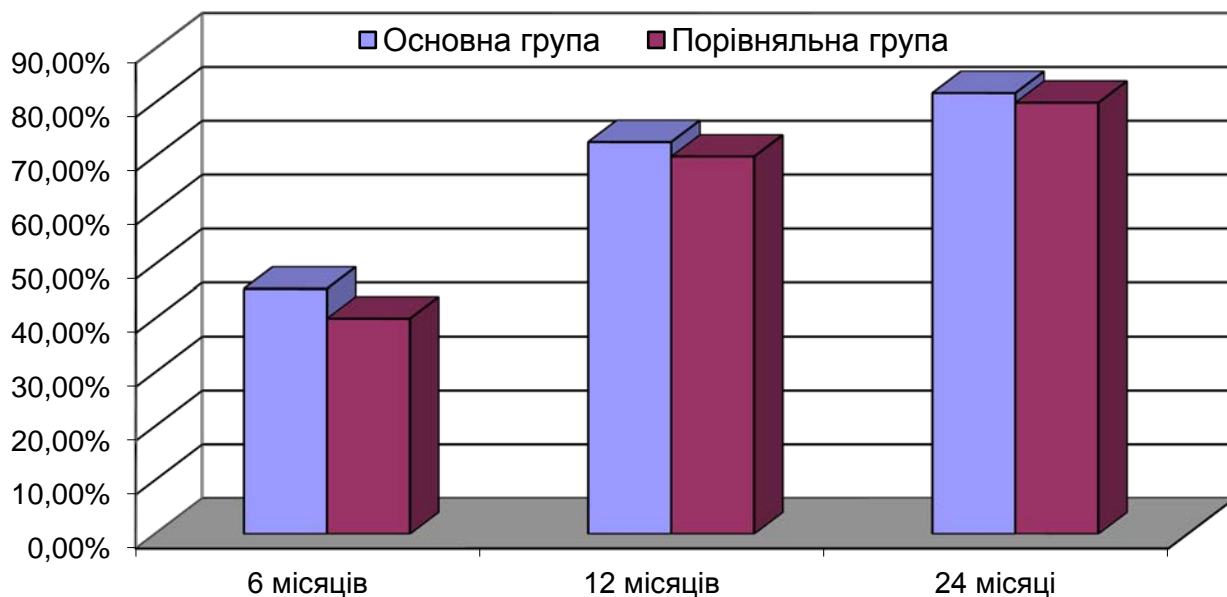


Рисунок 5.4 – Ефективність лікування хворих на глосодинію літнього вікового періоду у віддалені терміни спостереження

Отже, ефективність лікування основної групи пацієнтів літнього віку через півроку склала 45,5%, через 1 і 2 роки – 72,7 і 81,8%. У групі порівняння також були застосовані лікувально – профілактичні заходи, розпрацьовані нами, оскільки отримані результати первинного лікування склали лише 40%. Вже через рік відсутність рецидиву захворювання встановлено у 70% хворих, через 2 роки – у 80%

Результати даного роділу висвітлені в наступній роботі:

1. 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.

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Серед пацієнтів з чутливими порушеннями щелепно – лицевої ділянки від 14 до 26% складають хворі на глосодинію. Глосодинія – це хронічне захворювання, що характеризується стійкими парестезіями в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота, частіше язика, проте не переходять у відчуття болю та не супроводжуються морфологічними змінами [88, 131, 157]. Незважаючи на вивчення різноманітності клінічних симптомів захворювання та різних аспектів його патогенезу [19, 20, 71, 88, 106, 117], залишаються нез'ясованими питання порушення локальної гемодинаміки у розвитку глосодинії, немає єдиної думки щодо впливу сегментарного та надсегментарного відділів вегетативної нервової системи на розвиток цього захворювання та характер корекції виявлених порушень.

Проведений аналітичний огляд літератури дозволив окреслити не вирішені питання і завдання цього захворювання, сформулювати мету і завдання та визначити методи дослідження.

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 ім. М. І. Пирогова. Співвідношення пацієнтів чоловічої та жіночої статі в досліджуваній вибірці було таким: 87% – жінки і 13% – чоловіки. Середній вік жінок склав 52,1 р, чоловіків – 52,4 р. 42 практично здорові особи аналогічного вікового періоду склали групу контролю. Усі обстежені були поділені на дві групи згідно вікової систематизації А. А. Маркосян [26]: 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 проводилось разом з невропатологом, за показаннями – консультації фахівців з гастроентерології, гінекології, кардіології, психології тощо. Критерії вибору пацієнтів також передбачали відсутність загострення або значних клінічних проявів супровідної соматичної патології на момент обстеження.

Діагностику глосодинії проводили у відповідності з класифікацією слизової оболонки порожнини рота, прийнятою в Україні і МКХ – 10 (К. 14. 6.). 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 [65, 85]. 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 пародонти 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 глосодинію 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 – 60,7%, поколювання – 42,9%, ковзання мурашок – 39,3%, пощипування – 35,7%, свербіж – 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 язика: кінчика (64,3%), бокових поверхонь (50%), спинці (35,7%), всієї поверхні (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 II періоду зрілого віку спостерігали порушення смакової чутливості в передніх двох третинах язика.

Встановлена залежність парестезій від прийому їжі, як потужного екстероцептивного подразнення (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 (50%), скелетно-м'язевої (35,7%) і серцево-судинної системи (14,3%), патологія клімаксу (25%), порушення психо-емоційного стану (42,9%). Примітно, що усі пацієнти не палять та не мають інших шкідливих звичок. Одним з проявів глосодинії є диссоційовані порушення чутливості шкіри обличчя і слизової оболонки порожнини рота за сегментарним типом [119]. При цьому спостерігали підвищену больову і температурну чутливість при збереженні тактильної та гіперпатію на больове подразнення центральних і середніх відділів шкіри обличчя, слизової оболонки язика, губ, піднебіння. Слід зазначити, що у невралгічній симптоматиці крім розладів чутливості виявлені бульбарні симптоми: зниження глоткового – занавіскового рефлексу у 14,3% та фібрилярне посмикування язика у 25%.

У клінічному перебігу глосодинії в хворих літнього вікового періоду порівняно з II періодом зрілого віку суттєвої різниці у симптомокомплексі захворювання не встановлено, проте виявлено збільшення яскравості

парестетичних та сенестопатичних відчуттів, більш широкого розповсюдження на суміжні ділянки слизової оболонки і шкіри (74,1%) та порушення смаку усієї поверхні язика (23,8%) Напевно, це пов'язано з більшою тривалістю захворювання (більше 6 міс. в 47,6% спостережень). При аналізі скарг у цієї групи пацієнтів виявлено збільшення фобічних переживань на 20,9%, особливо канцерофобій – на 31%. Також спостерігали тенденцію до збільшення частки супровідних захворювань та їх поєднання, зокрема органів системи травлення на 31%, серцево–судинної патології на 9,5%, підвищення артеріального тиску на 8,3%. Встановлено набряк язика у 47,6%, наліт на його дорсальній поверхні – у 61,9%. Останній констатовано на 19% частіше ніж у II періоді зрілого віку, що підтверджує зв'язок з захворюваннями травної системи.

При дослідженні неврологічного статусу у 52,4% літнього віку встановлено вкрай нестерпна реакція на больові подразнення з довготривалою післядією та підвищення поверхневої чутливості (больової та температурної) при збереження тактильної і глибокої (м'язево-суглобової). Більш виражені бульбарні симптоми: відсутність глоткового та занавіскового рефлексу у 19% пацієнтів, тремор у 33,3%. При об'єктивному обстеженні патологічних змін слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя та морфологічних елементів ураження не встановлено. Проте наліт на язиці (в 42,9% спостережених) та його набряк (в 32,1%) були ознаками ураження органів системи травлення та не є специфічними для глосодинії.

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 [94, 107, 108, 113]. Парестезії, сенестопатії, порушення слиновиділення і смакової чутливості, бульбарні розлади і зниження чутливості за сегментарним типом, обумовлені функціональними розладами понто-бульбарного відділу стовбура мозку (ядер трійчастого, язико-глоткового, блукаючого, лицевого нервів та їх периферичних нейронів), а також окремих структур надсегментарної вегетативної системи: таламуса, гіпоталамуса, ретикулярної формації. Остання, за даними авторів [36], забезпечує взаємодію вегетативних, вісцеральних, сенсомоторних та емоційних систем, регулюючих гомеостаз і гомеокінез. Зважаючи на те, що взаємодія лімбічної системи і ретикулярної формації забезпечують пристосування до мінливих умов навколишнього та внутрішнього середовища можна стверджувати про суттєве зниження механізмів адаптації хворих на глосодинію. Враховуючи багатофакторність глосодинії з метою вивчення можливого впливу середовища на розвиток захворювання проведено визначення фізико-хімічних властивостей змішаної слини та характеру її секреції в обстежених пацієнтів.

Аналізуючи отримані результати характеру секреції нестимульованої слини, можна відзначити істотне зниження швидкості слиновиділення в обох груп досліджуваних вдвічі відносно контрольної групи ( $p < 0,001$ ). Значне зменшення кількості виділеної слини сприяло змінам її структурних властивостей, зокрема в'язкості, яка з достовірністю 99,9% була вище ніж у групі контролю.

Ймовірно, що в'язка та малорухлива змішана слина у обстежених хворих обумовлена вірогідним зниженням її секреції. За думкою авторів [57, 118] гіпосалівація є патогномонічною ознакою глосодинії та свідченням ураження слиновидільних ядер язико-глоткового та лицевого нервів. Найбільш значимі умови функціонування органів та тканин ротової порожнини забезпечуються їх гомеостазом, який підтримується кислотно-лужним станом та його регулятором

– буферною ємністю [97, 98]. У свою чергу буферна ємність знаходиться у прямій залежності від кількості слини, яка виділяється [99]. 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 середовища порожнини рота. Відомо, що головною умовою підтримки гомеостазу біосистеми порожнини рота є здійснення раціональних гігієнічних заходів [78, 80, 97]. 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 значне зниження швидкості саливації, ймовірно центрального генезу, 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 прямої чи опосередкованої участі вегетативної нервової системи у механізмі виникнення глосодинії [32, 37, 117], 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.

Відомо, що вегетативний тонус регулює гомеостаз внутрішнього середовища [37]. Дослідження вегетативної регуляції за індексом Кердо виявило переважання парасимпатичного впливу над симпатичним, що підтвердило дані Яворської О. С. [118]. 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, що 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 неузгодженості 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 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-мульти (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-мульти 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 у поєднанні з низьким показником шкали корекції K та їх різницею («F-K») в межах «+7» – «+11» , це 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. [92], характерні для виражених фіксованих фобій.

Отже, 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 характерного зіткнення різнонаправлених типів реагування: мотивація досягнення успіху з такою уникнення неуспіху; відчуття гідності і прагнення до домінування з невпевненістю в собі та надлишкової самокритичністю; емоціями гніву, хвилювання, нехтування з страхом, відчуттям провини та тривожністю. Цей конфлікт матеріалізується за психо – соматичним варіантом дезадаптації з вираженими соматичними скаргами.

Отже, 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.

Отже, 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 [58, 95, 106] про значення емоційно-нестабільних та тривожних рис особистості у розвитку захворювання. У сучасних умовах, одним з пріоритетних напрямків у клінічній практиці є вивчення якості життя при різних захворюваннях [35, 36]. Це обумовлено тим, що оцінка якості життя, яка визначається самим пацієнтом є достовірним показником його стану і поряд з традиційним медичним заключенням дозволяє створити повну об'єктивну картину хвороби [51, 66, 117].

Результат складових якості життя за загальним опитувальником SF-36 свідчить, що рівень фізичних і психологічних компонентів здоров'я не дозволяє хворим на глосодінію оцінити своє життя повноцінним та значимим. При цьому, по усім шкалам опитувальника сумарні показники у хворих на глосодінію були у 2-3 рази менше оптимальних (100 балів) 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.

За повідомленнями авторів [53] порушення локального кровообігу і функціонального стану судинної системи слизової оболонки порожнини рота і язика мають безумовне значення у розвитку глосодінії. Проведені нами дослідження гемодинаміки *a. profunda linguae* у хворих на глосодінію виявили достовірні відмінності усіх параметрів доплерографічного спектру порівняно з

аналогічними групами 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 *a. profunda linguae*.

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 ( $p < 0,05$ ), підтверджувало дані літератури [103] 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 тонуусу судинної стінки (на 7,8%,  $p < 0,001$ ) та величини її пульсації (в 1,4 рази,  $p < 0,001$ ). Гіперпульсація, за даними авторів [100, 70, 47], може бути причиною розладів локальної гемодинаміки язика та непрямую ознакою порушення реактивності судин у системі кровообігу *a. profunda linguae*. Крім того, вирогідне 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 ( $V\text{-max}$ , TAMX, RI, S/D) і об'ємних (ШО, PI) параметрів доплерівського спектру у хворих на глосодинію свідчили про зниження інтенсивності внутрішньоорганного кровообігу в басейні *a. profunda linguae*, 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 порушення функцій коморбідних захворювань

органів та систем, усунення клінічних проявів (парестезій, змін чутливості слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя, слиновиділення, смакових відчуттів, сенестопатій та інших бульбарних симптомів), нормалізації стану сегментарної та надсегментарної нервової системи, психологічних розладів, порушень локальної гемодинаміки та покращення якості життя.

Усім хворим основної та порівняльної групи призначали консультацію невропатолога, за необхідністю – гастроентеролога, психотерапевта, ендокринолога, гінеколога, кардіолога тощо. Проводили базисну терапію 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 «Херостом» (ф. Biocosmetic, 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 глосодинію включало застосування препаратів: 1. Габапентин 0,3 мг (Фарма Старт, Україна) після прийому їжі за схемою: 1-а доба – по 1 табл. 1 рази на день; 2-а доба – по 1 табл. 2 рази на день; 3-а доба – по 1 табл. 3 рази на день; 4-а – 14-а доба – 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; 2. Енеріон 0,2 (Серв'є Індастрі, Франція) по 1 табл. 2 рази на день після їди протягом 4 тижнів; 3. Персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні; 4. Трентал 0,1 (Санофія – Авантіс, Індія) по 2 табл. 2 рази на день після прийому їжі (під контролем кардіолога). Курс лікування – 14 днів; 5. При гіпосалівації – настій препарату рослинного походження мати-й-мачухи по 1 ст. ложці на 200мл гарячої перевареної води, настояти протягом 15 хв., вживати по ½ склянки 3 рази на день. Крім того, проводили: 1. 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; 2. Ультрафонофорез 1% розчину вітаміну РР (1 мл + гліцерин 1 мл) на область язика курсом 5-7 процедур щоденно.

З метою профілактики рецидиву глосодинії проводили диспансерне спостереження та призначення кожні півроку протирецидивного курсу при позитивному результаті лікування:

1. Нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія) по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця;
2. Персен (Сандос, Словенія) по 1 капс. 3 рази на день курсом 4 тижні; 3. Ультрафонофорез вітаміну РР (1 мл 1% розчину + 1 мл 80% водного розчину гліцерина) на язик курсом 5 процедур.

Лікування групи порівняння включало:

1. Нейровітан по 1 табл. 3 рази на день після прийому їжі протягом місяця;
2. Новопасит (Чехія) по 1 чайній ложці 2 рази на день після їди протягом місяця;
3. Кавінтон, 0,005 (ф. Гедеон Ріхтер, Угорщина) по 1 табл. 3 рази на день (під контролем кардіолога). Курс лікування – 14 днів;
4. 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;
5. Гальванічний комір за О. Ю. Щербаком: 1-а процедура тривалістю 6 хв з силою току 6 мА, з кожною наступною процедурою збільшували силу на 2 мА та 2 хв. Максимальна сила току – 16 мА, час –16 хв. Кількість процедур – 12 щоденно;
6. 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 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 слизової оболонки порожнини рота і шкіри припинились. Очевидно, це пов'язано, по-перше, із застосуванням блокад язикового нерва розчином лідокаїну, дія якого заснована на блокуванні руху натрієвих іонів через клітинну мембрану нейронів, що сприяє її стабілізації та попередження розповсюдженості потенціалу дії по нервових волокнах. По-друге, із застосуванням протисудомних препаратів «габапентину» та «лірика», які впливають на специфічні чутливі розлади, в тому числі парестезії, що обумовлені ураженням сомато-сенсорної нервової системи [145, 149, 154].

Механізм редукції парестетичних відчуттів цих препаратів обумовлений зв'язуванням  $\text{L}-2$ ,  $\text{V}-2$  – субодиниць вольтаж-залежних кальцієвих каналів, зменшуючи збуджуючий потік іонів кальцію в нервові клітини і глутаматзалежної загибелі нейронів та збільшення синтезу фізіологічно гальмуючого трансмітера збудження нейронів – ГАМК. 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 [151].

У процесі лікування хворих спостерігали нормалізацію бульбарних розладів: слиновиділення, смакової чутливості, відчуття обкладеності і одерев'янілості язика, враження чужерідного 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 «Херостом»сприяло підвищенню швидкості салівації 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 позитивний результат лікування встановлений лише у 50% пацієнтів II періоду зрілого і літнього віку, а регресія парестетичного синдрому – відповідно у 21,4 і 20%.

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. Проте, у складній системі організації доцільної поведінки, спрямованої до протистояння організму до мінливих умов навколишнього і внутрішнього середовища, особливе значення має вегетативна нервова система.

Застосування препарату енеріон, 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 ейтонією збільшилась у 8 разів, а з ваготонією зменшилась у 3 рази, з високим ступенем достовірності різниці відносно початкового рівня ( $p<0,05$ ).

У пацієнтів літнього віку спостерігались аналогічні позитивні зміни щодо вираженого 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. Відомо, що взаємодія вегетативних, вісцеральних, сенсомоторних та емоційних систем під час організації адаптаційної діяльності забезпечується надсегментарною вегетативною нервовою системою, яка використовує для цього сегментарні механізми [14, 16, 33, 117].

З урахуванням впливу препарату енеріон на регуляцію функцій лімбічної системи та ретикулярної формації, можна стверджувати про його значення у поліпшенні сну, позитивних емоцій, процесів інтеграції соматичної і вегетативної діяльності. Слід відмітити, що позитивний результат лікування хворих основної групи також пов'язаний з використанням вітаміну В1 у складі блокуючої суміші разом з лідокаїном, оскільки цей вітамін відіграє важливу роль у регуляції функції вегетативної нервової системи [5, 37]. 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 тону 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 – К). 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. Зазначені препарати, за даними авторів [5, 145, 148, 151], впливають на функції «головного держора» найважливіших фізіологічних процесів – ромбоподібної ямки довгастого мозку та підкоркових структур лімбічної системи і ретикулярної формації. 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 основної групи 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 структура 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 відобразалось 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 В1 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.

Протирецидивне 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 ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдулазимов М. С. Методы психотерапии в лечении больных с синдромом жжения полости рта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / М. С. Абдулазимов. – Москва, 2014. – 20 с.
2. Абуладзе В. Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. Ш. Абуладзе. – Москва, 2003. – 23 с.
3. Асанова А. А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами / А. А. Асанова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (14). – С. 82.
4. Банченко Г. В. Язык – «зеркало» организма : клиническое руководство для врачей / Банченко Г. В., Максимовский Ю. М., Гринин В. М. – М. : Б.и., 2000. – 407 с.
5. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – М. : Литтерра, 2006. – 568 с.
6. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология : [В 3 ч.] Ч. 3. Заболевание слизистой оболочки полости рта : учебник ; ред. Г. М. Барер. – М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. – 288 с.
7. Біохімічні показники в нормі і патології / [Бойків Д. П., Бондарчук Т. І., Іванків О. Л. та ін.] ; за ред. О. Я. Склярова. – К. : Медицина, 2007. – 320 с.
8. Біохімія органів ротової порожнини [Текст] / [Тарасенко Л. М., Юхновець Р. Я., Григоренко В. К. та ін.]. – Полтава, 1994. – 89 с.
9. Боровский Е. В. Атлас заболевания слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. – Москва : Медицина, 1991. – 317 с.
10. Боровский Е. В. Биология полости рта : монография / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М. : Медицина, 1991. – 304 с.

11. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон. – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 320 с.
12. Вавилов Т. П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта : учеб. пособие / Вавилов Т. П. – М. : Издат. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 201 с.
13. Вассерман Л. И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12–15.
14. Вдовина Л. В. Патогенетическое обоснование и клиническое применение препарата ликозоль в комплексном лечении глоссалгии : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / Л. В. Вдовина. – Москва, 2003. – 23 с.
15. Вебер В. Р. Лабораторные методы исследования / В. Р. Вебер, Т. Шевцова. – М. : Медицинское информационное агенство, 2008. – 390 с.
16. Вейн А. М. Болевые синдромы в неврологической практике / Вейн А. М. – Москва : Медпресс-инфо, 2001. – 125 с.
17. Вуйцик Н. Б. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований головы и шеи по данным комплексного ультразвукового исследования : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.19 «Лучевая диагностика» / Н. Б. Вуйцик. – М., 2008. – 25 с.
18. Габдрахманова А. Ф. Современные ультразвуковые исследования в комплексной диагностике заболеваний орбиты : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.08 «Глазные болезни» / А. Ф. Габдрахманова. – М., 2005. – 26 с.
19. Гараева А. Г. Клинические аспекты синдрома жжения полости рта в стоматологической практике : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / А. Г. Гараева. – Москва, 2003. – 25 с.

20. Гараева А. Г. Особенности клинических критериев синдрома жжения полости рта / А. Г. Гараева // Материалы науч.-практ. конф., посвященной 150 летию Н.Е. Введенского. – Волгоград, 2002. – С. 3–8.
21. Глоссалгический синдром в клинической практике / С. С. Чубенко, В. О. Гайдуков, О. А. Прилуцкая, Н. В. Мальцева // Крымский терапевтический журнал. – 2007. – № 2. – С. 68–70.
22. Гонський Я. І. Біохімія людини / Гонський Я. І., Максимчук Т. П., Калинський М. І. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 744 с.
23. Гришина Н. В. Психологические и нейрофизиологические особенности пациентов с синдромом жжения полости рта / Н. В. Гришина // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. – 1999. – № 1. – С. 39–41.
24. Данилевський М. Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Данилевський М. Ф., Леонтьев В. К., Несин А. Ф. – Москва : ОАО «Стоматология», 2001. – С. 392.
25. Денисов А. Б. Слюна и слюнные железы / Денисов А. Б. – М. : Изд-во РАМН, 2006. – 400 с.
26. Детская спортивная медицина : рук. [для врачей]; под ред. С. Б. Тифлинского, С. В. Хрущова. – [II изд. перераб. и доп.]. – М. : Медицина, 1991. – С. 28.
27. Динамика изменений биохимических показателей ротовой жидкости у детей с кариесом зубов / И. В. Ковач, Е. Н. Дичко, О. А. Макаренко, О. В. Деньга // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 68–72.
28. Дичко Є. Н. Больовий та парестетичний феномен слизової оболонки порожнини рота / Є. Н. Дичко, А. В. Вербицька, С. О. Карнаух // Медичні перспективи. – 2013. – № 1. – С. 51–53.
29. Дичко Є. Н. Дискримінаційна чутливість покривних тканин при глосалгії / Є. Н. Дичко, І. В. Ковач, Ю. В. Хотімська // Медичні перспективи. – 2012. – № 1. – С. 91–93.

30. Дичко Є. Н. Особливості смакової чутливості при глосалгії / Є. Н. Дичко, П. Л. Срібник, Н. О. Лисюк // Медичні перспективи. – 2012. – № 2. – С. 71–74.
31. Дичко Є. Н. Порушення балансу гемодинаміки та чутливості покривних тканин у хворих на глосалгію / Є. Н. Дичко, М. В. Василішина, П. Л. Срібник // Медичні перспективи. – 2008. – № 4. – С. 143–145.
32. Дичко Є. Н. Термінологія больового та парестетичного синдрому слизової оболонки порожнини рота / Є. Н. Дичко, А. В. Самойленко // Медичні перспективи. – 2013. – № 1. – С. 11–14.
33. Дычко Е. Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгии / Е. Н. Дычко, В. Н. Миртовская // Стоматология. – 1990. – № 6. – С. 38–39.
34. Дычко Е. Н. Обоснование лечебной коррекции глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач // Вісник стоматології. – 2008. – № 2. – С. 24–26.
35. Евдокимов В. И. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни / В. И. Евдокимов, А. И. Федотов // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 63–71.
36. Евдокимов В. И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни / В. И. Евдокимов, Д. В. Зайцев, А. И. Федотов // Весник психиатрии. – 2008. – № 27. – С. 102–131.
37. Заболевания вегетативной нервной системы / [Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л. и др.]. – Москва : Медицина, 1991. – 624 с.
38. Значення калікреїн-кінінової системи в патогенезі глосалгії / Є. Н. Дичко, І. В. Ковач, І. А. Романюта [та ін.] // Медичні перспективи. – 2012. – № 1. – С. 110–113.
39. Иванов С. В. Современные серотонинергические антидепрессанты в терапии панического расстройства / С. В. Иванов, Е. Б. Кадушина, Т. А. Захарчук // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 2. – С. 95–98.

40. Иорданишвили А. К. Стомалгии: проблемы и возможности их лечения / А. К. Иорданишвили // Пародонтология. – 2001. – № 1. – С. 51–61.
41. Иорданишвили А. К. Стомалгия у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения / А. К. Иорданишвили, Д. А. Либих, Г. А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 50–53.
42. Казарина Л. Н. Патогенетическое обоснование и клиническое применение озono- и гирудотерапии в комплексном лечении глоссалгии : автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / Л. Н. Казарина. – Москва, 2000. – 40 с.
43. Казарина Л. Н. Роль стресса в возникновении глоссалгии и обоснование лечения / Л. Н. Казарина, В. М. Безруков // Стоматология. – 2001. – № 3. – С. 17–19.
44. Карлов В. А. Неврология лица / Карлов В. А. – Москва : Медицина, 1991. – 288 с.
45. Качуровская В. О. Повышение кариесрезистентности постоянных зубов в период их минерализации : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. О. Качуровская. – Киев, 2006. – 17 с.
46. Клинико-нейрофизиологические сопоставления при синдроме жжения полости рта / Н. В. Гришина, М. Н. Пузин, М. Ю. Герасименко [та ін.] // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. – 1999. – № 3. – С. 28–31.
47. Клинический опыт применения двухмерного ультразвукового исследования придаточных пазух носа при синуситах в амбулаторной практике / С. А. Васильченко, Т. А. Сергеева, Л. Н. Валитова [и др.] // Медицинский журнал «SonoAce – Ultrasound». – 2011. – № 22. – С. 72–77.
48. Корекція якості життя при глосалгії / Є. Н. Дичко, І. В. Ковач, Ю. В. Хотімська, О. Г. Гапоненко // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 3. – С. 12–15.

49. Косенко К. Н. Профилактическая гигиена полости рта [Текст] / К. Н. Косенко, Т. П. Терешина. – Одесса : Изд-во КПОГТ, 2003. – 288 с.
50. Кречина Е. К. Оценка состояния гемомикроциркуляции в тканях пародонта по данным лазерной и ультразвуковой доплерографии / Е. К. Кречина, В. В. Маслова, С. А. Фролова // Стоматология. – 2007. – № 7. – С. 45–48.
51. Куапдыков Е. К. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного / Е. К. Куапдыков, Ж. К. Абдрахманов // Валеология. – 2010. – № 3. – С. 9–12.
52. Кулигіна В. М. Динаміка змін показників біофізичного дослідження ротової рідини та рівня гігієни порожнини рота в підлітків із множинним карієсом зубів після лікування та проведення вторинної профілактики / В. М. Кулигіна, Л. Ф. Курдиш // Современная стоматология. – 2010. – № 4. – С. 87–89.
53. Кулигіна В. М. Патогенетичне обґрунтування комплексного лікування та профілактики запальних і деструктивних захворювань червоної кайми губ: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. М. Кулигіна. – Київ, 2003. – 43 с.
54. Кулигіна В. М. Показники стану гігієни порожнини рота та її біоценозу у підлітків з множинним карієсом зубів / В. М. Кулигіна, Л. Ф. Курдиш, Л. Г. Діденко // Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів, (Ужгород, 23-24 вересня 2011 р.). – Ужгородський національний університет : ВАТ «Видавництво Закарпаття», 2011. – С. 95–96.
55. Кулыгина В. Н. Ультразвуковая характеристика гемодинамики губ у больных с воспалительными и деструктивными хейлитами / В. Н. Кулыгина, Л. Г. Диденко // Современная стоматология. – 2005. – № 1. – С. 78–82.

56. Курдиш Л. Ф. Лікування, профілактика та прогнозування множинного карієсу зубів у підлітків : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л. Ф. Курдиш. – Львів, 2011. – 20 с.
57. Ларинова Л. В. Кандидоз и глоссодиния / Л. В. Ларинова, Е. П. Ганжа // Український медичний альманах. – 2004. – № 2. – С. 90–91.
58. Лебедева М. О. Соматоформные расстройства (аспекты конституционального предрасположения) / М. О. Лебедева // Ипохондрия и соматоформные расстройства ; под ред. А. Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 64–78.
59. Лелюк В. Г. Ультразвуковая ангиология / В. Г. Лелюк, С. Э. Лелюк. – М. : Реальное Время, 2003. – 324 с.
60. Литвинова Е. Н. Сравнительный анализ лазерной и ультразвуковой доплерографии в оценке тканевого кровотока при заболеваниях пародонта : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / Е. Н. Литвинова. – М., 2010. – 25 с.
61. Луцкая И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Луцкая И. К. – Москва : Медицинская литература, 2014. – 288 с.
62. Лучшие психологические тесты для профессионального отбора и профессиональной ориентации. Описание и руководство к использованию / отв. ред. А. Ф. Кудряшов. – Петрозаводск : Изд-во «Петрокон», 1992. – 318 с.
63. Львова Л. Стомалгия – современная трактовка проблемы / Л. Львова // Коллегиум. – 2008. – № 6. – С. 17–20.
64. Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста / Ф. Т. Малыхин // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11–18.
65. Метаболизм электролитов при глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко, И. А. Романюта // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 2. – С. 23–25.

66. Минвалеев Р. С. Вегетативный индекс Кердо: индекс для оценки вегетативного тонуса, вычисляемый из данных кровообращения ; пер. с нем. // Спортивна медицина. – 2009. – № 1–2. – С. 33–44.
67. Митьков В. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике : [в 5 т.] / Митьков В. В. – М. : Видар, 2007. – Т. 4. – 281 с.
68. Михальченко В. Ф. Диагностика и дифференциальная диагностика кариеса зубов и его осложнений : учеб. пособие / Михальченко В. Ф., Рукавишникова Л. И., Триггос Н. Н. – М. : АОр НПП «Джагар», 2006. – 103 с.
69. Мусаева Н. Э. Качество жизни больных при раке молочной железы / Н. Э. Мусаева, Ю. А. Дыхно, Е. М. Слонимская // Сибирский онкологический журнал. – 2005. – № 2. – С. 50–51.
70. Надточий А. Г. Ультразвуковое исследование челюстно - лицевой области / А. Г. Надточий // Медицинский журнал «SonoAce – Ultrasound». – 2010. – № 21. – С. 79–88.
71. Николаенко Е. В. Психокоррекция в комплексном лечении больных с синдромом жжения полости рта : автореф. дис. на соискание уч. степени : спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / Е. В. Николаенко – Москва, 2009. – 21 с.
72. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : ОЛМА медиагрупп, 2007. – 314 с.
73. Орлов М. Н. Лечение глоссалгии методом чрескожной электростимуляции с одновременным воздействием на точки акупунктуры / М. Н. Орлов, Н. Н. Гаража // Проблемы нейростоматологии. – 2000. – № 3. – С. 29–32.
74. Оцінка ролі симпато-адреналової системи в патогенезі глосалгії / І. В. Ковач, Є. Н. Дичко, Ю. В. Хотімська, Т. В. Срібник // Медичні перспективи. – 2012. – № 3. – С. 124–127.
75. Патогенетические обоснования и клинические применения препарата ликозоль в комплексном лечении глоссалгии / Л. В. Вдовина, Л. Н. Казарина, А. И. Воложин, Е. В. Истранова // Стоматология. – 2005. – № 2. – С. 46–49

76. Показатели активности калликреин-кининовой системы при глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Самойленко [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 1. – С. 3–4.
77. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А. А. Новик Т. И. Ионова, Ю. А. Сухонос [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
78. Поліщук О. В. Обґрунтування комплексної профілактики і лікування захворювань пародонта, поєднаних з дисбактеріозом кишечника : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. В. Поліщук. – Львів, 2012. – 18 с.
79. Пономарева И. Г. Глоссалгия при дисплазии соединительной ткани : автореф. дис. на соскание уч. ступени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. Г. Пономарьова. – Москва, 2008. – 22 с.
80. Попруженко Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний [Текст] / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 463 с.
81. Применение электросна в лечении синдрома жжения полости рта / Н. В. Гришина, М. Н. Пузин, М. Ю. Герасименко, Л. Г. Турбина // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. – 1999. – № 4. – С. 28–32.
82. Профілактика стоматологічних захворювань : навч. посібник ; за ред. Н. І. Смоляр, О. М. Гуменюк. – Львів : Вид-во «Магнолія-2006», 2012. – 364 с.
83. Пузин М. Н. Нейростоматологические заболевания / Пузин М. Н. – Москва : Медицина, 1997. – 368 с.
84. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA : уч. пособие / Реброва О. Ю. – М. : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
85. Роль метаболизма липидов и катехоламинов в патогенезе глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, В. А. Вовк, П. Л. Срибник // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 2. – С. 54–55.

86. Романенко О. М. Короткохвильова терапія при гангліоніті верхнього шийного симпатичного вузла та глосодинії / О. М. Романенко, М. М. Колотилов // Новини стоматології. – 2003. – № 2. – С. 22–24.
87. Сиволов С. И. Глоссалгия: определение, клиническая картина, дифференциальный диагноз (алгоритмический подход), принципы лечения / С. И. Сиволов // Стоматолог. – 2003. – № 9. – С. 22–25.
88. Синдром жжения полости рта / М. Ю. Максимова, Н. А. Синева, Н. П. Водопьянов, Е. Т. Суанова // Терапевтический архив. – 2014. – № 1. – С. 107–110.
89. Скуридин П. Й. Неврологические аспекты синдрома жжения полости у пациентов пожилого возраста / П. Й. Скуридин, М. Н. Пузин // Сборник научно-практической конференции стоматологов. – 2002. – С. 21–27.
90. Скуридин П. И. Патогенетические варианты и дифференцированная терапия синдрома жжения полости рта : автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / П. И. Скуридин. – Москва, 2010. – 33 с.
91. Смоляр Н. І. Вікові особливості ротової рідини у дітей дошкільного віку / Н. І. Смоляр, І. С. Дубецька-Грабоус // Вісник стоматології. – 2011. – № 3. – С. 73–74.
92. Собчик Л. Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМИЛ-адаптированный тест ММРІ / Собчик Л. Н. – Москва, 2002. – 133 с.
93. Стоматологічна профілактика у дітей : навч. посібник / [Хоменко Л. О., Шматко В. І., Остапко О. І. та ін.]. – К. : ІСДО, 1993. – 192 с.
94. Структура особистості та невротичні симптоми у пацієнтів при глосалгії та стомалгії / А. Ю. Кордіяк, О. О. Фільц, В. Ф. Макєєв, Р. В. Кечур // Львівський медичний часопис. – 2002. – № 1. – С. 7–11.

95. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические расстройства / С. Г. Сукиасян, Н. Г. Мамасян, С. С. Чшмаритян // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2000. – № 2. – С. 57–61.
96. Сучасна фізіотерапія та діагностика в стоматології. Навчальний посібник / А. М. Потапчук, П. П. Добра, В. В. Русин, О. Ю. Рівіс. – Ужгород: Видавництво ФОП Бреза А.Е., 2012. – 450 с.
97. Терапевтична стоматологія / [Ніколішин А. К., Ждан В. М., Борисенко А. В. та ін.] ; за ред. А. К. Ніколішина. – [Т. 1]. – П. : Дивосвіт, 2012. – 392 с.
98. Терапевтична стоматологія : підручник [У 4 т.]. Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Антоненко М. Ю., Сідельникова Л. Ф.]. – К. : Медицина, 2010. – 640 с.
99. Терапевтична стоматологія дитячого віку : підручник [для студ. мед. вузів] / [Хоменко Л. О., Остапко О. І., Кононович О. Ф., Шматко В. І. та ін.]. – К. : «Книга плюс», 2001. – 524 с.
100. Трофимова Е. Ю. Ультразвуковое исследование лимфатических узлов / Е. Ю. Трофимова // Медицинский журнал «SonoAce-Ultrasound». – 2008. – № 18. – С. 59–64.
101. Трошин В. Д. Болевые синдромы в практике стоматолога / В. Д. Трошин, Е. Н. Жулев. – Нижний Новгород : НГМА, 2002. – 424 с.
102. Ультразвуковая доплерография в оценке состояния гемодинамики в тканях шеи, лица и полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях / [Козлов В. А., Артющенко Н. К., Шалак О. В. и др.]. – СПб. : СП Минимакс, 2000. – 31 с.
103. Ушакова Л. Ю. Ультразвуковое исследование сосудов / Л. Ю. Ушакова // Медицинские новости. – 2009. – № 13. – С. 12–16.
104. Фізіологія : навч.-метод. посібник [для студентів медичного факультету]. Модуль 1: Загальна фізіологія / [Мороз В. М., Братусь Н. В., Йолтухівський М. В. та ін.]. – Вінниця, 2009. – 80 с.

105. Характер микроциркуляции в полости рта при глоссалгии / Е. Н. Дычко, И. В. Ковач, А. В. Штомпель, Т. Н. Биденко // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 2. – С. 31–34.
106. Хубаев С. З. Глоссодиния: современные аспекты диагностики и лечения : автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / С. З. Хубаев. – Москва, 2014. – 36 с.
107. Хубаев С. З. Диагностические и лечебные подходы при глоссодинии / С. З. Хубаев // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2013. – № 3. – С. 35–37.
108. Хубаев С. З. К вопросу организации медицинской помощи пациентам с глоссодинией / С. З. Хубаев, К. Г. Караков // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2010. – № 4. – С. 32–34.
109. Хубаев С. З. Клинико-синдромальные особенности глоссодинии в рамках соматоформных расстройств, дифференциация глоссодинии от иных, схожих по симптомам расстройств / С. З. Хубаев, К. Г. Караков // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2010. – № 3. – С. 28–30.
110. Хубаев С. З. Клиническая гетерогенность глоссодинии в рамках органического невроза / С. З. Хубаев, М. Н. Пузин // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2012. – № 2. – С. 14–16.
111. Хубаев С. З. Современные клинические и диагностические аспекты глоссодинии / С. З. Хубаев, К. Г. Караков // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2013. – № 1. – С. 20–22.
112. Хубаев С. З. Современный комплексный подход к лечению пациентов с глоссодинией / С. З. Хубаев // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2010. – № 2. – С. 43–45.
113. Хубаев С. З. Стоматологические аспекты глоссодинии / С. З. Хубаев, К. Г. Караков // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2014. – № 1. – С. 35–37.

114. Хубаев С. З. Структура психосоматических соотношений при глоссодинии / С. З. Хубаев, К. Г. Караков // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 32–34.
115. Шапошников Ю. Ю. Исследования качества жизни больных после хирургического лечения / Ю. Ю. Шапошников, Н. Ю. Шапошников // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 115–122.
116. Яворская Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Яворская Е. С. – Москва : Медкнига, 2007. – 56 с.
117. Яворская Е. С. Дифференциальная диагностика глоссодинии и симптоматического стоматита при сахарном диабете / Е. С. Яворская, Д. Г. Шотиди // Вісник стоматології. – 1998. – № 3. – С. 58–59.
118. Яворская Е. С. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-бульбарного синдрома : автореф. дис. на соискание уч. степени док. мед. наук / Е. С. Яворская. – Киев, 1972. – С. 42.
119. A pilot study: stability of psychiatric diagnoses over 6 months in burning mouth syndrome / M. Nicholson, G. Wilcinson, E. Field [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2000. – № 49. – С. 1–2.
120. Al Quran F. Psychological profile in burning mouth syndrome / Al Quran // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2004. – № 97. – С. 339–344.
121. Amos K. Combined topical and systemic clonazepam therapy for the management of burning mouth syndrome: a retrospective pilot study / K. Amos, S. C. Yeoh, C. S. Farah // J. Orofac. Pain. – 2011. – № 25. – С. 125–130.
122. Are patient with glossodynia unremarkable? A hard – to – grasp psychodiagnostic disease // V. Nicmeier, I. Kupfer, W. Hardt [et al.] // Psychoter. Psychosom. Med. Psychol. – 2002. – Vol. 52, № 9–10. – P. 425 – 432.
123. Bergdahl J. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome / J. Bergdahl, G. Anneroth, H. Perris // J. Oral Pathol. Med. – 1995. – № 25. – С. 213–215.

124. Bergdahl M. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors / M. Bergdahl, J. Bergdahl // *J. Oral Pathol. Med.* – 1999. – № 28. – С. 350–354.
125. Botha P. J. A literature review and pilot study to characterise the treatment of burning mouth syndrome / P. J. Botha, P. van der Bijl, A. D. van Eyk // *SADJ.* – 2001. – № 56. – С. 353–358.
126. Bouhassira D. Investigation of the paradoxical painful sensation / D. Bouhassira, D. Kern, J. Rouaud // *Pain.* – 2005. – № 114. – С. 160–167.
127. Bowling A. Measuring disease: a review of disease – specific quality of life measurement scales / Bowling A. – Philadelphia : Open University Press, 1996. – 374 p.
128. Burning mouth complains: clinical characteristics of a brazilian sample / C. Nasri, M. Teixeira, M. Okado [et al.]. // *Clinical science.* – 2007. – № 62. – С. 561–566.
129. Burning mouth syndrome as a trigeminal small fibre neuropathy: Increased heat and capsaicin receptor TRPV1 in nerve fibres correlates with pain score / Z. Yilmaz, T. Renton, Y. Yiangou [et al.] // *Journal of Clinical Neuroscience.* – 2007. – № 14. – С. 864–871.
130. Burning mouth syndrome: Correlation of treatment to clinical variables of the disease / J. Silvestre-Rangil, F. J. Silvestre, C. Tamarit-Santafe, D. Bautista // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2011. – № 25. – P. 125–130.
131. Burning mouth syndrome: the role of contact hypersensitivity / R. Marino, P. Capaccio, L. Pignataro, F. Spadari // *Oral Dis.* – 2009. – № 15. – С. 255–258.
132. Carlson C. R. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome / C. R. Carlson, C. S. Miller, K. I. Reid // *J. Orofac. Pain.* – 2000. – № 14. – P. 59–64.

133. Central mechanism in burning mouth syndrome involving the olfactory nerve: a preliminary study / M. Siviero, M. J. Teixeira, J. T. Siquera, S. R. Siquera // *Clinics (Sao Paulo)*. – 2011. – № 66. – P. 509–512.
134. Cerchiari D. P. Burning mouth syndrome: etiology / D. P. Cerchiari, R. D. De Moricz, F. A. Sanjar // *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* – 2006. – № 72. – P. 419–423.
135. Characterization of Maxillofacial soft tissue vascular anomalies by ultrasound and color Doppler imaging: an adjuvant to computed tomography and magnetic resonance imaging / L. Gold, L. N. Nazarian, A. S. Jobar, V. M. Rao // *American association of oral and maxillofacial surgeons*. – 2003. – Vol. 61. – P. 19–31.
136. Gift H. C. Oral health as index a quality of life / H. C. Gift, K. A. Atchison // *Med. Care*. – 1995. – Vol. 33, № 11. – P. 57–77.
137. Gorsky M. Clinical characteristics and management outcome in burning mouth syndrome / M. Gorsky, S. Silverman, H. Chinn // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1991. – Vol. 72. – P. 192–195.
138. Gremeau-Richard C. Topical clonazepam in stomatodynia: a randomomised placebo-controlled study / C. Gremeau-Richard, A. Woda, M. L. Navez // *Pain*. – 2004. – № 108. – C. 51–57.
139. Grenberg M. S. *Burket's Oral Medicine. Diagnosis & Treatment [Text]* / M. S. Grenberg, M. Glick. – BC Decker Inc, 2003. – 658 p.
140. Group phychotherapy: an additional approach to burning mouth syndrome / I. D.Miziara, B. C. Filho, R. Oliveira, R. M. Rodrigues dos Santos // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – № 67. – P. 443–448.
141. Hakeberg M. Burrnung mouth syndrome: experiences from the perspective of female patients / M. Hakeberg, L. R. Hallberg, U. Berggren // *Eur. J. Oral Sci.* – 2003. – № 111. – P. 305–311.

142. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome / S. C. Danhauer, C. S. Miller, N. L. Rhodus, C. R. Carlson // *J. Orofac. Pain.* – 2002. – № 16. – P. 305–311.
143. Jaaskelainen S. K. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome / S. K. Jaaskelainen // *Clin. Neurophysiol.* – 2012. – № 123. – P. 71–77.
144. Kang Y. Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation / Y. Kang, R. Bahler // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* – 2004. – № 1. – P. 71–76.
145. Kato I. T. Low-level laser therapy in burning mouth syndrome patients: a pilot study / I. T. Kato, V. D. Pellegrini, R. A. Prates // *Photomed. Laser Surg.* – 2010. – № 28. – P. 835–839.
146. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry / Hienz Katsching // *Psychological Medicine.* – 1998. – № 28. – P. 159–164.
147. Levenson J. L. Burning mouth syndrome as a side effect of SSRIs / J. L. Levenson // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – № 64. – P. 336–337.
148. Lopez-D'alessandro E. Combination of alpha lipoic acid and gabapentin, its efficacy in treatment of Burning Mouth Syndrome / E. Lopez-D'alessandro, L. Escovich // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2011. – № 16. – P. 635–640.
149. Lopez-Jornet P. Burning mouth syndrome: an update / P. Lopez-Jornet, F. Camacho-Alonso, P. Andujar-Mateos // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2010. – № 15. – P. 562–568.
150. Maresky L. S. Burning mouth syndrome. Evaluation of multiple variables among 85 patients / L. S. Maresky, P. van der Bijl, I. Gird // *Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1993. – № 75. – P. 192–195.
151. Minguez Serra M. P. Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis / M. P. Minguez Serra, C. Salort Llorca, F. J. Sivestre Donat // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2008. – № 13. – P. 167–170.

152. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic of the literature from 1974 to 2007 / A. Montazeri // *J. Exp. Clin. Cancer Res.* – 2008. – № 27. – P. 32.
153. Murty G. E. Thev etiology and managment of glossodynia / G. E. Murty, B. J. Fawcett // *Br. J. Clin. Pract.* – 1990. – № 10. – P. 389–392.
154. Nakase M. Effects of near-infrared irradiation to stellate ganglion in glossodynia / M. Nakase, K. Okumura, T. Tamura // *Oral Dis.* – 2004. – № 10. – P. 217–220.
155. Orley J. Quality of life and mental illness / J. Orley, S. Saxena, H. Herrman // *The British J. of Psychiatry.* – 1998. – № 172. – P. 291–293.
156. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales / L. Rojo, F. J. Silvestre, J. V. Bagan, T. De Vincente // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1993. – № 75. – P. 308–311.
157. Salort-Liorca C. Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis / C. Salort-Liorca, M. P. Miguez-Serra, F. J. Silvestre // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2008. – № 13. – P. 167–170.
158. Satob T. Clinical and fundamental investigation on recurrent glossodynia / T. Satob // *Nippon Ishinkin Gakkai Zassbi.* – 2004. – Vol. 45, № 4. – P. 233–237.
159. Savage N. W. Burning mouth syndrome: patient management / N. W. Savage // *Aust. Dent. J.* – 1996. – № 41. – P. 363–366.
160. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome / H. Forssell, S. Jaaskelainen, O. Tenovuo, S. Hinkka // *Pain.* – 2002. – № 99. – P. 41–47.
161. Silvestre F. J. Burning mouth syndrome: concepts review and update / F. J. Silvestre, C. Serrano // *Med. Oral.* – 1997. – № 2. – P. 30–38.
162. The WHOOL group. Development of the WORLD Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment // *Psychol. Med.* – 1998. – Vol. 3. – P. 551–558.

163. Trask P. C. Other paradigms: health-related quality of life as a measure in cancer treatment: its importance and relevance / P. C. Trask, M. A. Hsu, R. McQuellon // *Cancer J.* – 2009. – № 15. – P. 435–440.
164. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management / A. Scala, L. Checchi, M. Montevercchi [et al.] // *Crit. Rev. Oral Biol. Med.* – 2003. – № 14. – P. 275–291.
165. Ware J. E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure SF - 36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view / J. E. Ware // *BMJ.* – 1993. – Vol. 306. – P. 1429–1430.
166. Zakrzewska J. M. Facial pain: an update / J. M. Zakrzewska // *Curr. Opin. Support Palliat Care.* – 2003. – № 3. – P. 125–130.

## ДОДАТОК 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з навчально-методичної роботи ВДНЗУ  
«Українська медична стоматологічна академія»

д. мед. н., проф. В. М. Бобирьов

06 2015 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до навчального процесу

1. Найменування пропозиції до впровадження: метод комплексного лікування хворих на глосодинію.
2. Установа, автор: кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; автор Дорош Ірина Олександрівна.
3. Джерело інформації:  
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.
4. Впроваджено: на кафедрі терапевтичної стоматології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія».
5. Включено: в лекційний курс та практичні заняття з тем «Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях травного тракту, серцево – судинної, ендокринної, нервової системи, крові та кровотворних органів. Клініка, діагностика, лікування», «Неврогенні захворювання язика. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика»
6. Результати впровадження: використання результатів дослідження в навчальному процесі дозволяє поглибити знання студентів про вплив місцевих та загальних факторів на механізм розвитку захворювання, його коректне лікування та профілактику рецидивуглосодинії.
7. Термін впровадження: 2014 – 2015 навчальний рік.

Зауваження та пропозиції: не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

*Заслужано на нар. засіданні /пр. н. 21 кр. 28.05.2015*

Завідувач кафедри терапевтичної стоматології

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

д. мед. н., професор



Петрушанко Т.О.

## ДОДАТОК 2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція  
 Головний лікар  
 «КЗ» ВОПНЛ ім. академіка О.І. Ющенка  
 Заслужений лікар України,  
 Ключко В.Л.  
 \_\_\_\_\_ року



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції до впровадження: метод комплексного лікування хворих на глосодінію
2. Установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по-батькові авторів: Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; автор Дорош Ірина Олександрівна
3. Джерело інформації:
  - Кулигіна В.М. Динаміка показників доплерографічного дослідження гемодинаміки arteria profunda linguae в процесі лікування хворих на глосодінію / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №5-6. – С. 28-31.
4. Найменування лікувально – профілактичного закладу: впроваджено у лікувальний процес «КЗ» ВОПНЛ ім. академіка О.І. Ющенка, 21005, м. Вінниця, вул. Пирогова, 109
5. Строки впровадження: з 2014 по даний час
6. Загальна кількість спостережень – 13
7. Ефективність впровадження відповідно з критеріями, викладеними в джерелі інформації:

Показники	За даними	
	авторів, які пропонують впровадження	організація, що впровадила
Ефективність комплексного лікування хворих на глосодінію	Підвищити ефективність лікування та запобігання рецидиву у хворих на глосодінію.	Запропонований метод сприяв зменшенню ознак вегетативної дисфункції та парестетичного впливу, нормалізації психо – емоційної сфери, зменшенню

		внутрішнього протириччя та усуненню канцерофобій після 2- курсів у 8-и хворих (77%)
--	--	--

8. Зауваження та пропозиції: рекомендовано для впровадження в практику стоматологічних відділень закладів охорони здоров'я та стоматологічних поліклінік.
9. Відповідальний за впровадження:

нач. мед. частини Кучерук С.О.

«01» 09 2015 р.



## ДОДАТОК 3

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з навчальної роботи  
Вінницького національного  
медичного університету  
імені М.І. Пирогова  
проф. Ю.Й. Гумінський



«13» 09 року

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

матеріалів дисертаційної роботи до навчального процесу

1. Найменування пропозиції до впровадження: **метод комплексного лікування хворих на глосодинію**
2. Установа, автор: **Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; автор Дорош Ірина Олександрівна**
3. Джерело інформації:
  - 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.
4. Впроваджено: **на кафедрі терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Приогова.**
5. Включено: **в лекційний курс та практичні заняття з тем « Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях травного тракту, серцево – судинної, ендокринної, нервової систем. Клініка, діагностика та тактика лікаря – стоматолога », «Неврогенні захворювання язика. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика»**
6. Результати впровадження: **Використання результатів дослідження в навчальному процесі дозволяє поглибити знання студентів про вплив місцевих та загальних факторів на механізм розвитку захворювання, його коректне лікування та профілактику рецидиву.**
7. Термін впровадження: **2014 – 2015, 2015 - 2016 навчальні роки.**
8. Зауваження та пропозиції: **Не вносилися.**

Відповідальний за впровадження:

в.о. завідувача кафедри терапевтичної стоматології

Вінницького національного медичного

університету імені М.І. Пирогова

доцент к. мед. н.

М.М. Шінкарук – Диковицька

## ДОДАТОК 4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головний лікар МКП «МСЦ»  
 м. Вінниця  
 Цибулюк А.Я.  
 «15» \_\_\_\_\_ 2015 року



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції до впровадження: метод комплексного лікування хворих на глосодинію
2. Установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по-батькові авторів: Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; автор Дорош Ірина Олександрівна
3. Джерело інформації:
  - 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.
4. Впроваджено по плану впровадження 2014 – 2015 р. Місце впровадження: терапевтичне відділення МКП «МСЦ», вул. Келецька 68, 21021
5. Строки впровадження: з 2014 по даний час
6. Загальна кількість спостережень – 15
7. Ефективність впровадження відповідно з критеріями, викладеними в джерелі інформації:

Показники	За даними	
	авторів, які пропонують впровадження	організація, що впровадила
Ефективність комплексного лікування хворих на глосодинію	Підвищення ефективності лікування та запобігання рецидиву у хворих на глосодинію.	Запропонований метод дозволяє забезпечити зниження частоти та яскравості основних клінічних ознак захворюваності: парестезій, порушення слиновиділення, відчуття обкладеності язика та фібрилярних посмикувань після проведених двох курсів у 11-ти хворих (73%)

8. Зауваження та пропозиції: рекомендовано для впровадження в практику стоматологічних відділень закладів охорони здоров'я та стоматологічних поліклінік.
9. Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря з

мед. частини Онуфрієва Л.М.

«15» Відсіва 2015 р.



## ДОДАТОК 5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Керівник установи, в якій впроваджена пропозиція  
 Головний лікар  
 ПрАТ «Обласна стоматологічна поліклініка»  
 Заслужений лікар України  
 Люля І.І.  
 «13» 09 2015 року



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції до впровадження: метод комплексного лікування хворих на глосодинію
2. Установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я, по-батькові авторів: Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; автор Дорош Ірина Олександрівна
3. Джерело інформації:
  - 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.
4. Найменування лікувально – профілактичного закладу: впроваджено у лікувальний процес ПрАТ «Обласна стоматологічна поліклініка», 21050, м. Вінниця, вул. Грушевського, 16
5. Строки впровадження: з 2014 по даний час
6. Загальна кількість спостережень – 11
7. Ефективність впровадження відповідно з критеріями, викладеними в джерелі інформації:

Показники	За даними	
	авторів, які пропонують впровадження	організація, що впровадила
Ефективність комплексного лікування хворих на глосодинію	Підвищити ефективність лікування та запобігти рецидиву у хворих на глосодинію.	Запропонований метод дозволяє забезпечити редукцію лікування парестетичних симптомів та нормалізацію бульбарних розладів після проведених 2-курсів у 8-и хворих (73%)

8. Зауваження та пропозиції: рекомендовано для впровадження в практику стоматологічних відділень закладів охорони здоров'я та стоматологічних поліклінік.

9. Відповідальний за впровадження:

нач. мед. частини Безпечна Л.А.

« 15 » 09 \_\_\_\_\_ 2015 р.

 \_\_\_\_\_

## ДОДАТОК 6

### ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (Вейн А.М., 2001г.)

Пациент

Возраст

	Да	Баллы	Нет
1. Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность			
а) покраснению лица	Да	3	Нет
б) побледнению лица	Да	3	Нет
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание:			
а) пальцев кистей, стоп	Да	3	Нет
б) целиком кистей, стоп	Да	4	Нет
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность):			
а) пальцев кистей, стоп	Да	5	Нет
б) целиком кистей, стоп	Да	5	Нет
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость? В случае ответа «да» подчеркните слово «постоянная» или «при волнении»	Да	4	Нет
5. Бывают ли у Вас часто ощущения сердцебиения, «замирания» «остановки сердца»	Да	7	Нет
6. Бывают ли у Вас часто ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа «да» уточните: при волнении, в душном помещении (подчеркните нужное)	Да	7	Нет
7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочнокишечного тракта: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли?	Да	6	Нет
8. Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство, что можете его потерять)? Если «да» то уточните условия: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении (подчеркнуть нужное слово).	Да	7	Нет
9. Бывают ли у вас приступообразные головные боли? Если «да» уточните: диффузные или только половина головы, «вся голова» сжимающие или пульсирующие (нужное подчеркнуть).	Да	7	Нет
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость?	Да	5	Нет
11. Отмечаете ли Вы нарушения сна? В случае ответа «да» уточните: а) трудность засыпания; б) поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; в) чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром.	Да	5	Нет

Если общее количество баллов равно или более 15, предполагается наличие синдрома вегетативной дистонии.

## ДОДАТОК 7

Личностный опросник Ганс и Сибиллы Айзенк (PEN)

Бланк ответов

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

номер №п/п	ответ		номер №п/п	ответ		номер №п/п	ответ		номер №п/п	ответ	
	да	нет		да	нет		да	нет		да	нет
1.			26.			51.			76.		
2.			27.			52.			77.		
3.			28.			53.			78.		
4.			29.			54.			79.		
5.			30.			55.			80.		
6.			31.			56.			81.		
7.			32.			57.			82.		
8.			33.			58.			83.		
9.			34.			59.			84.		
10.			35.			60.			85.		
11.			36.			61.			86.		
12.			37.			62.			87.		
13.			38.			63.			88.		
14.			39.			64.			89.		
15.			40.			65.			90.		
16.			41.			66.			91.		
17.			42.			67.			92.		
18.			43.			68.			93.		
19.			44.			69.			94.		
20.			45.			70.			95.		
21.			46.			71.			96.		
22.			47.			72.			97.		
23.			48.			73.			98.		
24.			49.			74.			99.		
25.			50.			75.			100.		
									101		

Инструкция к тесту:

Вам предлагается ответить на 101 вопрос. Отвечайте быстро и точно. Помните, что нет правильных или неправильных вариантов ответов, есть типичные ситуации и ваши реакции на них. Если вы согласны с утверждением, поставьте рядом с его номером знак + (да), если нет, поставьте рядом с его номером знак — (нет).

Содержание теста:

1. У вас много различных хобби?
2. Вы обдумываете предварительно то, что собираетесь сделать?
3. У вас часто бывают спады и подъемы настроения?
4. Вы претендовали когда-нибудь на похвалу за то, что в действительности сделал другой человек?
5. Вы разговорчивый человек?
6. Вас беспокоило бы то, что вы залезли в долги?
7. Вам приходилось чувствовать себя несчастным человеком без особых на то причин?
8. Вам случалось когда-нибудь пожадничать, чтобы получить больше, чем вам полагалось?
9. Вы тщательно запираете дверь на ночь?
10. Вы считаете себя жизнерадостным человеком?
11. Увидев, как страдает ребенок, животное, вы бы сильно расстроились?
12. Вы часто переживаете из-за того, что сделали или сказали что-то, чего не следовало бы делать или говорить?
13. Вы всегда исполняете свои обещания, даже если лично вам это очень неудобно?
14. Вы получили бы удовольствие, прыгая с парашютом?
15. Способны ли вы дать волю чувствам и от души повеселиться в шумной компании?
16. Вы раздражительны?
17. Вы когда-нибудь обвиняли кого-нибудь в том, в чем на самом деле были виноваты сами?
18. Вам нравится знакомиться с новыми людьми?
19. Вы верите в пользу страхования?
20. Легко ли вас обидеть?
21. Все ли ваши привычки хороши и желательны?
22. Вы стараетесь быть в тени, находясь в обществе?
23. Стали бы вы принимать средства, которые могут привести вас в необычное или опасное состояние (алкоголь, наркотики)?
24. Вы часто испытываете такое состояние, когда все надоело?
25. Вам случалось брать вещи, принадлежащие другому лицу, будь это даже такая мелочь, как булавка или пуговица?
26. Вам нравится часто ходить к кому-нибудь в гости и бывать в обществе?
27. Вам доставляет удовольствие обижать тех, кого вы любите?
28. Вас часто беспокоит чувство вины?
29. Вам приходилось говорить о том, в чем вы плохо разбираетесь?
30. Вы обычно предпочитаете книги встречам с людьми?
31. У вас есть явные враги?
32. Вы назвали бы себя нервным человеком?
33. Вы всегда извиняетесь, когда наругаете другому?
34. У вас много друзей?

35. Вам нравится устраивать розыгрыши и шутки, которые иногда могут действительно причинить людям боль?
36. Вы беспокойный человек?
37. В детстве вы всегда безропотно и немедленно выполняли то, что вам приказывали?
38. Вы считаете себя беззаботным человеком?
39. Много ли для вас значат хорошие манеры и чистоплотность?
40. Волнуетесь ли вы по поводу каких-либо ужасных событий, которые могли бы случиться, но не случились?
41. Вам случалось сломать или потерять чужую вещь?
42. Вы обычно первыми проявляете инициативу при знакомстве?
43. Можете ли вы легко понять состояние человека, если он делится с вами заботами?
44. У вас часто нервы бывают натянуты до предела?
45. Бросите ли вы ненужную бумажку на пол, если под рукой нет корзины?
46. Вы больше молчите, находясь в обществе других людей?
47. Считаете ли вы, что брак старомоден и его следует отменить?
48. Вы иногда чувствуете жалость к себе?
49. Вы иногда много хвастаетесь?
50. Вы легко можете внести оживление в довольно скучную компанию?
51. Раздражают ли вас осторожные водители?
52. Вы беспокоитесь о своем здоровье?
53. Вы говорили когда-нибудь плохо о другом человеке?
54. Вы любите пересказывать анекдоты и шутки своим друзьям?
55. Для вас большинство пищевых продуктов одинаковы на вкус?
56. Бывает ли у вас иногда дурное настроение?
57. Вы дерзили когда-нибудь своим родителям в детстве?
58. Вам нравится общаться с людьми?
59. Вы переживаете, если узнаете, что допустили ошибки в своей работе?
60. Вы страдаете от бессонницы?
61. Вы всегда моете руки перед едой?
62. Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман?
63. Вы предпочитаете приходить на встречу немного раньше назначенного времени?
64. Вы чувствуете себя апатичным, усталым без какой-либо причины?
65. Вы когда-нибудь плутовали в игре?
66. Вам нравится работа, требующая быстрых действий?
67. Ваша мать — хороший человек (была хорошим человеком)?
68. Часто ли вам кажется, что жизнь ужасно скучна?
69. Вы когда-нибудь воспользовались оплошностью другого человека в своих целях?
70. Вы часто берете на себя больше, чем позволяет время?
71. Есть ли люди, которые стараются избегать вас?
72. Вас очень заботит ваша внешность?

73. Вы всегда вежливы, даже с неприятными людьми?
74. Считаете ли вы, что люди затрачивают слишком много времени, чтобы обеспечить свое будущее, откладывая сбережения, страхуя себя и свою жизнь?
75. Возникало ли у вас когда-нибудь желание умереть?
76. Вы попытались бы избежать уплаты налога с дополнительного заработка, если бы были уверены, что вас никогда не смогут уличить в этом?
77. Душа компании — это о вас?
78. Вы стараетесь не грубить людям?
79. Вы долго переживаете после случившегося конфуза?
80. Вы когда-нибудь настаивали на том, чтобы было по-вашему?
81. Вы часто приезжаете на вокзал в последнюю минуту перед отходом поезда?
82. Вы когда-нибудь намеренно говорили что-нибудь неприятное или обидное для человека?
83. Вас беспокоили ваши нервы?
84. Вам неприятно находиться среди людей, которые подшучивают над товарищами?
85. Вы легко теряете друзей по своей вине?
86. Вы часто испытываете чувство одиночества?
87. Всегда ли ваши слова совпадают с делом?
88. Нравится ли вам иногда дразнить животных?
89. Вы легко обижаетесь на замечания, касающиеся лично вас и вашей работы?
90. Жизнь без какой-либо опасности показалась бы Вам слишком скучной?
91. Вы когда-нибудь опаздывали на свидание или работу?
92. Вам нравится суета и оживление вокруг вас?
93. Вы хотите, чтобы люди боялись вас?
94. Верно ли, что вы иногда полны энергии и все горит в руках, а иногда совсем вялы?
95. Вы иногда откладываете на завтра то, что должны сделать сегодня?
96. Считают ли вас живым и веселым человеком?
97. Часто ли вам говорят неправду?
98. Вы очень чувствительны к некоторым явлениям, событиям, вещам?
99. Вы всегда готовы признавать свои ошибки?
100. Вам когда-нибудь было жалко животное, которое попало в капкан?
101. Трудно ли вам было заполнять анкету?

Ключи к тесту:

Полученные результаты ответов сопоставляются с ключом тесту. За ответ, соответствующий ключу теста, присваивается 1 балл, за несоответствующий ключу теста — 0 баллов. Полученные в итоге баллы суммируются.

Шкала экстраверсии-интроверсии:

ответы «нет» (-): № 22, 30, 46, 84;

ответы «да» (+): № 1, 5, 10, 15, 18, 26, 34, 38, 42, 50, 54, 58, 62, 66, 70, 74, 77, 81, 90, 92, 96.

**Шкала нейротизма:**

ответы «да» (+): № 3, 7, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72, 75, 79, 83, 86, 89, 94, 98.

**Шкала психотизма:**

ответы «нет» (-): № 2, 6, 9, 11, 19, 39, 43, 59, 63, 67, 78, 100;

ответы «да» (+): № 14, 23, 27, 31, 35, 47, 51, 55, 71, 85, 88, 93, 97.

**Шкала лжи:**

ответы «нет» (-): № 4, 8, 17, 25, 29, 41, 45, 49, 53, 57, 65, 69, 76, 80, 82, 91, 95;

ответы «да» (+): № 13, 21, 33, 37, 61, 73, 87, 99.

Э – экстраверсия-интроверсия; Н – нейротизм; П – психотизм; Л — ложь.

## ДОДАТОК 8

**Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилберга)**

Протокол № \_\_\_\_\_

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

№ п/п	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала ситуативной тревожности (СТ). Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Шкала личной тревожности (ЛТ) Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко растраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ к тесту на тревожность.

Ситуативная тревожность СТ=(3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20)

Личностная тревожность ЛТ=(2,3,4,5,8,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16,19) + 35 (число 35)

Интерпретация теста тревожности Спилберга Ханина.

До 30 баллов – низкая; 31-45 баллов – средняя

46 баллов и более – высокая тревожность

## ДОДАТОК 9

## ОПРОСНИК SF-36

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

Ф. и. о. \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное ..... 1  
 Очень хорошее ..... 2  
 Хорошее ..... 3  
 Посредственное ..... 4  
 Плохое ..... 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад*.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад ..... 1  
 Несколько лучше, чем год назад ..... 2  
 Примерно так же, как год назад ..... 3  
 Несколько хуже, чем год назад ..... 4  
 Гораздо хуже, чем год назад ..... 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
<b>Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.</b>	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо <i>определенного вида работ</i> или другой деятельности.	1	2
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало ..... 1  
 Немного ..... 2  
 Умеренно ..... 3  
 Сильно ..... 4  
 Очень сильно ..... 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а) ..... 1  
 Очень слабую ..... 2  
 Слабую ..... 3  
 Умеренную ..... 4  
 Сильную ..... 5  
 Очень сильную ..... 6

8. В какой степени боль в течение *последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала ..... 1  
 Немного ..... 2  
 Умеренно ..... 3  
 Сильно ..... 4  
 Очень сильно ..... 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

Все время ..... 1  
 Большую часть времени ..... 2  
 Иногда ..... 3  
 Редко ..... 4  
 Ни разу ..... 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 – 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

## ДОДАТОК 10

## БЛАНК ТЕСТА ОПРОСНИК Мини-Мульт СМОЛ (ММРІ)

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_

Група \_\_\_\_\_

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

(Рядом с номером при ответе «верно» зачеркните квадратик «В», при ответе «неверно» – квадратик «Н»).

<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	L
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	2
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	5
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н	<input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> Н			9
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

## Опросник "Мини-мульт"

### Текст опросника

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.

32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда вы полны энергии.
62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.
63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать

неприятностей.

68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

**КЛЮЧ**

P

**Шкалы**

	<b>Ответы</b>	<b>№ вопроса</b>
L	Неверно (H)	8, 11, 24, 47, 53
	H	22, 24, 61
F	Верно (B)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
K	H	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 68, 67, 69, 70
1 (H s)	H	1, 2, 6, 37, 48
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2(D)	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 61
	B	9, 13, 11, 18, 22, 25, 36, 44
3(Hy)	H	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	B	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	H	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	B	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	H	28, 29, 31, 67
	B	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	H	2, 3, 42
	B	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
	H	3, 42
8(S c )	B	8, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	H	43
	B	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60