

УДК 616.313:159.922

*В.М. Кулигіна, І.О. Дорош***РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. Вивчені психологічні особливості 49 хворих на глосодинію у порівнянні з 42 здоровими особами віком від 46 до 65 років за показниками тестування: клінічно орієнтованого Міні-мульти – СМОЛ, PEN Ганса та Сибілли Айзенк і Ч.Д. Спілбергера. Встановлено, що характер порушень психологічних поліструктурних особливостей хворих на глосодинію відображає проблему хронічної дезадаптації на тлі тривалого

перебігу захворювання і характеризується такими показниками: 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), підвищеним нейротизмом, особистісною та реактивною тривожністю.

Ключові слова: психологічне тестування, хворі на глосодинію.

Вступ. Глосодинія (вісцера – рефлекторно – бульбарний синдром) – це хронічне захворювання, що характеризується стійкими парестезіями в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота, частіше язика: "печіння", "поколювання", "оніміння" та "язик, посипаний перцем". Розповсюдженість глосодинії серед пацієнтів із больовим синдромом у ділянці обличчя, за даними різних авторів [5, 6], становить від 14 до 26 % та постійно збільшується. Напевно, це пов'язано зі зростанням значимості психотравмуючих чинників, як однієї з причин розвитку даного захворювання. У хворих на глосодинію відмічаються виражені астеничні порушення, підвищена дратівливість, схильність до високого рівня тривожності, депресивний стан, іпохондричні прояви, фобії [1, 3, 4]. У багатьох випадках спостерігаються вегетативно – судинні розлади [8, 2]. Тому, проблема причинно – наслідкових зв'язків у формуванні глосодинії з точки зору психосоматичного співвідношення залишається актуальною і недостатньо висвітленою. Застосування комплексного принципу дослідження зумовлює багатосторонню оцінку психологічного стану особистості хворого на глосодинію та можливості його раціональної корекції.

Мета дослідження. Вивчити психологічні особливості хворих на глосодинію.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети проведена низка психологічних досліджень 49 хворих на глосодинію віком від 46 до 65 років, які були розподілені на дві групи згідно з віковою класифікацією А.А. Маркосян [12]: II періоду зрілого віку (28 пацієнтів) і літнього віку (21 пацієнт). Відповідно 24 і 18 здорових осіб ідентичного віку слугували контролем.

Оцінку особливостей емоційної сфери, визначення наявності стану напруги і зниженої емоційної стабільності здійснювали із застосуванням цілісного методологічного блоку психодіагностичних методик. 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 є скороченим варіантом багатофакторного методу дослід-

ження особистості Мінісотського опитувальника (ММРІ), адаптованого В.П. Зайцевим і В.Н. Козюлей [9].

Наступним етапом дослідження було проведення додаткових психологічних тестувань групи контролю і хворих на глосодинію з використанням адаптованого варіанта опитувальника PEN Ганса та Сибілли Айзенк [9]. Основною метою дослідження була оцінка таких психічних властивостей, як нейротизм (нейропсихічна лабільність), екстраверсія – інтроверсія, психотизм та визначення відвертості відповідей досліджуваних.

Для діагностики рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності (як стійка характеристика особистості), нами були використані шкали Ч. Д. Спілбергера, адаптовані Ю.Л. Ханіним [9].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері з використанням пакета статистичних програм « Statistica 6.0» та "Microsoft Excel 2002" за допомогою загальноприйнятих параметричних методів варіаційної статистики [11].

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи дані літератури [4, 10] про значення особливостей психоемоційної сфери особистості в патогенезі глосодинії, проведена низка психологічних досліджень.

Середньостатистичні результати опитувальника СМОЛ здорових осіб контрольної групи та хворих на глосодинію наведені в таблиці 1. Слід відмітити, що в 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. Привертає увагу відсутність суттєвих відмінностей між респондентами, як здорових осіб контрольної групи, так і хворих на глосодинію у віковому аспекті. У групі пацієнтів II періоду зрілого віку та літнього віку виявлено практично ідентичні показники цього опитувальника. Аналогічну закономірність спостерігали в осіб груп контролю.

Разом з тим дослідження групи хворих на глосодинію мали зміни рівня окремих шкал та їх

Таблиця 1

Результати опитувальника за СМОЛ 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	
Шкала (L)	44,88±1,99	39,9±1,58	p>0,05	46,2±1,87	41,38±2,03	p>0,05
шкала (F)	57,22±1,4	45,09±1,35	p<0,001	56,3±1,74	43,8±1,12	p<0,001
шкала (K)	45,96±0,63	41,14±0,87	p<0,001	45,1±0,95	37,2±0,81	p<0,001
шкала 1	45,37±1,38	41,95±1,36	p>0,05	44,25±1,6	41,33±1,3	p>0,05
шкала 2	41,37±1,07	39,33±0,9	p>0,05	40,5±1,66	38,3±1,21	p>0,05
шкала 3	68,69±1,27	42,66±1,35	p<0,001	69,8±1,5	43,9±1,4	p<0,001
шкала 4	65,7±1,27	55,14±1,73	p<0,001	67,2±1,2	59,16±1,48	p>0,05
шкала 6	38,92±1,1	58,04±1,52	p<0,001	39,8±1,15	60,44±1,35	p<0,001
шкала 7	70,04±1,18	44,85±1,62	p<0,001	68,2±1,3	43,2±1,6	p<0,001
шкала 8	40,07±2,27	44,38±1,38	p<0,05	41,4±1,12	45,9±1,41	p<0,05
шкала 9	36,07±0,87	60,14±1,24	p<0,001	38,05±0,96	51,38±1,54	p<0,001

Примітка. p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

Таблиця 2

Результати опитувальника PEN за Ганс та Сибілла Айзенк 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	
Психотизм	8,14±0,41	6,08±0,42	p<0,001	7,85±0,7	4,94±0,49	p<0,001
Екстраверсія/інтроверсія	13,25±0,4	15,79±0,34	p<0,01	14,9±0,6	17,33±0,88	p<0,01
Нейротизм	18,14±0,79	13,08±0,72	p<0,001	21,04±0,62	11,5±0,79	p<0,001
Відвертість	8,32±0,2	7,75±0,35	p<0,001	9,04±0,47	7,78±0,32	p<0,05

Примітка. p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

поєднання в 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 із 18 літнього віку, відповідно 80 % та 79 %) мали "лінійний профіль" із показниками в межах 40-60 Т, які свідчили про гармонічність особистості. Водночас лише три хворі II періоду зрілого віку (11 %) і два – літнього (9,5 %) мали даний профіль особистості.

Відомо, що надійність отриманих даних визначаються шкалами: "відвертості" – L, "достовірності" – F, "корекції" – K. З наведених у таблиці 1 даних видно, що усі пацієнти з глосодінією і здорові особи обох вікових періодів бу-

ли відвертими. При цьому даний показник в особистісному паттерні коливається у межах від 39,9±1,68 до 46,2±1,87 бала. 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 глосодінію (57,22±1,1 проти 45,09±1,35 бала у II періоді зрілого віку і 56,3±1,74 проти 43,8±1,12 бала в літньому віці, при p<0,001) може бути результатом вираженої самокритичності і відвертості, стану дискомфорту особистості та схильності до емоційної лабіль-

Таблиця 3

Результати опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером 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	
Ситуативна тривожність	69,11±0,73	32,76±0,9	p<0,001	68,7±0,93	34,6±2,2	p<0,001
Особистісна тривожність	59,92±0,6	32,76±0,67	p<0,001	59,3±0,7	33,9±0,7	p<0,001

Примітка. p – достовірність різниці показників між основною та контрольною групами

ності. Це підтверджувалося низькими показниками шкали К у хворих, що може бути пов'язаним зі зниженням самоконтролю при емоційній напрузі й 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 в "коридорі норми". Вони дають можливість оцінити акцентуацію рис характеру та ступеня адаптованості особистості (Собчик Л.Н., 2002). Аналізуючи загальний профіль особистості обстежених здорових осіб груп контролю обох вікових періодів, необхідно відмітити переважання шкал "сильного" регістру, які виявляють стеничні 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" регістру (7-ма). При цьому поєднання 7-ї з 4-ю 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 регістр емоцій гніву, захоплення та гордості з такими астеничного регістру – страхом, тривожністю. Внутрішній конфлікт за психосоматичним варіантом дезадаптації проявляється неврастенічною симптоматикою, багатомісними соматичними скаргами.

При аналізі основних шкал психологічного паттерну особистості хворих на глосодинію варто відмітити, що в даній групі пацієнтів не виявлено підвищення 1-ї та 2-ї шкали, тобто акцентуації характеру за типом невротичного зверхконтролю і песимістичності. Навпаки, перебіг глосодинії супроводжується підвищеною емоційною лабільністю і тривогою. Так, середньостатистична величина 3-ї шкали в основній групі хворих II періоду зрілого віку склала 68,69±1,27 бала (проти 46,66±1,35 бала), літнього віку – 69,8±1,5 бала (проти 43,9±1,4 бала) з розбіжністю значень відносно контрольної групи 99,9%. Акцентуація за істероїдним типом, що характерна для осіб із високим рівнем 3-ї шкали (підвищена нервозність, сльозливість, надмірна драматизація свого стану у зв'язку з хворобою), вегетативні реакції, захисні механізми (трансформація тривоги у функціональні порушення на організменому рівні), доповнюючи один одного, складають основу для психосоматичних розладів, тобто, таких соматичних захворювань, які розвиваються в тісному зв'язку з негативними емоціями, переживаннями. При цьому поєднанні високі показники 3-ї та 4-ї шкали імпульсивності та конфліктності (65,7±1,27 і 67,2±1,2 бала – відповідного у хворих II періоду зрілості і літнього віку), на думку Л. Н. Собчик, значно підсилює характеристики 3-ї з розвитком істеричного варіанта дезадаптації. Психологічно це проявляється наявністю поєднання протиріч: високої активності зі швидким виснаженням, що характерно для неврастенічного паттерну дезадаптації. Це, на наш погляд, потребує терапевтичного впливу на функції підкоркових систем, довгастого мозку, гіпоталамуса, ретикулярної формації, вегетативної нервової системи, які відповідають за емоційний стан людини [13].

Оскільки ми не ставили за мету вивчення відхилення від типової для ролівої поведінки конкретної статі, шкалу "мужності – жіночності" не визначали.

На тлі тривалих невротичних і психосоматичних розладів у хворих на глосодинію спостерігали підвищення тривожності (високі показники 7-ї шкали СМОЛ), як стійку рису в структурі особистісних особливостей пацієнтів. Поєднання високих показників за 7-ю і 3-ю шкалою характерно для фіксованих фобій, у тому числі боязнь мати невиліковну або смертельну хворобу, що підтверджується в клініці. В осіб із підвищеним рівнем

7-ї шкали особистісного паттерну знижений поріг толерантності до стресу (Собчик Л. Н., 2002).

Встановлена в межах "нормативного коридору" 8-ма шкала ($40,07 \pm 2,27$ бала в осіб II періоду зрілого віку і $41,4 \pm 1,12$ бала у пацієнтів літнього віку, із статистичною достовірною різницею відносно груп контролю, $p < 0,05$) підтверджувала відсутність психопатологічного варіанта шизоїдного типу реагування обстежених, що і констатовано при комплексному психологічному дослідженні. Отримані аналогічні показники за 9-ю шкалою є свідченням низького рівня життєлюбства, активності та оптимістичного сприйняття навколишнього світу.

Отже, результати вже першого етапу дослідження переконливо доводять цілком обґрунтоване припущення про вагоме значення низці інших факторів особливості психологічної сфери особистості, сприяючих розвитку глосодинії. При цьому спостерігалася чітка тенденція до підвищення ймовірності виникнення глосодинії в осіб з емоційно нестабільним, нерівноваженим 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. Для цього був використаний адаптований варіант опитувальника PEN Ганса та Сибілли Айзенк [9], результати якого наведені в таблиці 2.

Обробка та вивчення результатів дослідження дозволяли визначити тенденцію в 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 в цієї групи хворих, як провідного показника нестійкої психоемоційної сфери. Відмічено суттєве підвищення рівня нейротизму відносно груп контролю як у пацієнтів II періоду зрілого віку ($18,14 \pm 0,79$ проти $13,08 \pm 0,72$ бала, $p < 0,001$), так і літнього віку ($21,04 \pm 0,62$ проти $11,5 \pm 0,79$, $p < 0,001$). Даний показник в обох вікових групах перевищував допустимі норми відповідно на 25% і 35% .

При психологічному тестуванні не отримано значимого підвищення рівня психотизму та екстраверсії – інтроверсії в респондентів, хворих на глосодинію. При цьому в переважній більшості досліджених пацієнтів значення показників психотизму і екстраверсія – інтроверсія знаходились у межах норми. Високий рівень цих шкал, встановлений у поодиноких випадках у окремих осіб, не вплинув на середньостатистичні показники, які склали $8,14 \pm 0,41$ і $7,85 \pm 0,7$ бала (рівень психотизму відповідно у пацієнтів II періоду зрілості

та літнього віку), $13,25 \pm 0,4$ і $14,9 \pm 0,6$ бала (рівень екстраверсія – інтроверсія).

Дані літератури про наявні тривалі розлади у хворих на глосодинію стали основою для вивчення контингенту вказаних пацієнтів, визначає рівень особистісної та реактивної тривожності за допомогою шкали Ч. Д. Спілбергера (табл. 3). 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. Причому, якщо стійка схильність реагувати на велике коло ситуацій станом тривоги оцінена в $32,76 \pm 0,9$ бала в осіб контрольної групи II періоду зрілого віку і $33,9 \pm 0,7$ бала – літнього віку, то оцінка цього стану в пацієнтів основних груп склала відповідно $59,92 \pm 0,6$ і $59,3 \pm 0,7$ бала 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 в поєднанні з особистісною пояснює наявність неспокою, нервозності, емоційної напруженості. На основі цих даних можна припустити наявність тривоги в зазначених хворих не тільки як риси характеру, а й причинної – ситуативно зумовленої.

Висновки

1. Вивчення особливостей психологічного стану пацієнтів із глосодинією показало відсутність патології психіки в усіх осіб.

2. Одним із факторів схильності до розвитку глосодинії можна вважати зміни в емоційно – вольовій сфері, що пов'язані з дією провокуючого чинника.

3. Психоемоційна напруга може сприяти розвитку вказаного захворювання на тлі схильних факторів, до яких відносяться зниження захисних механізмів організму, вегето-судинні розлади, акцентуація за істероїдним типом.

4. У розвитку глосодинії певне значення мають особливості і специфіка цілісної поліструктури характеру особистості хворого, зокрема особливості його нервової системи, схильність до нейропсихічної лабільності, що, у свою чергу, провокує характерний розвиток особистості з формуванням внутрішнього конфлікту із зіткненням різнонаправлених тенденцій.

5. Характер порушень психологічної поліструктури особистості хворих на глосодинію відображає проблему хронічної дезадаптації на тлі 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.

6. 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 із глосодинією.

7. Зазначені зміни психологічного статусу хворих на глосодинію є показом до проведення медикаментозної корекції в комплексному лікуванні.

Перспективою подальших досліджень є розробка комплексного лікування хворих на глосодинію з корекцією психологічного стану та оцінка його ефективності.

Література

1. Абуладзе В.Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта: автореф. дис. на соискание уч.ст. к. мед. наук. – М., 2003. – 23с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. – М.:МЕД пресс-информ, 2001. – 125 с.
3. Гараева А.Г. Клинические аспекты жжения полости рта в стоматологической практике: автореф. дис. на соискание уч.ст. к. мед. наук. – М., 2003. – 25с.
4. Гришина Н.В. Психологические и нейрофизиологические особенности больных с синдромом жжения полости рта / Н.В. Гришина // Нейростоматол. – 1999. – № 1. – С. 39-41.
5. Дичко Є.Н. Обґрунтування лікувальної корекції глосалгії / Є.Н. Дичко, І.В. Ковач // Вісн. стоматол. – 2008. – №2. – С. 24-26.

6. Казарина Л.Н. Глоссалгия /Л.Н. Казарина // Заболевания слизистой оболочки полости рта. – Нижний Новгород, 2000. – С.-239.
7. Казарина Л.Н. Роль стресса в возникновении глоссалгии и обоснование лечения / Л.Н. Казарина, В.М. Безруков // Стоматология. – 2001. – №3. – С. 17-19.
8. Кулигіна В. М. Показники доплерографічного дослідження судинного русла у хворих на глосодинію / В.М. Кулигіна, І.О. Дорош, О.В. Черноконь // Укр. стоматол. альманах. – 2013. – № 2. – С. 23-25.
9. Лучшие психологические тесты для профессионального отбора и профессиональной ориентации. Описание и руководство к использованию / Отв. ред. А. Ф. Кудряшов. – Петрозаводск: Петрокон, 1992. – 318 с.
10. Николаенко Е.В. Психокоррекция в комплексном лечении больных с синдромом жжения полости рта: автореф.дис. ... к. мед. н. – М., 2009. –23с.
11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ Statistica / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
12. Руководство для врачей / Под ред. С.Б. Тифлинского, С.В. Хрушова. – II издание переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 1991. – С. 28.
13. Фізіологія. Навчально-методичний посібник для студентів медичного факультету. Модуль 1: Загальна фізіологія / В.М. Мороз, Н.В. Братусь, М.В. Йолтухівський [та ін.]. – Вінниця, 2009. – 80 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ГЛОССОДИНИЕЙ

В.М. Кулыгина, И.О. Дорош

Резюме. Изучены психологические особенности 49 больных глоссодинией в сравнении с 42 здоровыми лицами в возрасте от 46 до 65 лет по показателям тестирования: клинически ориентированного Мини-мульт – СМИЛ, PEN Ганса и Сибиллы Айзенк и Ч. Д. Спилбергера. Установлено, что характер нарушений психологических полиструктурных особенностей больных глоссодинией отражает проблему хронической дезадаптации на фоне длительного течения болезни и характеризуется такими показателями: наличие разнонаправленных ведущих шкал реагирования "смешанного", "сильного" и "слабого" регистра (3-я, 4-ая и 7-ая) и их сочетание (3-4, 3-7, 4-7), повышенным нейротизмом, личностной и реактивной тревожностью.

Ключевые слова: психологическое тестирование, больные глоссодинией.

RESULTS OF STUDYING PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH GLOSSODYNIA

V.N. Kulyhina, I.A. Dorosh

Abstract. Glossodynia is a chronic disease characterized by persistent paresthesia in different areas of oral mucosa and often in the tongue. Outspread of glossodynia among patients with pain in the facial area, according to different authors, ranges from 14 to 26% and is still growing. It may be associated with increasing importance of stressful factors as one of the cause of the diseases.

The aim of research is to study psychological characteristics of patients with glossodynia.

Materials and methods. We performed psychological research of 49 patients with glossodynia aged from 46 to 65 who had been divided into 2 groups according to age classification by A.A. Markosyan: II period of mature age (28 patients) and advanced age (21 patients). 24 and 18 healthy individuals of identical age served as control. The study was conducted on test indicators: clinically oriented Mini- mult - MMPI, PEN Eysenck Personality Questionnaire and Charles D. Spielberger.

Results of research. The study of psychological state revealed absence of psyche pathology in all patients with glossodynia. One of the factors of glossodynia susceptibility can be considered changes of emotional-volitional sphere which are associated with the action of provoking factor. Psycho-emotional stress may contribute to the development of specified disease on the factor background which include decrease of protective body's mechanism, vegetative-vascular disorders, accentuation on hysteroid type. In the development of glossodynia some features and specificity of integrated polystructure of individual patient's characteristic are important including features of nervous system, susceptibility to neuropsychiatric lability, which provoke characteristic personality development and formation of internal conflict with collision of multidirectional trends. The nature of psychological polystructural disorders of patient's personality in glossodynia reflects the problem of chronic disadaptation on the background of long-term disease duration. Emotionally unstable type of personal

character by "indicators of neuroticism" with tendency of increase the personal and situational anxiety reduced the adaptive possibilities and development of functional pathology. The maximum values of individual multidirectional response scales ("mixed", "strong" and "weak" register) and their combination (3-4, 3-7, 4-7) with high neuroticism, personality and situational anxiety is a variant of psychosomatic disadaptation, target of which may be the weakest link of organism's neurotic functional system of patients with glossodynia. These changes of psychological status is a direct indication to pharmacological correction therapy in the complex treatment.

Kew words: psychological testing, patients with glossodynia.

M.I. Pyrogov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – доц. О.С. Юрценюк

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 83-88

Надійшла до редакції 15.01.2015 року

© В.М. Кулигіна, І.О. Дорош, 2015

УДК 616.311:616.72-002

В.М. Кулигіна, А.В. Повшенюк

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ПОЄДНАНИМИ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. З метою вивчення характеру клінічного перебігу захворювань слизової оболонки порожнини рота, поєднаних із ревматоїдним артритом, проведено обстеження 100 хворих із зазначеною патологією. Групу контролю склали 25 практично здорових осіб тієї ж вікової категорії зі здоровою слизовою оболонкою. Вивчення стану слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів виявило хронічні запальні процеси: хронічний катаральний стоматит (36 %), поверхневу та гіпер-

пластичну форму десквамативного глоситу (25 і 20 %), атрофічний глосит (19 %). При цьому встановлено, що стан слизової оболонки порожнини рота значною мірою залежав від характеру, тривалості і тяжкості перебігу супутнього захворювання.

Ключові слова: захворювання слизової оболонки порожнини рота, ревматоїдний артрит, клінічне обстеження.

Вступ. Серед проблем стоматології, питання захворювань слизової оболонки порожнини рота, поєднаних з ураженнями функціональних систем організму, посідають певне місце, оскільки дозволяють відобразити вплив супутньої патології на перебіг основного захворювання і намітити шляхи для розробки профілактичних заходів [3, 5].

Дифузні захворювання сполучної тканини – це автоімунні захворювання, що характеризуються пошкодженням сполучної тканини різних систем організму і проявляються поліморфізмом клінічної картини і характерним поліциклічним перебігом [7, 9, 10]. Спостерігається відносно висока частота захворювань слизової оболонки рота та червоної облямівки губ, поєднаних із дифузними ураженнями сполучної тканини, зокрема з ревматоїдним артритом [1, 2, 4]. Однак недостатньої уваги приділяється їх діагностиці і вибору адекватної терапії та профілактики, що пов'язано з різноманіттям клінічних проявів поєднаних системних уражень.

Мета дослідження. Встановити особливості клінічного перебігу захворювань слизової оболонки порожнини рота із супровідним ревматоїдним артритом.

Матеріал і методи. Для визначення структури захворювань слизової оболонки порожнини

рота, поєднаних із ревматоїдним артритом, проведено обстеження 100 пацієнтів віком від 34 до 62 років, що звернулися за допомогою в терапевтичне відділення Вінницької МКЛ №1 і на кафедрі терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Групу контролю склали 25 практично здорових осіб тієї ж вікової категорії зі здоровою слизовою оболонкою.

Клінічне обстеження включало опитування і вивчення анамнезу захворювання і життя хворого та проведення основних методів дослідження: пальпацію, перкусію і зондування. Обстеження проводилося при штучному освітленні з використанням стандартного набору інструментів: стоматологічного дзеркала, зонда, шпателя, пінцета. Результати обстеження заносили до спеціально розробленої стандартизованої карти.

При обстеженні пацієнтів виявляли скарги на неприємні відчуття, печіння, відчуття стягнутості і сухості слизової оболонки порожнини рота. При вживанні їжі, розмові відмічали болісність у ділянці язика та ураженої ділянки слизової оболонки порожнини рота.

При зборі анамнезу враховували тривалість основного захворювання і зв'язок появи скарг з боку порожнини рота та його динаміку, наявність

© В.М. Кулигіна, А.В. Повшенюк, 2015