

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.

Key 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

рецидивів і терміни ремісії. Уточнювали характер проведеного раніше лікування і його ефективність. Враховували навички гігієнічного догляду за порожниною рота, використання нестандартних засобів для гігієни порожнини рота.

Виявляли перенесені та супутні стоматологічні і загальносоматичні захворювання, наявність шкідливих звичок: паління, звичного кусання слизової оболонки губ, щік.

При огляді визначали наявність патологічних змін слизової оболонки порожнини рота, язика, губ, піднебіння. Проводили визначення стану зубів, зубних рядів і прикусу. Звертали увагу на наявність у порожнині рота ортопедичних конструкцій.

У всіх обстежених проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота, яку згідно з рекомендаціями ВООЗ, визначали послідовно за топографічними зонами [5, 8]. При цьому враховували зміни рельєфу, колір, ступінь вологості, цілісність анатомічних утворень, наявність елементів ураження та супутньої патології. При дослідженні стану червоної облямівки губ враховували локалізацію та характер елементів ураження.

Оцінку отриманих результатів здійснювали на підставі визначення відносної середньої величини показника.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 100 обстежених пацієнтів з ураженнями слизової оболонки порожнини рота (рис.) у 36 осіб діагностовано хронічний катаральний стоматит (36%), у 25 (25%) – поверхнева форма десквамативного глоситу, у 20 (20%) – гіперпластична форма десквамативного глоситу, та у 19 (19%) – атрофічний глосит.

При виявленні скарг встановлено, що більшість хворих на хронічний катаральний стоматит у поєднанні з ревматоїдним артритом відзначали

сухість слизової оболонки порожнини рота (61,1%), біль у ротовій порожнині (67%), печіння (44,4%), неприємний запах із рота (67%) і порушення смаку (28%). Виникнення болю і печіння в порожнині рота, особливо при вживанні їжі, у хворих на хронічний катаральний стоматит, за даними літератури [3], пов'язано з подразненням нервових закінчень слизової оболонки порожнини рота медіаторами запалення і токсинами, а також стисненням нервових закінчень екссудатом. Сухість порожнини рота, на нашу думку, зумовлена функціональною недостатністю слинних залоз і дефіцитом вітамінів при супутньому ревматоїдному артриті, на що вказують автори [6, 7].

З анамнезу встановлено, що відзначені скарги турбують 33% хворих протягом одного року, 41,7% – трьох років, 25% – п'яти років. Усі пацієнти пов'язують виникнення та рецидиви уражень слизової оболонки порожнини рота із загостренням супутньої патології – ревматоїдного артриту. При цьому, за допомогою до лікаря зверталися лише 25% пацієнтів. 75% пацієнтів лікувалися самостійно, застосовуючи розчин хлоргексидину біглюконат для полоскання рота. Ефективність лікування була незначною (у 22% пацієнтів), а в 78% випадків хворі відмічали відсутність такої.

Дані анамнезу життя мають важливе значення для вибору тактики загального лікування. Так, у пацієнтів цієї групи в анамнезі встановлено інші супутні захворювання: 19,4% – хвороби шлунково-кишкового тракту, 17% – серцево-судинної системи.

Слід відмітити, що майже усі пацієнти чоловічої статі (85,7%) мали шкідливу звичку – куріння, а деякі (43%) – вживання гарячої їжі, що погіршує стан слизової оболонки порожнини рота.

При обстеженні хворих на хронічний катаральний стоматит виявлені набряк слизової оболонки порожнини рота у 21 особи (58%), переважно

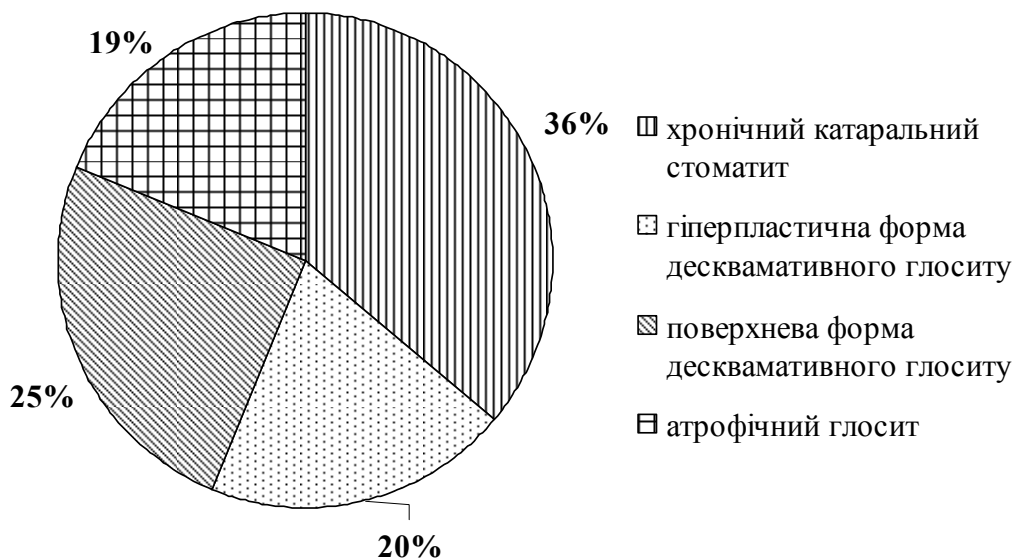


Рис. Розподіл захворювань слизової оболонки порожнини рота серед обстежених пацієнтів

в ділянці щік і язика. Про наявність набряку свідчили відбитки зубів на бічній поверхні язика, які визначали в 33,3 % обстежених (12 пацієнтів). Гіперемію з ціанотичним відтінком і пастозність слизової оболонки встановлено в 15 осіб (41,7 %). Наліт на дорсальній поверхні язика спостерігали в 50 % пацієнтів (18 осіб). Пальпація слизової оболонки викликала неприємні або слабо виражені больові відчуття. Найбільш значущим елементом ураження слизової оболонки порожнини рота у хворих на хронічний катаральний стоматит у поєднанні з ревматоїдним артритом була еритема (100 %).

При стоматологічному обстеженні пацієнтів із поверхневою формою десквамативного глоситу в поєднанні з ревматоїдним артритом не виявлено скарг у 12 % пацієнтів. 64 % пацієнтів звертали увагу на незвичний вигляд язика. Проте більшість осіб (22 пацієнти з 25, що становило 88 %) скаржилися на наявність змін та уражень слизової оболонки порожнини рота. Пацієнти відмічали постійну міграцію форми, розмірів та локалізацію уражених ділянок поверхні язика: епітелізація одних і десквамативні явища на інших. При цьому основними скаргами були сухість слизової оболонки порожнини рота, що відзначали в 14 пацієнтів (56 %), біль в язичі – у 17 (68 %), печіння – у 15 (60 %), неприємний запах із рота – у 14 (56 %) і порушення смаку – у 18 (72 %). Суб'єктивні відчуття (від печіння до болю) частіше турбували при прийманні їжі. Відповідність локалізації неприємних відчуттів ділянкам десквамації, а також зменшення їх інтенсивності або зникнення при епітелізації ділянок ураження вказують на те, що суб'єктивні відчуття значною мірою зумовлені десквамацією епітелію. Характер та вираженість цих скарг залежали від тривалості супутнього ревматоїдного артриту: протягом двох років – у 40% пацієнтів, трьох-чотирьох – у 60 %. Частота звернень до лікарів-стоматологів в анамнезі залишалася низькою – 24 %. Переважна більшість осіб використовувала мазь (солкосерил), однак помітного покращення не відмічали. Поєднання із захворюваннями шлунково-кишкового тракту виявлено у 7 (28 %) пацієнтів, з анемією – у 5 (20 %).

Об'єктивне обстеження пацієнтів із поверхневою формою десквамативного глоситу, поєданого з ревматоїдним артритом, виявило набряк (36 %) та гіперемію з ціанозом слизової оболонки порожнини рота (24 %). Відбитки зубів на бічній поверхні язика визначали у 72 % випадків (18 осіб), наліт на дорсальній поверхні язика – у 80 % (20 осіб). На спинці язика виявлені ділянки десквамації і атрофії ниткоподібних сосочків округлої форми з чіткими межами, оточених вузьким обідком недесквамованої зони гіперкератозу, що підвищується над рівнем поверхні язика. Зміни на язичі поєднувались з явищами його складчастості у 9 пацієнтів.

На відміну від поверхневої форми 10 пацієнтів (50 %) із гіперпластичною формою десквама-

тивного глоситу в поєднанні з ревматоїдним артритом скаржилися на сухість слизової оболонки порожнини рота, 6 (30 %) – на відчуття печіння, 13 (80 %) – порушення смаку. Майже усі хворі (70 %) відзначали відчуття чужорідного тіла. У поодиноких випадках пацієнтів турбував свербіж у ділянці ураження язика.

У даної групи пацієнтів відмічені різні фобії: канцерофобія, кандидофобія (у 35 % випадків). Усім пацієнтам за призначенням лікарів проводилася місцева терапія: аплікації на ділянки ураження кератопластичних препаратів, полоскання антисептичними засобами. Двом пацієнтам був проведений курс антимікотичної терапії: на ділянки ураження – ністатінову мазь, внутрішньо – таблетки флюконазолу.

Як свідчать дані анамнезу, основну ознаку – відчуття чужорідного тіла – пацієнти пов'язують із механічною та хімічною травмою (відповідно 35 і 20 %). Можливими чинниками рецидиву захворювання були: патологія шлунково-кишкового тракту (чотири особи), стресова ситуація (вісім осіб), алергічний статус (три особи), що становило відповідно 20, 40 і 15 %.

Під час обстеження пацієнтів із гіперпластичною формою десквамативного глоситу, поєданого з ревматоїдним артритом, виявлено набряк (25 %) та гіперемію з ціанотичним відтінком (20 %) слизової оболонки порожнини рота. Відбитки зубів на бічній поверхні язика визначали в 60 % випадків (12 осіб). Наліт на дорсальній поверхні язика спостерігали лише в 10 % (дві особи). Клінічно вогнище ураження має вигляд одного або двох горбистих утворень на дорсальній поверхні язика, злегка при піднятих над рівнем слизової округлої форми з гладенькою поверхнею і чіткими межами. Ділянки потовщенних десквамованих ниткоподібних сосочків язика на тлі незміненого епітелію. На їх поверхні виділяються гіпертрофовані грибоподібні сосочки у вигляді яскраво-червоних точок. Пальпація ділянок ураження язика безболісна.

Скарги на сухість і біль у порожнині рота в пацієнтів з атрофічним глоситом, поєданним із ревматоїдним артритом спостерігалися у 53 % випадків, печіння – у 47 % (дев'ять пацієнтів), а порушення смаку – у 74 % (14 осіб). Тривалість захворювання – від одного до п'яти років та відповідає тривалості супровідної патології. Самостійно лікувались 26 % (п'ять осіб). В основному лікарі призначали місцеве лікування: аплікації масляного розчину вітаміну А та його аналогів (масло обліпихи, шипшини тощо). Після лікування – нетривала ремісія. Серед супутніх захворювань, крім ревматоїдного артриту, хворі вказують на захворювання шлунково-кишкового тракту (у 21 % випадків) та серцево-судинної системи (у 16 %).

При огляді порожнини рота в чотирьох осіб (21 %), яким діагностовано атрофічний глосит, на дорсальній поверхні язика виявлена еритема, гладенька, блискуча, яка займає всю його поверхню.

Дифузна атрофія ниткоподібних сосочків усієї поверхні язика. Грибоподібні сосочки зберігаються у вигляді яскраво-червоних точок, які підвищуються над поверхнею ділянки ураження. У 47 % випадків (дев'ять осіб) визначали відбитки зубів на бічній поверхні язика, у 16 % (три особи) – жовтуватий наліт на спинці язика, що легко знімається.

Висновки

1. Вивчення стану слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів виявило хронічні запальні процеси: хронічний катаральний стоматит (36 %), поверхневу та гіперпластичну форму десквамативного глоситу (25 і 20 %), атрофічний глосит (19 %).

2. Враховуючи те, що дифузні ураження сполучної тканини є основною патогенетичною ланкою при ревматоїдному артриті можна стверджувати, що супутня патологія негативно впливає на стан слизової оболонки порожнини рота та перебіг виявлених захворювань порожнини рота.

3. Виникнення десквамативного глоситу пов'язано з первинним ураженням мікроциркулярного русла, що зумовлено імунopatологічними реакціями, які призводять до генералізованої дезорганізації сполучної тканини і вторинним змінам в епітелії і власно слизовій оболонці язика, а також інших органів і систем. Атрофічний глосит, що спостерігали в 19% пацієнтів із загальною кількістю обстежених пацієнтів, пов'язаний із вираженою атрофією сосочків язика аналогічного генезу.

4. Рясна мікрофлора при несанованій порожнині рота, зниження саливації, хронічні травми сприяють посиленню запалення і появі суб'єктивних відчуттів у хворих на десквамативний глосит.

Перспективою подальших досліджень є розробка і впровадження в практичну діяльність

методу лікування і профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота, поєднаних із ревматоїдним артритом, та оцінка його ефективності за показниками клінічного обстеження.

Література

1. Бажанов Н.Н. Стоматология: учебник, 4-е издание, переработанное и дополненное / Н.Н. Бажанов. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
2. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма: клиническое руководство для врачей / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М.: Би., 2000. – 407 с.
3. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: В 3ч., ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта : учебник / ред. Г.М. Барер. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. – 288 с.
4. Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 320 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта: учеб. пособие / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. – М.: ОАО «Стоматология», 2001. – 271 с.
6. Коваленко В.Н. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / под ред. В.Н. Коваленко: монография. – К.: Морион, 2001. – 272 с.
7. Сигидин Я.А. Диффузные болезни соединительной ткани: (системные ревматические заболевания): руководство для врачей / Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова. – 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 640 с.
8. Терапевтична стоматологія: підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних закладів IV рівня акредитації.-У 2-х т./ за ред. проф. А.К. Ніколішина. – Т.ІІ. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.
9. David L. Scott. Rheumatoid arthritis / David L. Scott, Frederick Wolfe, Tom W.J. Huizinga // The Lancet. – 2010. – Vol. 376. – P. 1094-1108.
10. Iain B. McInnes. The pathogenesis of rheumatoid arthritis / Iain B. McInnes, G. Schett // The new England j. of medicine. – 2011. – Vol. 365 (23). – P. 2205-2219.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СОЧЕТАННЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В.Н. Кульгина, А.В. Повшениук

Резюме. С целью изучения характера клинического течения заболеваний слизистой оболочки полости рта, сочетанных с ревматоидным артритом, проведено обследование 100 больных с указанной патологией. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц той же возрастной категории со здоровой слизистой оболочкой. Изучение состояния слизистой оболочки полости рта у больных выявило хронические воспалительные процессы: хронический катаральный стоматит (36 %), поверхностную и гиперпластическую форму десквамативного глоссита (25 и 20 %), атрофический глоссит (19 %). При этом установлено, что состояние слизистой оболочки полости рта в значительной степени зависело от характера, продолжительности и тяжести сопутствующего заболевания.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, ревматоидный артрит, клиническое обследование.

CLINICAL EXAMINATION RESULTS OF PATIENTS WITH ORAL MUCOSA DISEASES ASSOCIATED WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

V.N. Kulyhina, A.V. Povsheniuk

Abstract. Introduction. Diffuse diseases of connective tissue are autoimmune diseases characterized by a damage of connective tissue in various body systems and manifested by polymorphism of the clinical picture and a typical polycyclic course. In this regard, conducted clinical examination of patients with oral mucosa lesions associated with rheumatoid arthritis was aimed to establish the clinical course of oral mucosa diseases with combined with rheumatoid arthritis.

Materials and methods of examination. In order to study the nature of clinical course of oral mucosa diseases com-

bined with rheumatoid arthritis a clinical dental examination of 100 patients with indicated pathology aged from 34 to 62 years old has been conducted. They had appealed for aid to therapeutic dentistry department of Vinnytsia CCH №1 and therapeutic dentistry department of VNMU named after Pirogov. The control group included 25 practically healthy persons of the same age with healthy oral mucosa.

Research results. Among the 100 examined patients with lesions of the oral mucosa 36 people (36 %) had chronic catarrhal stomatitis, 25 (25 %) – superficial form of desquamative glossitis, 20 (20 %) – hyperplastic form of desquamative glossitis, and 19 (19 %) of them suffered from atrophic glossitis. It was established that conditions of the oral mucosa in significant degree depends on the nature, duration and severity of accompanying disease.

Conclusion. Considering the fact that diffuse lesions of connective tissue is the main pathogenetic link in rheumatoid arthritis it could be stated, that accompanying pathology affects negatively the oral mucosa and the course of detected oral diseases. Atrophic glossitis, which was observed in 19 % of patients out of the the total number of examined patients is associated with a pronounced atrophy of tongue papillae with similar genesis.

Abundant microflora in the oral cavity without sanitation, a decrease of salivation and chronic traumas contribute to increasing inflammation and appearance of subjective feelings in patients with desquamative glossitis.

Key words: diseases of the oral mucosa, rheumatoid arthritis, clinical examination.

Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – доц. О.В. Митченко

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 88-92

Надійшла до редакції 14.11.2014 року

© В.М. Кулигіна, А.В. Повшенюк, 2015

УДК 616.8-009.1-085.851.8

И.Д. Ладная

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. Изучены оптимальные сроки и курсы лечения больных с нейропатиями лицевого нерва различной степени тяжести. Комплексное лечение нейропатий лицевого нерва проводилось с использованием рефлексотерапии (иглоукальвание). По результатам исследования определены оптимальные сроки и количество курсов. Метод рефлексотерапии является более эффективным при обращении пациентов в более ран-

ний период заболевания. При длительно существующих нейропатиях необходимо провести пять и более курсов рефлексотерапии. Эффект лечения зависел от длительности заболевания и времени начала лечения.

Ключевые слова: нейропатии, лицевой нерв, рефлексотерапия.

Введение. Болезни нервной системы в настоящее время являются значимой медико-социальной проблемой [9, 16, 18]. Актуальным вопросом неврологии остается нейропатия лицевого нерва, обусловленная значительной распространенностью, особенностями клинического течения и его последствиями, что во многом снижает качество жизни и отрицательно влияет на психоэмоциональную сферу больных [12]. Приводятся данные, что распространенность нейропатии лицевого нерва составляет 13-24 случая на 100 тыс. населения [11]. Поражение лицевого нерва является наиболее распространенной проблемой в неврологии, которая приводит к стойким эстетическим дефектам, проявляющимся, прежде всего, в виде асимметрии лица [13].

Наиболее частыми причинами, вызывающими раздражение нервов или их вегетативных ганглиев, являются воспаление, травма и компрессия [17]. Предполагают, что поражение лицевого нерва связано с вирусной инфекцией, также

к факторам, способствующим развитию нейропатии лицевого нерва, относится: переохлаждение, повышение артериального давления, воспалительные заболевания уха и горла. Относительно нередкой причиной поражения нерва в стоматологической практике бывает анестезия нижнего альвеолярного нерва [18].

В неврологии применяются различные методы лечения нейропатий лицевого нерва, включая медикаментозное лечение и физиотерапию: электрическое поле УВЧ, переменное магнитное поле, электростимуляция, ультразвук, тепловое лечение, лечебную физкультуру [6, 7].

При лечении традиционными методами восстановление функции лицевого нерва наступает в 40-60 % случаев, поэтому продолжается поиск эффективных схем лечения нейропатий лицевого нерва [14, 15].

Одним из признанных методов лечения нейропатий лицевого нерва является рефлексотерапия, которая имеет минимум противопоказаний и