

**Є.Н. Дичко,  
Ю.В. Хотімська,  
І.А. Романюта,  
Т.М. Демішева**

*ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"  
кафедра дитячої стоматології  
(зав.-д.мед. наук, проф. І.В. Ковач)*

**Ключові слова:** *глосалгія і глосодинія, реовазографія, гіпертонус, церебральні судини, депресія*

**Key words:** *glossalgia, glossodynia, reovasography, hypertension, cerebral vessels, depression*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГЛОСАЛГІЇ ТА ГЛОСОДИНІЇ**

**Резюме.** *Обследовано 150 больных с глоссалгией и глоссодинией с использованием реовазографии в бассейне внутренней и наружной сонной артерии. Доказано, что у 90 % больных имеет место гипертонический тип реографической кривой, а у 10 % - дистонический или гипотонический. Нарушение кровоснабжения тканей головного мозга при нейростоматических патологических состояниях из-за проблем в магистральных церебральных артериях сопровождается гипоксией, что вызывает поломки в метаболизме катехоламинной системы и провоцирует возникновение депрессивного состояния у больных.*

**Summary.** *150 patients with glossalgia and glossodynia were examined using reovasography in internal and external carotid arteria circulation. It is proved that 90% of patients are characterized by hypertonic type of reographic curve and 10% have dystonic or hypotonic type of curve. Devascularization of cerebral tissues in neuro-stomatic pathologic states due to problems in main cerebral arteries is followed by hypoxia; this causes breakdown in catecholamine system metabolism and provokes depression state in patients.*

За даними вітчизняної та світової літератури, нейростоматологічні захворювання, серед них і неврити, невралгії та каузалгії черепно-мозкових нервів, мають досить складну природу виникнення та розвитку. Серед таких захворювань, що супроводжуються жорсткими больовими і парестетичними феноменами покривних тканин порожнини рота та обличчя, значне місце посідає глосалгія і глосодинія [3, 5]. Але до теперішнього часу не побудована достатньо обґрунтована, що спирається на результати глибокого та всебічного обстеження хворих, концепція патогенеза нейростоматологічних патологічних процесів. Існуючі погляди з цього питання вкрай однобічні, достатньо фрагментовані і не дозволяють у повному обсязі досягти бажаної лікувальної результативності [7]. Разом з тим, окрім суттєвих проявів больового і парестетичного синдрому стоматологічної локалізації, у хворих виникають ознаки виразних змін загального здоров'я, особливо нервових та психічних розладів [1, 2, 4]. Особи, що страждають на глосалгію та глосодинію, справедливо зараховуються до тяжких нервово-психічних хворих, оскільки у більшості з них виникають симптоми неврастенії і психастнії, що значно знижує якість їх життя, виключає з активної побутової та трудової діяльності [6, 8]. Такі хворі постійно знаходяться під тиском страху неминучої смерті від надуманого "невиліковного" онкологічного чи інфек-

ційного захворювання. Доведені добровільно до відчаю та крайнього ступеня депресивного стану від постійних думок суїцидального характеру, вони можуть реалізувати суїцид у будь-який час. За даними відомих досліджень, такої реакції на це захворювання є своє обґрунтування - адже в катехоламіновій системі, як основній адаптаційній системі організму, виникають суттєві поломки на етапах метаболізму, дуже схожі на такі при шизофренії [4]. Але чому центральна нервова система піддається подібним патологічним змінам – не зовсім зрозуміло. Не виключено, що обмінні процеси в головному мозку значною мірою залежать від порушень кровопостачання через церебральні судини. У той же час стан хворих при нейростоматологічних захворюваннях вивчався недостатньо.

Тому метою цього дослідження стало вивчення стану церебральної гемодинаміки при глосалгії та глосодинії для уточнення деяких ланок ланцюга патогенезу при нейростоматологічних патологічних процесах.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Обстежено 150 хворих на глосалгію та глосодинію в умовах стаціонарного відділення, де вони отримували лікування протягом 3-4 тижнів. Серед обстежених знаходилось 56 чоловіків та 94 жінок у віці від 47 до 72 років. Типові для больового та парестетичного феномену покрив-

них тканин порожнини рота симптоми у вигляді досить жорстких пекучих та помірних парестетичних відчуттів протягом денного часу не супроводжувались будь-якими специфічними об'єктивними змінами, окрім зниженої саливації у більшості випадків. Але хворі на нейростоматологічні парестетичні процеси мали відверті ознаки неврастенії та психастенії з елементами депресивного стану і навіть суїцидальних настроїв. Особи, які хворіли на глосалгію та глосодинію, мали різний ступінь інтенсивності проявів у порожнині рота - помірний (87 осіб) та інтенсивний (63 особи.). До звернення за лікарською допомогою 72 хворих страждали протягом одного року, 41 - до трьох років і 37 - понад три роки. Більшість обстежених знаходилась на диспансерному нагляді у лікаря - інтерніста через захворювання нервової, серцево-судинної, ендокринної чи травної системи або їх поєднання.

Окрім необхідних клінічних, параклінічних та загальних біохімічних обстежень, усім хворим проведено спеціальне реографічне дослідження за допомогою чотириканального стаціонарного реографа РГ-4 та електрокардіографа "Елкар-4" зі швидкістю руху реєструючого паперу 25 мм/сек. Для оцінки стану магістральних судин

басейну внутрішньої та зовнішньої сонної артерії та зовнішньої щелепної артерії реєстрували пульсові коливання реоенцефалограм, виличної ділянки та реофасціограм. Записували реограми на "фазі неглибокого вдиха" без, а також після функціональної проби на нітрогліцерин, що характеризувало ступінь реактивності і мобільності церебрального кровопостачання. Реографічні криві оцінювали як візуально, так і математично, прораховуючи значення анакротичної фази ( $\alpha$ ), реографічного індекса (PI), коефіцієнта тонічної напруги (КТН), коефіцієнта асиметрії кровонаповнення (КА) та індекса периферійного опору (ШО). За візуальною оцінкою реографічні хвилі відповідали нормотонічному, гіпертонічному, дистонічному та гіпотонічному типу (рис. 1, 2, 3, 4). Реограми хворих порівнювали з реограмами обстежених ділянок голови у 30 здорових осіб адекватного віку. Усім хворим призначалось комплексне лікування за участю відповідного лікаря-інтерніста, призначенням коректних нейро- і психотропних лікарських засобів, сугестивної терапії і релаксації за методикою Клайна і Клейнзорге. Отримані цифрові дані піддані статистичному аналізу за способом О.І. Сукманського.

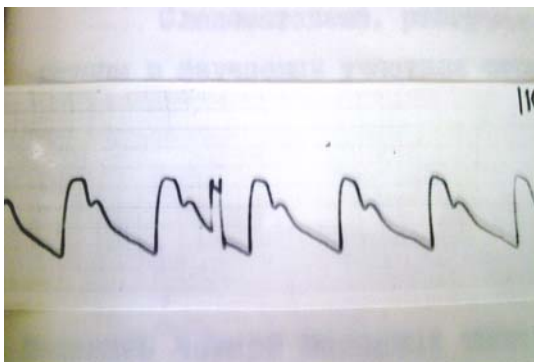


Рис. 1. Нормотонічний тип реограми

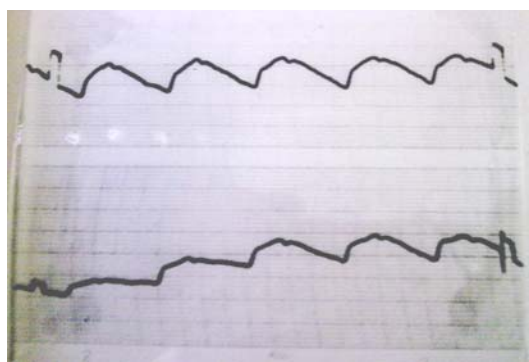


Рис. 2. Гіпертонічний тип реограми

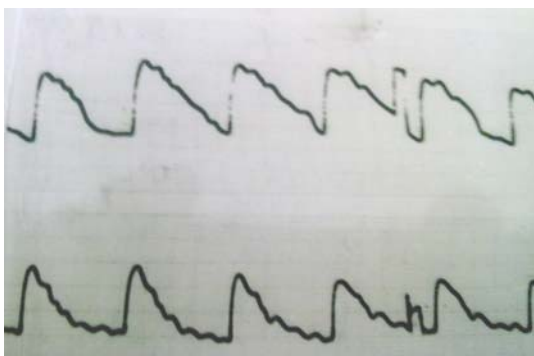


Рис. 3. Дистонічний тип реограми



Рис. 4. Гіпотонічний тип реограми

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз візуальних та математичних характеристик реовазограм басейнів внутрішньої та зовнішньої сонної артерії у хворих на глосалгію та глосодинію чітко показав, що нейростоматологічні захворювання супроводжуються достатньо значущими змінами магістральних церебральних артеріальних судин, що утруднює кровопостачання відповідних тканин.

В цілому за візуальними даними реограм судин басейну сонних артерій мають у 90,5 % випадків гіпертонічний тип і лише в 4,5 % - дистонічний, а в 5,0 % - навіть нормотонічний тип. Показники математичних характеристик реограм достойменно відрізнялись від таких у здорових осіб. Фармакологічна проба на нітрогліцерін слабо впливала на вигляд реографічної хвилі у осіб з глосалгією чи глосодинією на відміну від таких у здорових. Це свідчить про досить стійку гіпертензію магістральних артерій не стільки функціонального, а більш структурного характеру. Незмінність реограм під час нітрогліцеринової проби виявилась у 87 % хворих, а лише у 4% осіб відмічені ознаки нормалізації судин сонних артерій, що можна розцінити як зворотність патологічних змін судинної системи та функціональний характер цих порушень. При аналізі показників реограм найбільш суттєво змінювались у бік нормалізації цифрові дані  $\alpha$  та ПЮ. Показово, що реоенцефалограми, реофациограми та реовазограми, які відтворюють стан кровопостачання в басейні сонних артерій, не змогли зафіксувати чіткі відмінності як за ступенем інтенсивності нейростоматологічної патології, так і терміном захворювання. Слід визнати, що реографія не є надто чутливим способом оцінки важливих клінічних ознак глосалгії та глосодинії на рівні крупних артеріальних судин. Разом з тим отримані дані свідчать про стабільно суттєве порушення кровопостачання тканин головного мозку хворих на нейростоматологічні захворювання, що не може не впливати на кисневе забезпечення обмінних біохімічних процесів у ЦНС, оптимальне продукування нейрогормонів та ферментів, їх участі в складних нейрогуморальних регуляціях. Особливо чутливою до гіпоксії мозку є адреналова система,

поламака нормального метаболізму якої на рівні дофаміну завжди супроводжується виникненням депресивного стану у хворих, що клінічно супроводжується неврастенією та психастенією. Таким чином можна стверджувати, що виявлене порушення церебрального кровообігу неминуче негативно впливає на кровопостачання тканин головного мозку, виникнення відчутної гіпоксії, тобто є важливими ланками ланцюга патогенезу больового і парестетичного феномену – судинної та гіпоксичної. Такі порушення потребують відповідної медикаментозної корекції патогенетичного спрямування в комплексному лікуванні глосалгії та глосодинії.

## ВИСНОВКИ

1. Особи, хворі на глосалгію та глосодинію, мають відверті ознаки неврастенії та психастенії з елементами депресивного стану і суїцидальними забарвленнями.
2. Реографічні дослідження церебральних артеріальних судин виявили в більшості випадків гіпертонічний тип кривих і лише в 10% - він дистонічний або гіпотонічний.
3. Фармакологічна проба на нітрогліцерін майже не впливала на реографічну хвилю і свідчить про стійку гіпертензію магістральних судин, не виключено структурного характеру.
4. Характер порушення тканин головного мозку хворих на глосалгію та глосодинію в басейні сонних артерій не змінювався при різній інтенсивності та терміні захворювання, тобто реографія не є достатньо чутливим способом оцінки клінічних ознак нейростоматологічної патології.
5. Разом з тим порушене кровопостачання тканин головного мозку не може не впливати, перш за все, на кисневе забезпечення обмінних процесів у ЦНС. Поламака метаболізму катехоламінової системи на рівні гормона дофаміну неминуче супроводжується депресивним станом хворих.
6. Таким чином можна стверджувати, що в патогенезі больового та парестетичного феноменів провідними ланками слід вважати судинну та гіпоксичну ланку.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дычко Е.Н. Глоссалгия (аспекты патогенеза и лечения): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматология" / Е.Н. Дычко. – М., 1982. – 39 с.

2. Дычко Е.Н. Психоэмоциональное состояние у больных с глоссалгией / Е.Н. Дычко, П.Л. Срибник,

А.В. Штомпель // Актуальні питання медицини. – Д., 2012. – С. 37-38.

3. Ерохина Л.Г. Лицевые боли / Л.Г. Ерохина. – М., 1973. – 175с.

4. Роль метаболизма липидов и катехоламинов в патогенезе глоссалгии /Е.Н. Дычко, И.В. Ковач,

В.А. Вовк, П.Л. Срибник // Укр. стоматол. альманах. – 2009. – № 2. – С. 54-55.

5. Смирнов В.А. Заболевания нервной системы лица / В.А. Смирнов. – М., 1976. – 239 с.

6. Уровень качества жизни у больных глоссалгией / Е.Н. Дычко, И.В. Ковач, А.В. Самойленко, И.А. Романюта // Укр. стоматол. альманах. – 2011, №2. – С.22-24.

7. Яворская Е.С. Патогенез парестезий при глоссодинии / Е.С. Яворская // Врачеб. дело. – 1966. – № 10. – С. 87-91.

8. Lauper C. Psychosomatic aspect of glossodynia / C.Lauper // Actue Odontomatue. – 1974. – Vol.108, N 74. – P.661-666.

