

**КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЧНОГО СТАТУСУ ТА
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПЕЧІННЯ
РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ
ПЛАСТИНКОВИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Виконавці:

Завідувач кафедри ортодонтії, ортопедичної та хірургічної
стоматології ХНМУ, к.мед.н., доц. Е.Д. Діасамідзе

Аспірант кафедри ортодонтії, ортопедичної та хірургічної
стоматології ХНМУ Є.С. Якіменко

Доцент кафедри ортодонтії, ортопедичної та хірургічної
стоматології ХНМУ, к.мед.н., доц. С.А. Гордієнко

Харківський національний медичний університет

Метою цього дослідження

було комплексне вивчення диференційно-діагностичних ознак порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинковими протезами, що пов'язані з парестезією протезного поля, із застосуванням комплексу клініко-лабораторних, психодіагностичних та психометричних тестів.

Завдання:

- провести диференціальну діагностику прояв та причин, що впливають на терміни адаптації до знімних пластинкових протезів, при вивченні явища непереносимості знімних пластинкових протезів, пов'язаних із синдромом печіння ротової порожнини (СПРП);
- вивчити інформативність психодіагностичних тестів для з'ясування причин порушення адаптації до знімних пластинкових протезів, пов'язаних із СПРП.

Матеріали і методи дослідження.

У клінічних умовах нами було обстежено 150 пацієнтів, що звернулись на кафедру ортопедичної стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти та кафедру ортодонтії, ортопедичної та хірургічної стоматології Харківського національного медичного університету у період з 2015-2025 рр., та із стоматологічних закладів міста Харкова та Харківської області. Вік обстежених осіб становив від 44 до 75 років.

Розподіл пацієнтів за віком і статтю

Стать	вік				Усього
	40–60		60–75		
	абс.	%	абс.	%	
Жінки	30	58,8	62	66,7	92
Чоловіки	21	41,2	37	37,3	58
Усього	51	100	99	100	150

Гендерний розподіл пацієнтів

Гендерний розподіл



Основними критеріями включення пацієнтів були:

- заміщення часткових чи повних дефектів зубних рядів знімними пластинковими зубними протезами;
- стійкі порушення адаптації до знімних пластинкових протезів, що не піддаються корекції;
- порушення адаптації у повторно протезованих пацієнтів;
- біль та парестезія слизової оболонки протезного поля, а саме: під базисом протезів, кінчика, бічної поверхні, спинки або всієї поверхні язика, твердого піднебіння, щік, губ, тощо;
- усі пацієнти пов'язували появу чи посилення симптомів з попереднім протезуванням.

Критерії виключення:

- при відборі виключали пацієнтів, які на момент обстеження мали загострення або наявність значимих клінічних проявів соматичної патології;
- психічні захворювання в анамнезі;
- пацієнти, що страждають на алкоголізм та наркозалежність.

З кожного пацієнта ми отримали письмову згоду на багаторазове і тривале обстеження, після чого було проведено повне обстеження.

Усім пацієнтам був застосований широкий комплекс сучасних клініко-лабораторних та психодіагностичних методів дослідження. Саме дослідження включало декілька етапів:

1-й етап – деталізація та аналіз скарг. Збір анамнезу життя та захворювання для вивчення характеру та часу виникнення болю, інтенсивність його наростання, визначення взаємозв'язку з загостренням загальносоматичних захворювань, сухість та неприємний присмак, чи пацієнт приймає антибіотики, кортикостероїди, імуносупресанти тощо.

2-й етап – ретельний об'єктивний огляд органів і тканин ротової порожнини з метою диференціальної діагностики для виявлення морфологічних змін слизової оболонки ротової порожнини та протезного ложа.

3-й етап – пальпація точок виходу трійчастого нерва по лінії Гіртля та проведення методу ішемічної компресії для виявлення тригерних точок (ТТ).

4-й етап – проведення тензоалгологічного дослідження (вимірювання порогів больової чутливості методом механічної стимуляції) із застосуванням естезіометрії для визначення чутливості різних ділянок порожнини рота та обличчя до тиску.

5-й етап – візуальний внутрішньоротовий огляд та експертна оцінка якості наявних знімних протезів та їхнього гігієнічного стану. Звертали увагу на правильність конструкції та технічне виготовлення протезів.

Етапи дослідження

6-й етап – ретельний аналіз супутніх загальносоматичних захворювань для оцінки структури фонових захворювань, щоб виокремити домінуючу соматичну патологію при парестезії слизової оболонки ротової порожнини та зміни її перебігу у зв'язку з протезуванням знімними пластинковими протезами для визначення кореляції отриманих даних.

7-й етап – для визначення характеру звикання пацієнтів до знімних протезів і подальшої оцінки ролі психоемоційних чинників у генезі СПРП ми застосовували комплекс психодіагностичних тестів, які можна використовувати у амбулаторних умовах, бо вони не вимагають великих витрат часу, мають високу достовірність і простоту обробки результатів, а інтерпретація отриманих результатів не вимагає тривалої кваліфікованої підготовки, а саме:

- опитувальник Спілбергера – Ханіна;
- колірний тест М. Люшера;
- особистісний опитувальник Г. Айзенка;
- торонтська олекситимічна шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS–20);
- рівень депресії оцінювався за допомогою шкали самооцінки депресії А.Р. Бека;
- візуальну аналогову шкалу ВАШ (VAS);

8-й етап – для оцінки якості життя пацієнтів проводили психометричні дослідження неспецифічним 36-пунктовим коротким опитувальником здоров'я The Short Form – 36 (SF-36), що набув широкого розповсюдження для багатовимірних аспектів здоров'я з погляду самого пацієнта

9-й етап – рентгенографія та томографія для обстеження кісткової тканини протезного ложа.

10-й етап – аналіз вмісту кортизолу в ротовій рідині як маркера стресу.

Вибір саме цих показників обумовлений їхньою чутливістю до змін психоемоційного стану та їхньою роллю у забезпеченні гомеостазу ротової порожнини.

11-й етап – вивчення зміни мікроциркуляції крові в слизовій оболонці ротової порожнини та язика за даними методу лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ).

Результати та їх обговорення.

На початковому етапі дослідження було проаналізовано групи чинників, а саме: місцеві, системні та психологічні, які є етіопатогенетичними ланками виникнення та розвитку СПРП. Додатковий ретроспективний аналіз первинної медичної документації надав нам змогу підтвердити вплив саме місцевих та системних чинників на порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинковими зубними протезами, що пов'язані з парестезією протезного поля, у 103 пацієнтів, або 68,7% обстежених пацієнтів, які склали **I групу**.

Локалізація парестезії у обстежених пацієнтів

Локалізація	Кількість	%
Кінчик язика	54	52,4%
Спинка язика	14	13,6%
Бічні поверхні язика	9	8,7%
На обох губах	6	5,8%
Ізольовано на нижній губі	7	6,8%
На піднебінні	8	7,8%
На горлі	5	4,9%
Всього	103	100%

За даними лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ) у пацієнтів першої групи отримані результати свідчили про значне зниження перфузії тканинного кровотоку, яка в середньому становила $14,66 \pm 1,26$ перф. од ($p < 0,05$), розкид показань реєструвався від $11,43 \pm 0,98$ перф. од. до $17,88 \pm 1,43$ перф. од. ($p < 0,05$).

За даними ЛДФ рівень тканинного кровотоку у пацієнтів другої групи був у нормі та в середньому склав $25,14 \pm 1,21$ перф. од., при цьому розкид показань реєструвався від $21,53 \pm 3,01$ перф. од. до $27,04 \pm 1,65$ перф. од.

Результати досліджуваних параметрів ЛДФ, (M $\pm$ m)

Групи	Максимальний показник	Мінімальний показник	Середній показник
I	$17,88 \pm 1,43$	$11,43 \pm 0,98$	$14,66 \pm 1,26$
II	$27,04 \pm 1,65$	$21,53 \pm 3,01$	$25,14 \pm 1,21$

II групу склали 47 пацієнтів, або 31,3% обстежених, у яких ми змогли підтвердити вплив саме психологічних чинників порушення процесу адаптації до знімних пластинкових протезів пов'язаних з парестезією протезного поля.

У всіх пацієнтів другої групи, які страждають на СПРП, спостерігався несприятливий нервово-психічний стан.

Достовірність відмінностей показників шкал: тривоги Спілбергера-Ханіна, алекситимії та депресії Бека у пацієнтів I та II груп, ($M \pm m$). Примітка: статистично значуща різниця досліджуваних показників становила $p < 0,001$.

Групи	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Алекситимія	Депресія
I група	33,2±0,78	30,6±0,74	51,8±0,71	17.1±0.74
II група	59,1±1,23	46,2±1,17	72,4±1,5	30.2±1.18

Висновки.

Після комплексного дослідження, вплив саме місцевих та системних чинників на порушення процесу адаптації, що пов'язані з парестезією протезного поля, був підтверджений у 103 пацієнтів, або 68,7% обстежених пацієнтів.

У 47 пацієнтів, або 31,3% обстежених, ми змогли підтвердити вплив саме психологічних чинників порушення процесу адаптації пов'язаних з парестезією протезного поля.

Синдром печіння порожнини рота є діагнозом виключення.

Усі відомі клініко-лабораторні методи візуалізації та дослідження не завжди виявляють патології, яка може бути безпосередньо пов'язана з наявними симптомами СПРП

Проведений порівняльний аналіз отриманих результатів комплексного дослідження дав змогу показати, що афективна складова больового синдрому в пацієнтів другої групи із синдромом печіння в порожнині рота була більш вираженою, ніж у пацієнтів першої групи.

Таким чином, отримані дані нейропсихологічних досліджень можна розцінювати як підтвердження концепції, що розглядає синдром печіння в ротовій порожнині психосоматичним розладом, у генезі якого провідна роль належить соматизації афекту – тобто коли процес емоційного напруження або стресу перетворюються на фізичні симптоми та проявляються у вигляді тілесного відчуття болю, дискомфорту у різних частинах тіла, або в інших фізичних проявах, які не мають органічної причини, а не у вигляді усвідомлених емоцій.