



ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ



Н.М. Савельєва
Харківський національний
медичний університет

І.І. Соколова
Харківський національний
медичний університет

В.В. Шепилєв
КЗОЗ Харківська міська
стоматологічна поліклініка №2

Первинна медико-санітарна допомога і відповідні їй установи, у тому числі КЗОЗ «Харківська міська стоматологічна поліклініка №2», – це місце першого контакту населення зі службами охорони здоров'я, де зібрана значна кількість лікарів різних стоматологічних спеціальностей, які володіють сучасними методиками діагностики і лікування, використовуючи складне новітнє стоматологічне обладнання. Серед найважливіших завдань зазначеного лікувального закладу, як і будь-якого іншого, є своєчасне та якісне надання медичних послуг, їх доступність для усіх категорій населення, незалежно від місця проживання. Починаючи з середини 2014 року в поліклініці розпочато обслуговування певної категорії громадян, яких на сьогоднішній день прийнято називати внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Це саме ті люди, які внаслідок російської агресії та подій на Сході України вимушені були залишити своє постійне місце проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуацій насильства та порушень прав людини. Така категорія осіб в Україні за часів незалежності була зафіксована вперше [1].

За даними звернень ВПО за стоматологічною допомогою в I та II терапевтичне відділення поліклініки на протязі 10 місяців наших досліджень визначена структура відвідувань, у якій на пульпіт припадає 36%, на періодонтит – 20%, на патології СОПР – 29%. Цікаво, що з приводу лікування карієсу, який мав значну розповсюдженість у пацієнтів (94%), звернень до лікаря-стоматолога було вкрай мало (6%). Також в ході досліджень встановлено, що за розглянутий проміжок часу лише 9% пацієнтів пред'явили скарги на свербіж і неприємні відчуття та кровоточивість в яснах при прийомі їжі та чищенні зубів, хоча розповсюдженість захворювань ХГП у всіх обстежених пацієнтів була достатньо високою (84%). Таким чином, можна зробити висновок, що ВПО, як правило, зверталися до лікаря у випадку нестерпної болі, яку вони самотужки подолати не могли.

Проте на особливу лікарську увагу заслуговують звернення пацієнтів з приводу стоматологічних захворювань, виникнення яких, на думку вчених [2, 3, 4, 5], може бути пов'язано з високим рівнем нервово-психічного напруження хворих (глосодії, червоного плескатоного лишая, виразково-некротичного стоматиту, ексфолювативного хейліту, atopічного хейліту, виразково-некротичного гінгівіту Венсана, пухирчатки тощо). І хоча в даний час вже не потребує доказу роль психологічних факторів у розвитку будь-якого патологічного процесу, все ж лікарям медичного закладу та співробітникам ХНМУ видається важливим дослідити наслідки впливу посттравматичного стресу на здоров'я порожнини рота у ВПО.

Під час лікування ВПО лікарі спостерігали, що у багатьох з них після пережитої психотравми виникли неприємні тілесні відчуття, значна кількість обстежених хворих скаржилася на наявність болю кількох локалізацій у порожнині рота. Лікарям доводилося вислуховувати від пацієнтів багато скарг на відчуття тиску

у горлі, грудки у горлі, на сухість та стягнутість слизової оболонки щік, гіпосалівацію, гіперсалівацію, бруксизм, оніміння в різних областях порожнини рота, ускладнення при ковтанні. Пацієнти виказували свою стурбованість відносно того, що «дуже сохнуть губи», «важко ворухити язиком» та ін.

Особлива увага медиків була прикута до досить високої розповсюдженості у ВПО глосодінії, в патогенезі якої, як відомо, значну роль відіграють нервові, вегетативні і судинні розлади [6]. Рівень захворюваності глосодінією у даної категорії хворих складає найвищий відсоток в структурі патологій СОПР (31%).

Глосодінія (глосалгія, синдром печіння язика, сенсорний невроз язика, глосопіров, вегетос язика) – стійкі болі і парестезії (печіння, поколювання, свербіж, оніміння, «здерев'яніння», «повзання мурашок», розпирання, ломота та ін.) візуально незміненого язика. Вперше науковий опис цього захворювання дали Вайс в 1838 і Буїссон в 1845 роках, термін «глосодінія» ввів у 1896 році німецький невропатолог Г. Оппенгейм, а в 1936 році його співвітчизник О. Форстер докладно описав цю патологію [7]. Найбільш характерними симптомами для глосодінії є зниження або повне зникнення всіх неприємних відчуттів під час їжі, розлад салівації (частіше – її зниження), зникнення або зниження глоткового рефлексу. Глосодінія може обумовлюватися як загальними (хронічна ксеростомія, клімакс, анемія, рефлюкс–езофагіт, алергія, цукровий діабет, депресія, синдром «шия–язик», прихована недостатність харчування та ін.), так і місцевими чинниками. Важливе значення мають подразники механічного, хімічного чи термічного характеру у порожнині рота.

В ході лікування ВПО було детально проаналізовано три клінічних випадки глосодінії, що дало можливість зробити деякі висновки відносно впливу пережитих травмуючих подій на появу стоматологічної захворюваності.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 1

Хвора Л., 41 р., пред'являє скарги на пекучі болі та поколювання у язичці. Болі виникають раптово, вночі вони відсутні. Під час прийому їжі неприємних відчуттів пацієнтка не відчуває. Вказати їх локалізацію не може. Характер відчуттів змінюється протягом короткого проміжку часу. Спостерігається сухість у роті. Покусана слизова оболонка губ. Скарги проявилися в останні 2,5 місяці, до лікарів не зверталася. Пацієнтка вкрай дратівлива, говорить швидко, емоційно, перебиває лікаря.

Об'єктивне обстеження: зовнішній огляд без особливостей, шкірний покрив звичайного кольору, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Червона облямівка губ без змін. Цілісність поверхні язика і слизової оболонки порожнини рота не порушена. Розміри язика звичайні, відповідають порожнині рота. Слизова оболонка язика чиста, блідо–рожева, волога. При пальпації хворобливих відчуттів не виникає. Рухова функція язика не порушена. Глотковий рефлекс знижено.

З огляду на те, що, на нашу думку, глосодінія у даної хворої обумовлена впливом наслідків психотравмуючих чинників, терапія проводилась спільно лікарем–стоматологом, невропатологом і психотерапевтом.

Схема лікування, яка надавалася стоматологом.

- ▶ Санація порожнини рота, професійна гігієна порожнини рота, усунення вогнищ хронічної інфекції.
- ▶ «Орасепт–спрей» – розпилювання в порожнину роту, натискаючи 5 разів – 2–3 рази на день. Тривалість курсу лікування – 7 днів.
- ▶ Зубний еліксир «Лізомукоїд» – полоскання ротової порожнини після процедури чищення зубів та після кожного прийому їжі.
- ▶ «Нейровітан» – 1 пігулка 4 рази на день. Тривалість курсу лікування – 14 днів.

Схема лікування, яка надавалася невропатологом.

- ▶ «Гідазепам ІС» – по 0,02 г (1 пігулка) 3 рази на день. Тривалість курсу лікування – 10 днів.
- ▶ «Анантаваті» – по 1 пігулці 1 раз на добу (на ніч). Тривалість курсу лікування – 2 міс.

Призначене лікування було успішним. Хвора помітила зменшення частоти неприємних відчуттів у язичці вже на 4 день комплексного лікування.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 2

Хвора С., 44 р., пред'являє скарги на печіння в язичці, болі, сухість у порожнині рота, парестезії протягом останніх 5 місяців. Під час прийому їжі болі відсутні. Неприємні відчуття носять постійний характер. Пацієнтка скаржиться на тривожність, дратівливість, постійну спрагу.

Об'єктивне обстеження: зовнішній огляд без особливостей, шкірний покрив звичайного кольору, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Червона облямівка губ без змін. Слизова порожнини рота стоншена, атрофічна. Абсолютна сухість слизової, яка зумовлює різку болісність при контакті зі стоматологічними інструментами. Сосочковий рельєф язика згладжений. Рухова функція язика не порушена. Сухість червоної облямівки губ з ознаками ексfolіативного хейліту. Є велика кількість зубного нальоту. Фіксується неприємний запах із порожнини роту.

Діагноз: глосодінія, обумовлена наявністю у хворої цукрового діабету.

Терапія проводилася спільно лікарем–стоматологом, ендокринологом, невропатологом.

Схема лікування, яка надавалася стоматологом.

- ▶ Санація порожнини рота, професійна гігієна порожнини рота, усунення вогнищ хронічної інфекції.
- ▶ «Орасепт–спрей» – розпилювання в порожнину роту, натискаючи 5 разів – 2–3 рази на день. Тривалість курсу лікування – 7 днів.
- ▶ Зубний еліксир «Лізомукоїд» – полоскання ротової порожнини після процедури чищення зубів і після кожного прийому їжі.
- ▶ «Нейровітан» – 1 пігулка 4 рази на день. Тривалість курсу лікування – 14 днів.

Схема лікування, яка надавалася невропатологом.

- ▶ «Гідазепам ІС» – по 0,02 г (1 пігулка) 3 рази на день. Тривалість курсу лікування – 10 днів.
- ▶ «Афабазол» – по 1 пігулці 3 раз на добу. Тривалість курсу лікування – 30 днів.

Схема лікування, яка надавалася ендокринологом.

- ▶ «Хумалог–Мікс» 25 – 16 одиниць на добу.

Призначене лікування було успішним, на протязі одного місяця сприяло зникненню болю у язиці, зменшенню дратівливості.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 3

Хвора Л., 38 р., пред'являє скарги на сухість у порожнині рота і біль у язиці, порушення смаку на протязі останніх 2 місяців. Під час прийому їжі болі відсутні. Неприємні відчуття носять постійний характер. Маються скарги на металевий присмак у порожнині роти, спостерігається збочення смаку.

Об'єктивне обстеження: зовнішній огляд без особливостей, шкірний покрив звичайного кольору, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Сухість червоної облямівки губ з ознаками ексфоліативного хейліту. Цілісність поверхні язика і слизової оболонки порожнини рота не порушена. Розміри язика звичайні, відповідають порожнині рота. Слизова оболонка язика має наліт білого кольору. Сосковий рельєф язика згладжений. Рухова функція язика не порушена. Є велика кількість зубного нальоту.

Діагноз: глосодінія, обумовлена алергічною реакцією організму на тривале вживання трициклічного антидепресанту із седативним компонентом – амітриптиліну.

Терапія проводилася спільно лікарем–стоматологом, невропатологом і психіатром.

Схема лікування, яка надавалася стоматологом.

- ▶ Санація порожнини рота, професійна гігієна порожнини рота, усунення вогнищ хронічної інфекції.
- ▶ Зубний еліксир «Лізоумкоїд» – полоскання ротової порожнини після процедури чищення зубів і після кожного прийому їжі.
- ▶ «Аевіт» – по 0,2 г 3 рази на день. Тривалість курсу лікування - 1 міс.
- ▶ «Нейровітан» – по 1 пігулці 4 рази на день. Тривалість курсу лікування - 14 діб.

Схема лікування ексфоліативного хейліта.

- ▶ Антисептична обробка червоної облямівки губ – хлоргексидин біглюконат 0,02%.
- ▶ Аплікація мазі «Клотримазол» на червону облямівку губ на 2 хвилини.
- ▶ Аплікація мазі «Тріакорт» на червону облямівку губ 5–7 хвилин.
- ▶ Бальзам для губ «Біокон».

Схема лікування, яка надавалася невропатологом і психіатром.

- ▶ «Пароксетин» – по 1 пігулці 1 раз на день. Тривалість курсу лікування - 2 міс.

Через один місяць лікування пацієнтка відмітила істотне покращення свого стану, стала спокійнішою, впевненішою в собі. Біль у язиці зникла. Призначене лікування було успішним.

У зв'язку з етіологічним поліморфізмом глосодінії у лікарів–стоматологів виникло багато питань стосовно тактики лікування цієї складної хвороби. Зрозуміло, що успіх у вирішенні будь–якого захворювання залежить від знання його етіології і патогенезу і, виходячи із складного психологічного стану обстежуваних хворих, лікар може відразу зробити припущення, що хвороба є наслідком глибокої

психічної травми у людини. І все ж досвідчені стоматологи розуміють, що висновки щодо функціонального, психогенного характеру захворювання можна зробити тільки в останню чергу, якщо не знайдено органічних причин [8], хоча, безумовно, не можна ігнорувати визначальну психологічну ланку в ефективності здійснюваного лікувального процесу. Результати досліджень вказують на те, що больова симптоматика у хворих мала як біологічну, так й нервово–психічну та психологічну природу.

Але найголовнішим висновком стало те, що у всіх трьох випадках у обстежених хворих поява глосодінії безпосередньо чи опосередковано була пов'язана з потужним, нещодавно пережитим стресом. Так, якщо у першому випадку лікарями було встановлено беззаперечний причинно–наслідковий зв'язок між психогенними чинниками (посттравматичним синдромом) та виникненню стоматологічного захворювання, то у другому поява глосодінії була обумовлена цукровим діабетом, який, як показали дослідження, також став наслідком пережитих травмуючих подій, тобто стресу. У третьому випадку лікарями було встановлено, що хвора в процесі пошуку можливих шляхів виходу із стресової ситуації безконтрольно вживала психотропний препарат, що викликало алергічну реакцію організму, наслідками якої і стали нестерпні болі у язиці.

Слід відзначити, що на етапі проведення діагностично–лікувальних заходів у цих хворих використання загальної стандартизованої схеми обстеження було вкрай важкою задачею, насилу вдавалося зібрати весь необхідний комплекс відомостей про пацієнтів. Клінічне інтерв'ю з хворими виявилось дуже складним процесом, давалося взнати їх емоційне напруження і хвилювання. Все це потребувало від стоматолога певного терпіння і навичок. У всіх трьох випадках на початку лікування медпрацівники спостерігали відмову пацієнтів від відвідування лікарів інших спеціальностей (в подальшому ситуація змінилася на краще), що було конче необхідно для встановлення вірного діагнозу стоматологічного захворювання. Відчувалася потреба у медичній документації хворих, яка, на превеликій жаль, була відсутня. І тут спадає на думку, наскільки б доречною у даному випадку була б наявність в Україні єдиної інформаційної системи в медицині, яка надала б можливість зберігати дані про будь якого пацієнта.

Слід зауважити, що важливу роль у визначенні тактики лікування глосодінії відіграло використання лікарями мережі Інтернет, яке надало можливість отримати дані про регіональні особливості стану здоров'я мешканців Донецької області, де серед найбільш поширених соціально–значущих хвороб на теперішній час є цукровий діабет [9], одними з ознак якого і є болі у язиці, ксеростомія, тривожно–депресивні розлади [10].

Отже, спираючись на отримані дані, можна констатувати, що позитивний ефект у зниженні, а згодом і в зникненні больового синдрому у язиці у всіх трьох випадках з'явився саме після вірно встановлених етіологічних факторів глосодінії та проведеного комплексного медикаментозного лікування, у якому були задіяні також інші спеціалісти – психотерапевт, ендокринолог, психіатр, невропатолог.

Лікарі медичного закладу одностайні у тому, що саме системний, комплексний, міждисциплінарний підхід до діагностики та лікування порушень здоров'я людини дозволяє реально покращити роботу не тільки по збереженню стоматологічного здоров'я, але й по попередженню хронізації психічних порушень та розвитку коморбідних захворювань у ВПО. Усвідомлюючи важливість своєчасного встановлення змін загального та психічного стану ВПО, лікарями медичного закладу разом зі співробітниками ХНМУ було розроблено анкету анонімного медико-соціального обстеження пацієнтів, яка, між іншим, допомогла встановити і цілий комплекс їхніх соціальних проблем.

Практика доводить, що абсолютно необхідним і виправданим є також використання у роботі лікарів медичного закладу «Опитувальника травматичного стресу», «Шкали оцінки тяжкості впливу травмуючої події», «Клінічної шкали тривоги та депресії», що дозволяє медпрацівникам встановити не тільки сам факт психічного неблагополуччя у ВПО, але і його ступінь. На жаль результати досліджень дають підстави стверджувати, що у переважній більшості обстежених пацієнтів спостерігається наявність ознак посттравматичних стресових розладів (69%). Відомо, що посттравматичний синдром може розвиватися практично у кожної людини, це нормальна реакція організму на надзвичайні обставини, коли події мають екстремальний характер, виходять за межі звичайних людських переживань і викликають інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності [11]. Вчені доводять, що при важких катастрофах і наслідках стихійних лих питома вага психічних розладів складає близько 10% від загального числа хворих [12].

Безумовно, в залежності від індивідуальних психологічних особливостей конкретної людини кожен по різному переносить наслідки пережитої психотравми. Спостереження лікарів підтверджують обґрунтованість поглядів Лазаренко Ю.Н. [10] відносно умовного розподілу всіх людей, які опинилися в екстремальній ситуації, на 3 групи. До першої групи, на думку вченого, входять особи з ситуаційним розладом поведінки, у яких спостерігається реакція напруги, тривоги, страху і нервової демобілізації, які не досягають рівня психоемоційного розладу і продовжуються від 2-х до 24-х годин. Друга група – це особи з граничним станом псевдоневрозів і синдромами соматичних порушень; третя група складається з осіб з психічними порушеннями. Як свідчать отримані дані, психічні та поведінкові реакції у ВПО можуть бути найрізноманітнішими і непередбачуваними. Лікарі спостерігають у пацієнтів поведінкові порушення від депресії до агресії, трапляються випадки, коли людина будь-яке зауваження сприймає як образу. Ця категорія хворих є дуже вразливою, іноді дуже вибагливою, звертає на себе увагу їх постійна настороженість, надмірна деталізація скарг. У цих хворих відмічаються окремі випадки гіпестезії, анестезії, гіперстезії, гіпоальгезії, гіперальгезії, тобто наявність нез'ясованих, незрозумілих відчуттів, які не мають видимих причин і не пов'язані з зонами іннервації і зонами здійснюваних маніпуляцій. Зрозуміло, що такі епізоди у лікарській практиці завжди повинні насто-

рожувати стоматолога і бути поштовхом у більш детальному обстеженні пацієнта.

Окремо слід підкреслити, що особливу складність в стоматологічному обслуговуванні ВПО складає призначення їм психофармакокорекції, що є не тільки важливою частиною комплексного лікування стоматологічних захворювань, але й терапією, яка купіює больовий синдром та розлади емоційної сфери. Медпрацівникам доводиться іноді стикатися з тим, як загальна неготовність людей до впливу екстремальних умов вимушує їх самостійно (як у розглянутому нами випадку з глосодінією), без призначення лікаря компенсувати різними способами свої страхи та негативні психологічні стани, використовуючи депресанти, транквілізатори, галюциногенні препарати. Саме ця обставина ще раз нагадує лікарю про те, що безпечність фармакотерапії займає не менш значне місце, ніж її ефективність і спонукає його бути дуже обережним при призначенні препаратів цього класу, віддаючи по можливості перевагу лікам природного походження, які не мають істотних побічних ефектів і позитивно сприймаються пацієнтами.

З огляду на вищевикладене зрозуміло, що при обслуговуванні ВПО перед лікарями-стоматологами постає складний комплекс проблем, який вимагає від них спеціальних знань з різних галузей клінічної медицини, психології, фармакології, навичок спілкування з пацієнтами, вміння плідно працювати у складі мультидисциплінарної команди. Слід відзначити незаперечну потребу у ґрунтовній психологічній підтримці ВПО, яку в змозі надати і успішно надають лікарі-стоматологи медичного закладу. Спілкуючись з ВПО, кожен медичний працівник розуміє, що перед ним людина, вирвана із звичного середовища проживання, водночас позбавлена всього, з безмежними стражданнями від невизначеності, невпевненості в майбутньому. Тому увага лікарів акцентується не тільки на суто лікувальному процесі, але й на створенні доброзичливої атмосфери, прояві чуйного ставлення до кожного хворого, що у більшості випадків дозволяє подолати або знизити негативний вплив на них травмуючої пережитої події, покращити якість їх життя і прихильність до терапії.

► СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ ◀

1. Тищенко Н.І. Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення / І.Н. Тищенко, Б.Ю. Піроцький // «Молодий вчений» – 2014.–№10 (13).–С.124–126.
2. Тарасенко Л.М. Патогенез повреждения пародонта при стрессе: автореферат на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Стоматология» / Л.М. Тарасенко. – Москва, 1985. – 41 с.
3. Сирота Г.И. Клинические аспекты влияния хронического психоэмоционального стресса на пародонт / Г.И. Сирота, В.Ф.Кохановский, Г.В. Алексеенко // Стоматология: Респ.межвед.сб. — Киев, 1989.– Вып. 24.– С.31–36.
4. Сукманский О.И. К вопросу о нервнотрофических процессах в полости рта: автореферат на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Стоматология» / О.И. Сукманский. – Москва, 1985. – 41 с.
5. Терапевтична стоматологія: підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680с.

Повний список літератури знаходиться в редакції.