

тельных стволиков между СЕ; 5) уникальность соединительнотканного каркаса, его топографическая близость к нервным и сосудистым структурам.

Все изложенное выше позволяет по-новому подойти к оценке патогенетических механизмов синдромов КМ, к быстро наступающим изменениям в брадитрофных тканях, в первую очередь, в местах прикрепления к костным выступам. Источником патологической импульсации может стать сама мышца. Спастически сокращенная мышца (при ослабленной защитной функции фасции) может способствовать:

а) компрессии нервов (особенно дополнительных); б) компрессии сосудов; в) нарушению функционального мышечного ансамбля как в системе трехглавой мышцы голени (фазической-икроножной, тетанической-камбаловидной), так и во всем опорно-двигательном аппарате. Особенности соединительнотканного каркаса КМ, варибельность иннервации с богатством ее приориоцепции, тесная связь мышцы с апоневротическими пластинами позволяют объяснить наблюдаемые клиницистами проявления ишиокрыральных синдромов.

Лекции

УДК 616.31:616.8—009.62 /

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ПАРЕСТЕЗИИ ПОЛОСТИ РТА

В. Е. Гречко

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. В. Е. Гречко) Московского медицинского стоматологического института

Среди обращающихся за помощью к врачам-стоматологам особую группу составляют больные, которые жалуются на боли и неприятные ощущения в языке, реже в области неба, внутренних поверхностей щек или в других отделах ротовой полости. Это заболевание вначале было обозначено как глоссодиния, а затем как глоссалгия [2]. Позже в клинической практике начинают пользоваться термином «стомалгия», так как оказалось, что боли и парестезии локализуются не только в языке, но и в других отделах полости рта.

Клинически заболевание проявляется чувством тяжести или дискомфорта в языке, ощущением его разбухания. Подобные ощущения часто локализуются в кончике языка или боковых его отделах, а в тяжелых случаях распространяются на большую часть языка. Интенсивность болезненных ощущений варьирует в широких пределах не только у разных больных, но и у одного и того же больного, то затихая, то обостряясь обычно после приема острой пищи, но нередко и без видимой причины. Некоторые больные отмечают усиление болезненности к вечеру. Даже слабые, но беспрестанные эти ощущения очень угнетают больных, лишают порой работоспособности и покоя, тем более что некоторые из них страдают канцерофобией. Разглядывая свой язык в зеркале и отыскивая причину болезненных ощущений, больные часто принимают за патологические разрастания нормальные фолликулы у корня языка, ставят себе различные диагнозы, в первую очередь «рак». Почти все из них жалуются на более или менее выраженную сухость во рту. Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что почти у всех больных болезненные и неприятные ощущения во время приема острой пищи полностью пропадают.

При внимательном рассмотрении языка обнаруживаются те или иные изменения: то в виде более или менее выраженной отечности языка, о чем можно судить по отпечаткам зубов на его периферии, то в виде атрофии или, наоборот, гипертрофии нитевидных сосочков. Отмечается также гипертрофия лимфатических фолликулов. В отдельных случаях пальпация языка несколько болезненна. Вкусовая чувствительность немного снижена.

Систематическое увлажнение слизистой оболочки полости рта и языка происходит за счет

мелких слюнных и слизистых желез. Нарушением их функции в известной степени и обусловлено ощущение сухости во рту. Слюна становится вязкой, тягучей, пенистой. У некоторых больных определяются мелкие трещины на языке, иногда небольшие участки десквамации.

Болезнь возникает иногда сразу, иногда исподволь: появляются кратковременные болезненные ощущения, которые довольно быстро проходят, но потом вновь возникают. Постепенно эти ощущения повторяются все чаще, делаются все интенсивнее. В некоторых случаях они держатся в течение нескольких часов или дней, в других — месяцы и годы, после этого исчезают или навсегда, или на какое-то время, а затем вновь рецидивируют.

Глоссалгия встречается у лиц пожилого возраста, после 40 лет, в основном в периоде от 50 до 60 лет, но возможна и у молодых людей в возрасте от 20 до 25 лет и моложе. Чаще болеют женщины (соотношение 1:16).

Следовательно, глоссалгия (стомалгия) — это классическая симпаталгия с характерными вегетативными расстройствами в виде жгучих болей и жжения, парестезии и даже нарушениями трофики. Обычно выраженность этих расстройств варьирует в широких пределах. Чаще наблюдаются расстройства чувствительности; дистрофические явления обычно выражены не резко.

Исследования, проводимые различными учеными [3], показали, что при стомалгии (глоссалгии) имеется патология гипоталамуса. Более чем у 60% больных с данной патологией авторы выявили повышение экскреции с мочой диоксифенилаланина (ДОФА) и ванилинминдальной кислоты (ВМК) с одновременным нарушением обмена адреналина (А) и норадреналина (НА), у 76% — снижение спонтанной эстеразной активности (СЭА) и прекалликреина (ПК), у 84% — уменьшение содержания калия в слюне, у 78% — повышение содержания холестерина, у 63% — липопропротеидов.

У 90% больных, по данным реографии, обнаружены изменения тонуса сосудов в бассейне сонных артерий по гипертоническому типу, снижение показателей термометрии в полости рта (более чем у 83%), спастический или спастико-атонический тип капиллярной гемодинамики в языке (у 90%), снижение вкусовой и дискрими-

национной чувствительности тканей полости рта (у 80%).

У подавляющего числа больных глоссалгией повышена активность симпатико-адреналовой системы с нарушением согласованности с парасимпатическим звеном нервной системы, серотонином и 5-оксииндолуксусной кислотой. Повышен липидогенез, угнетена калликреин-кининовая система крови, изменен уровень электролитов слюны, снижено кровоснабжение тканей мозга, лица и слизистой оболочки полости рта. Описанные изменения у наблюдаемых больных характерны для дисфункции гипоталамических образований мозга и дезинтеграции сегментарных и надсегментарных вегетативных уровней регуляции. Однако они встречаются очень часто, а глоссалгия не столь распространена. Вероятно, для развития заболевания необходима еще какое-либо звено.

Наблюдения показывают, что у больных глоссалгией нарушена функция височно-нижнечелюстного сустава, пальпация сустава часто болезненна. На рентгенограммах видны изменения деформации суставных поверхностей и подвывихи. У большинства больных отмечается нарушение прикуса.

У подавляющего числа больных имеются хронические заболевания пищеварительной системы, у 72% — снижение желудочной секреции, у 70% — хронический колит и энтероколит, у 10% — хронический гепатит и холецистит, у 87 — хронический гастрит, причем в 65% случаев с одновременным снижением кислотности и атрофией железистого аппарата желудка. В связи с этим было высказано суждение, что причиной глоссалгии является гастрит. Однако лечение этих нарушений пищеварительного тракта обычно неэффективно. Предполагено, что заболевание вызывают электротокки в полости рта, возникающие при ношении протезов или коронок из разнородных металлов. Вместе с тем устранение источников этих токов также не приводит к ликвидации стомалгии, хотя временное улучшение и наблюдается.

У ряда больных язык был травмирован острым краем зуба, кламмером протеза и т. п. Удаление зубов или протезов приводит к ухудшению жевательной функции, но не к ликвидации стомалгии.

Среди больных стомалгией много протезоносителей. Явления стомалгии часто возникают в первые дни (и даже часы) пользования протезом. Вероятно, это связано с тем, что при изготовлении протеза недостаточно учитываются возможные нарушения прикуса и их последствия. Все эти хронические очаги дают патологическую импульсацию в гипоталамус, которая сказывается на его функции.

Таким образом, вторым звеном в развитии глоссалгии оказывается наличие очагов хронической патологической импульсации со стороны полости рта и зубочелюстной системы. Однако у лиц с недостаточной регуляторной функцией гипоталамуса и наличием раздражающих очагов в полости рта и челюстей не всегда имеется глоссалгия. Вероятно, необходимы еще какие-то факторы, которые, вызывают развитие заболевания.

Наши исследования показали, что такими провоцирующими факторами могут быть стрес-

совые воздействия (чаще бытовая или производственная психотравма, умственное переутомление и др.), инфекционно-аллергические заболевания (ОРВИ, грипп, ангина), лекарственные препараты (особенно бром, йод, этазол), хирургические вмешательства (резекция желудка, холецистэктомия, аппендэктомия), местные раздражители в полости рта (гальванизм, острые края зубов, несовершенные протезы, снижение высоты прикуса и т. п.), заболевания внутренних органов и систем организма, главным образом нервной и эндокринной, затем пищеварительной и сердечно-сосудистой. Эти факторы, скорее, провоцирующие, чем этиологические.

Все изложенное выше позволяет механизм развития глоссалгии представить следующим образом: у лиц с недостаточной регуляторной функцией гипоталамуса при наличии раздражающих очагов в полости рта возникает патологическая импульсация из полости рта по афферентным нервным волокнам в болевые анализаторы и структуры вегетативно нервной системы. Очаги застойного болевого раздражения в надсегментарных вегетативных образованиях ведут к расстройству взаимодействия гормональных и медиаторных звеньев, патологической регуляции выделения физиологически активных веществ, которые и способствуют развитию глоссалгии (стомалгии). Запускают весь этот механизм отмеченные выше провоцирующие факторы.

Для вегетативной нервной системы свойственны механизмы реперкуссии боли в отдаленные органы и ткани. Поэтому глоссалгия характеризуется невыносимым дискомфортом, нетерпимой болью, фобиями, метеозависимостью. Сосудистые реакции в виде нарушения сосудистого тонуса (вазоспазм) у подавляющего числа больных и вазодилатация у меньшей части нарушают микрогемодинамику и циркуляцию, метаболические процессы в слизистой оболочке полости рта и коже лица.

С учетом главенствующей роли гипоталамуса и конкретного отдела, вовлеченного в патологический процесс, выделяют симпатикотоническую, парасимпатикотоническую и смешанную формы заболевания.

Для симпатикотонической формы характерны жалобы на интенсивные жгучие боли и парестезии в области языка (губ и щек), сухость во рту, головную боль, нерезко выраженные головокружения, сердцебиение, периодические боли в области сердца, недомогание, общую слабость, раздражительность, повышенную возбудимость, бессонницу, изжогу, боль в эпигастральной области, снижение аппетита, склонность к запорам.

Объективно: слизистые полости рта бледного цвета с пониженной влажностью. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Отмечаются умеренная тахикардия, артериальное давление несколько выше нормы. При исследовании желудочного содержимого выявляется снижение секреторной и кислотообразующей функций, вплоть до полного отсутствия соляной кислоты.

При парасимпатикотонической (ваготонической) форме больных беспокоят жгучие боли и парестезии слизистой полости рта, повышенная саливация, головная боль, общая слабость, подавленное настроение, плаксивость, потливость, склонность к послаблению стула.

При осмотре слизистая оболочка полости рта красного цвета с синюшным оттенком, отечная, достаточно влажная. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Отмечается умеренная брадикардия, артериальное давление снижено, желудочное содержимое повышенной кислотности.

Нередко в клинике заболевания не выявляется превалирование того или иного тунуса вегетативной нервной системы. В таких случаях выделяют смешанную форму.

Дифференцируют следующие виды стомалгий.

1. Невралгия язычного нерва. Боли не носят вегетативного характера, выявляются расстройством болевой (гиперестезия, гипестезия) и вкусовой (агевзия) чувствительности. Причина — длительное раздражение языка протезом, острым краем зуба на фоне инфекции, интоксикации (тетроэтилсвинец), хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Поверхностный хронический глоссит (синдром Хантера). Наблюдается при V_{12} -дефицитной анемии, спру, пеллагре. Гладкая блестящая поверхность языка с атрофией сосочков нередко сочетается с маленькими пузырьками или эрозиями на боковой поверхности или кончике языка, чувством боли и жжения в языке плюс симптомы основного заболевания.

3. Симптом «волоса». Причины: заболевание головного мозга, интоксикации (этилированный бензин), вызывающие раздражение чувствительных волокон тройничного и языкоглоточного нервов. Нерезкие боли, в основном ощущение постороннего предмета в полости рта.

4. Ганглионит подъязычного нерва. Причины: воспалительные процессы, воздействие токсинов при тонзиллите, осложненный кариес, локальные травмы. Тупые боли в подъязычной, подчелюстной области, в конце языка, болезненность точки под горизонтальной ветвью нижней челюсти на 2 см кзади от нижнечелюстного гребешка.

5. Неврологические симптомы при гальванизме. Причины: электрохимические процессы, возникающие в полости рта при наличии разнородных металлов. В слюну попадает большое количество микроэлементов. Жалобы: неприятные ощущения в полости рта и языка (жжение, привкус металла, вкус соли, горечи), особенно усиливающиеся при употреблении острой или кислой пищи.

Парестезии могут сопровождаться головными болями, плохим сном, аллергическими реакциями. Язык отечен, с отпечатками зубов на его боковых поверхностях, явления десквамативного глоссита, ксеростома.

Лечение больных глоссалгией (стомалгией) должно заключаться в устранении основных звеньев развития заболевания и, в первую очередь, очагов хронической патологической импульсации со стороны полости рта и зубочелюстной системы. Для достижения достаточного терапевтического эффекта каждому больному со стомалгией необходимо пройти обследование у невропатолога и стоматолога, а при необходимости и у других специалистов — оториноларинголога, терапевта. Лечение следует начинать с санации полости рта. Нужно устранить все раздражающие факторы в полости рта и дефекты в зубах,

особенно в тех случаях, когда больной при жевании пользуется только одной стороной или передними зубами. Подлежит коррекции нарушенный прикус и лечению височно-нижнечелюстной сустав при его болевой дисфункции или артрозе. При наличии разнородных металлов в полости рта их необходимо удалить; медикаментозное лечение должно включать препараты, нормализующие тонус вегетативной нервной системы: пирроксан 2 раза в день по 0,015 в течение 3 — 4 недель, беллатоминал (беллоид) по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца (при применении беллоида необходимы 3 — 4-дневные перерывы после недельного курса лечения). Назначают валериану, пустырник, бром (микстуры, настойки), комплекс бромидов, бромизовал по 0,2 — 0,3 г за полчаса до сна, фенибут по 0,1 (1/2 таблетки) 3 раза в день, амитриптиллин (триптизол) по 0,01 (1/2 таблетки) 2 — 3 раза в день в течение 1,5 — 2 месяцев.

Показано назначение вазоактивных средств для нормализации мозгового кровообращения, а также кровообращения тканей полости рта. При начальных проявлениях недостаточности мозгового кровообращения эффективны эуфиллин 3 раза в день по 0,15 (курс — 50 таблеток) или внутривенно 10 мл 2,4% раствора в изотоническом растворе (курс — 10 вливаний). 1% раствор никотиновой кислоты следует вводить по возрастающей схеме: от 1,0 до 10,0 мл, а затем снижать до 1 мл внутривенно на изотоническом растворе.

При компенсированной хронической недостаточности мозгового кровообращения предписывают трентал по 0,1 г 3 раза в день (курс — 120 таблеток), кавинтон по 0,005 г 3 раза в день (курс — 100 — 120 таблеток). При субкомпенсированной и декомпенсированной недостаточности мозгового кровообращения показаны стугерон или циннарезин по 0,025 г 3 раза в день (курс — 100 — 120 таблеток). Для стимуляции тканевого обмена назначают 1% раствор АТФ по 2,0 мл внутримышечно (курс — 20 инъекций), витамины: 5% раствор V_1 по 1,0 внутримышечно через день (курс — 10 инъекций), 5% раствор V_6 по 2,0 мл внутримышечно через день (курс — 10 инъекций), 500 — 1000 мкг V_{12} внутримышечно ежедневно (курс — 10 инъекций), 5% раствор аскорбиновой кислоты по 5,0 мл на изотоническом растворе внутривенно (курс — 10 инъекций), дибазол по 0,005 — 0,01 г 3 раза в день (курс — 60 таблеток), глютаминовую кислоту по 0,25 г 3 раза в день (курс — 100 таблеток).

Одновременно проводят симптоматическое лечение местно анестезирующими средствами: аппликации 2% раствора новокаина, 10% раствора лидокаина, 2% раствора тримекана, 4% спиртового раствора прополиса, 2% раствора цитраля на полстакана теплой воды для полоскания через 1 — 7 часов, эмульсии 1 — 2% раствора аналгина в персиковом масле (смазать участки слизистой), 0,5 — 1% раствора дикаина, ванночки из 4% раствора новокаина. Кроме того, используют 1 — 2% раствор пирамекана, 0,01 — 0,1% раствор мефенамина натрия, 10 капель 4% раствора прополиса на 10 мл воды, 0,5 — 1% раствор этония (1 столовую ложку на стакан воды), 1% раствор цитраля по 25 — 30 капель на 1/2 — 1 стакан воды.

Для борьбы с сухостью применяют полоскание полости рта обыкновенной водой, а также 1% раствор хлористоводородного пилокарпина по 4—6 капель на прием 3 раза в день в течение 5—6 дней.

Для усиления терапевтического эффекта применяют электрофорез ганглиоблокирующей смесью, состоящей из равных частей пахикарпина, бензогексония, 0,5% раствора новокаина, который проводят чередуя ежедневно на область солнечного сплетения, на область шейных вегетативных узлов, эндонозально (курс — по 6 процедур).

Е. Н. Дычко [3] предложил следующий способ лечения: введение андекалина (очищенный экстракт поджелудочной железы свиней, в 5 мл—40 ЕД) в область языка и верхних шейных симпатических узлов в дозе 20—40 ЕД, ток (0,025—0,05 мА) на 1 см² с постепенным увеличением продолжительности от 5 до 15 минут через каждые 5 дней.

Применяют гальванизацию и йонофорез 2% раствора новокаина (10 сеансов по 5 мин), дарсонвализацию (10 сеансов по 2 мин), флюктуаризацию (10 сеансов по 5 мин).

Хороший лечебный эффект дает электрофорез лидокаина с последующим курсом электрофореза мумие продолжительностью 20—30 минут ежедневно (курс — 3—6 процедур). Мумие применяют как стимулятор регенеративных процессов, а также как сильное противоболевое и противовоспалительное средство.

Применяют метод чрескожной электронейростимуляции на болевые зоны языка с помощью портативного аппарата ЧЭНС «Электроника 2 М» с силой тока до 45 ма в течение 10—20 минут ежедневно [1]. Силу тока регулируют сами пациенты до ощущения легкого покалывания (курс — 10—12 сеансов). С первого сеанса у больных прекращаются или значительно уменьшаются болевые ощущения в области языка, но продолжительность ремиссии оказывается различной (от 2—3 до 7—8 ч). Выраженный терапевтический эффект наступает после 4—5 сеансов, а стойкий — после 10—12 сеансов лечения в амбулаторных условиях.

Эффективность ЧЭНС возрастает при одновременном назначении больным витаминов группы В и никотиновой кислоты по схеме: внутривенно на 10 мл изотонического раствора с 1,0 мл до 5,0 мл, затем в обратном порядке, снижая дозу. Тиамид бромид и цианкобаламин вводят по 2 мл через день внутримышечно. Предписывают седативные препараты (валериану, пустырник —

по 1 столовой ложке настоя 3 раза в день), транквилизаторы (по 1—2 таблетки на ночь), а также аппликации на язык мази, содержащей прополис (по 20 мин 2 раза в день).

Ощущение жжения ослабевает после 5 сеансов электронейростимуляции в среднем в 65% случаев, причем наиболее значительно после 1—3 сеансов. После первого курса лечения отмечается выраженный терапевтический эффект — парестезии полностью прекращаются.

У 3 из 34 больных через 6 месяцев вновь появилось чувство жжения в языке, но уже меньшей интенсивности [1]. При повторном курсе ремиссии длились 2—3 года и более. Ни у одного из больных не возникло каких-либо осложнений.

При лечении больных стомалгией используют и гирудотерапию [4]. При укусе пиявки выделяется не только гирудин, но также сильнодействующее анагетическое вещество. Процедуру проводят следующим образом: больной полощет рот 1% раствором перекиси водорода. Медицинскую пиявку помещают во флакон, берут за хвост и прислоняют к передней половинке языка (губ, небу) до момента присасывания. Хвостовой конец прикрепляют к подбородку или во флакончике, который поддерживает медсестра. После кровенаполнения пиявка самостоятельно отваливается. По окончании процедуры больной воздерживается от приема пищи в течение 2—3 часов и полощет рот 1% раствором перекиси водорода (5—10 процедур). Процедура длится 15—30 минут, ежедневно или через день (2 дня), в течение 5—10 дней. При необходимости курс лечения повторяют через 2—3 месяца. Во время проведения гирудотерапии больные не должны употреблять пищевые продукты с резким запахом (чеснок, лук и т. п.), так как пиявки не будут присасываться.

Таким образом, хотя механизм развития глоссалгии известен, единого общепринятого лечения не существует. Однако применение описанных методов позволяет получить достаточно стойкий терапевтический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Э. Г. Диагностика и лечение глоссалгии в условиях специализированного нейростоматологического кабинета: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— М., 1993.
2. Гречко В. Е., Орлова Е. А., Жукова А. Г. Актуальные проблемы стоматоневрологии.— М., 1974.
3. Дычко Е. Н. // Стоматология.— 1988.— № 4.— С. 29—31.
4. Спицина В. Н. // Стоматология.— 1987.— № 1.— С. 34—36.

Поступила 03.05.94.

УДК 340.63

УЗЛОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Б. В. Шостакович

Отдел судебно-медицинских экспертиз (руководитель — проф. Б. В. Шостакович)
ГНЦ социальной и судебной психиатрии, г. Москва

Судебную психиатрию можно определить как отрасль медицинской науки — психиатрии, задачей которой является установление психического состояния лица применительно к тем или иным правовым нормам и ситуациям. Такая дефиниция подразумевает несколько основных направ-

лений деятельности судебных психиатров и научных исследований в этой области. основополагающей остается неразрывная связь судебной психиатрии с общей, невозможность плодотворной работы психиатров-экспертов в отрыве от психиатрической клиники, без использования со-