

13. Семенова Г.М. Факторы, влияющие на исходы инсультов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.—СПб, 1993.
 14. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии.—М., 1995.
 15. Bach-y-Rita B. //Neuropsychologia.—1990.—Vol. 28.—P.547—554.
 16. Brott C.J. //Hyperstens.—1992.—Vol.10.—P.45—49.
 17. Cerebral Ischemia. Ed. by W.Hake e.a.—Berlin, 1991.
 18. Coull B. Brockschmidt J., Howard G. e.a. //Stroke.—1990.—Vol. 21.—P.867—873.
 19. Drug Therapy in Neurology. Ed. by M. Eadle.—Edinburg, 1991.
 20. Lakatta E. Cardiovasc. //Drug Ther.—1993.—Vol. 7.—P.643—653.

21. Nakajama H. //Stroke.—1994.—Vol. 25.—P.808—815.
 22. Shnaib A. //Can. Med. Assoc. J.—1991.—Vol. 145.—P.433—443.
 23. The Clinical Neurology of Old Age. Ed. by R.Tallis.—N.-Y., 1989.
 24. Wade D., Hewek R., Wood V. //Arch. Phys. Med. Rehabil.—1984.—Vol. 65.—P.513—516.

Поступила 02.02.97.



УДК 616.839+616—008.9+616.8—009.613+616.313—009.7

В.Е.Гречко, Н.Е.Кушлинский, А.Н.Савушкин

ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАРЕСТЕЗИЯХ И БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ПОЛОСТИ РТА

Московский медицинский стоматологический институт

Р е ф е р а т. Проведено клиническое обследование 102 больных, включавшее кроме объективного неврологического исследования определение функционального состояния вегетативной нервной системы, электроэнцефалографию, реоэнцефалографию, стоматологическое обследование, стоматоскопию, измерение микротоков в полости рта. Биохимическое исследование предусматривало определение общего тестостерона, его биологически активных свободных форм, концентрацию В-эндорфина, простагландинов серии Е. У 81,3% пациентов в вегетативном обеспечении преобладали симпатико-тонические реакции, у 7,8% — ваготонические, у 10,7% — смешанные. Изменения электроэнцефалограмм и реоэнцефалограмм обследованных пациентов отличались в зависимости от вегетативного статуса. Данные стоматологического обследования и стоматоскопии позволили объективно оценить местные изменения в полости рта. Полученные результаты свидетельствуют о заинтересованности надсегментарных структур головного мозга, а также системы “гипофиз—надпочечники”.

В.Е.Гречко, Н.Е.Кушлинский, А.Н.Савушка

АВЫЗ ЭЧЕ АВЫРТУ ЫМ ПАРЕСТЕЗИЯ ВАКЫТЫНДА НЕРВ СИСТЕМАСЫНДАГЫ ГОРМОНАЛЬ-МЕТАБОЛИК ТАЙПЫЛЫШЛАР

102 авыруга, үз эчене объектив неврологик тикшеренүлөрдөн тыш, вегетатив нерв системасының функциональ халәтен билгеләү, электроэнцефалография, стоматологик тикшеренүләрне, стоматоскопияне, авыз куышлыгындагы микротокларны үлчәүләрне алган клиник тикшеренүләр үткөрелә. Биохимик тикшеренүләр уртақ тестостеронны, аның биологик актив ирекле формаларын, В-эндорфиннарны, Е серияле простагландиннарны билгеләүне куз алдында тотта. 81,3% пациентның вегетатив тәэмин ителүендә симпатико-тоник, 7,8% ында — ваготоник, 10,7% катнаш реакция естенлек ала. Тикшеренү үткән пациентларның электроэнцефалограммаларындагы үзгәрешләр вегетатив статуска бәйле аерылалар. Стоматологик тикшеренүләр һәм стоматоскопия биргән мәгълүматлар авыз куышлыгының аерым урынындагы үзгәрешләрне объектив бәяләргә мөмкинлек бирәләр. Алынган

нәтижеләр баш мие сегмент өсте структураларының һәм шулай ук “гипофиз—бөөр өсте” системасының кызыксынуын раслыйлар.

V.E.Grechko, N.E.Kushlinsky, A.N.Savushkin

ALTERATIONS IN NERVOUS SYSTEM AND HORMONE-METABOLIC DISTURBANCES IN PARESTHESIAS AND PAIN SYNDROMES OF ORAL CAVITY

Clinical examination of 102 patients including, besides objective neurological examination, determination of functional state of vegetative nervous system, electroencephalography, reoencephalography, stomatologic examination, stomatoscopy, measurement of microcurrent in oral cavity, was carried out. Biochemical investigation involved determination of the total content of testosterone, biologically active free forms of it, concentration of B-endorphine, series E prostaglandines. In 81,3% of patients in vegetative security sympatho-tonic, in 7,8% — vagotonic and in 10,7% — mixed responses were dominant. Change in electroencephalograms and reoencephalograms of the examined patients differed in their dependence on vegetative state. Findings of stomatological examination and stomatoscopy allowed to estimate objectively local changes in oral cavity. The obtained results evidently show the dependence of suprasedgmental structures of brain, and of the pituitary body—adrenal gland system as well.

Парестезии и болевые синдромы полости рта встречаются как самостоятельная форма заболевания. Они описаны в новом разделе медицины, названной нейростоматологией [2]. Это заболевание обычно диагностируется как стомалгия, или глоссалгия [3]. Клинические проявления заболевания изучены достаточно полно, однако до настоящего времени не имеется четких данных об этиологии и патогенезе этого синдрома. Указано на изменения в области листовидных сосочков языка, сдавле-

ние чувствительных волокон из-за нарушения тканевого обмена и развития отеков. Высказываются предположения о связи парестезий и болевых синдромов полости рта с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, заболеваниями зубо-челюстной системы, наличием разнородных металлов (протезов и пломб) в полости рта [7]. В последние годы показана роль гипоталамуса в развитии данного синдрома [5, 6]. Отмечается также роль хронического эмоционального стресса [3].

Под наблюдением находились 102 пациента с парестезиями и болевыми синдромами полости рта в возрасте от 35 до 76 лет. Среди них было 96 женщин (средний возраст — $52,9 \pm 4,6$) и 6 мужчин (средний возраст — $55,6 \pm 3,2$). Продолжительность заболевания больных варьировала от 3 до 6 месяцев — у 10 (9,8%) больных, от 6 месяцев до одного года — у 12 (11,7%), от одного года до 3 лет — у 22 (21,5%), от 3 до 5 лет — у 35 (34,3%), более 5 лет — у 23 (22,5%). Все больные наблюдались в динамике от 2 до 5 лет.

Особенности клинической картины парестезий и болевых синдромов полости рта были изучены с помощью шкалы клинических признаков, разработанной на кафедре нервных болезней стоматологического факультета ММСИ. В шкалу были включены около 20 признаков заболевания.

Функциональное состояние вегетативной нервной системы оценивали с помощью специальных таблиц, разработанных в отделе вегетативной патологии Московской медицинской академии, и с помощью фармакологических тестов [1]. Кроме того, были проведены электроэнцефалография и реоэнцефалография. Для регистрации ЭЭГ в работе использовали 8-канальный энцефалограф фирмы "Медикор", для РЭГ — реоэнцефалограф РГ-4М.

Микротоки в полости рта исследовали с помощью микроамперметра М82 между различными зубами, пломбами, припоем, а также на слизистой оболочке полости рта.

Эндокринологическое и биохимическое исследования включали определение уровня общего тестостерона, его биологически активных свободных форм радиоиммунологическим методом в образцах сыворотки крови у больных и лиц контрольной группы с помощью наборов реактивов фирмы "Farmos Diagnostica" (Финляндия). Фракции тестостерона, связанные с альбумином, и половые стероиды связывающего глобулина определяли по методу W. Bartsch (1980) и R. Sodergardt (1982), концентрацию В-эндорфина — в плазме крови радиоиммунологическим методом с помощью наборов реактивов фирмы "Immuno Nuclear Corporation" (США), концентрацию простагландинов серии Е — радиоиммунологическим методом с помощью наборов реактивов фирмы "Clinical assays" (США).

Настоящее исследование показало, что среди нейростоматологических заболеваний па-

рестезии и болевые синдромы полости рта составляют 6,1%, причем они встречаются в 16 раз чаще у женщин, чем у мужчин. Было изучено около 20 признаков парестезий и болевых синдромов полости рта. Наиболее информативными оказались боли с оттенком жжения языка и полости рта, симптом пищевой доминанты, симптом щажения языка, лингвоканцерофобия, боли в мышцах лица, расстройство слюноотделения.

Основные клинические симптомы у больных

Симптомы	Число больных	
	абс.	%
Боли с оттенком жжения	102	100
Симптом пищевой доминанты	95	93,1
Лингвоканцерофобия	89	87,3
Симптом щажения языка	75	73,5
Ксеростомия	82	80,4
Боли в мышцах лица	32	31,3

В зависимости от частоты симптомов (по шкале клинических признаков), а также преобладания симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы нами были выделены три клинические группы больных (в % от общего числа обследованных): 1-я группа (81,3%) — больные с преобладанием симпатикотонических реакций, 2-я (7,8%) — с преобладанием ваготонических реакций, 3-я (10,7%) — со смешанными реакциями. Выделение трех клинических форм стоматалгии предусматривает диагностическое определение следующих признаков. Больные 1-й группы обычно жаловались на интенсивное жжение и парестезии в области спинки, боковых поверхностей и кончика языка, иногда губ и щек, сухость полости рта, головокружение, сердцебиение, общую слабость, повышенную раздражительность и возбудимость, бессонницу, сниженный аппетит, склонность к запорам. При осмотре полости рта отмечены бледность и пониженная влажность слизистой оболочки. Кожные покровы были чаще бледными и сухими на ощупь. АД несколько превышало норму, наблюдалась умеренная тахикардия. В большинстве случаев у таких больных в анамнезе присутствовал хронический гастрит с пониженной секреторной функцией.

Больные 2-й группы жаловались чаще на интенсивные жгучие боли и парестезии в области языка, слизистой оболочки полости рта, повышенную саливацию, головную боль, подавленное настроение, плаксивость, повышенную потливость, склонность к послаблению стула.

При смешанных реакциях у больных отмечались проявления, характерные для 1 и 2-й групп с различным сочетанием.

У большинства обследованных имелись различные поражения систем и внутренних органов или их сочетание. Выявленная сопутствующая патология в основном имела отчетливый гастроэнтерологический профиль.

Анализ электроэнцефалограмм больных показал, что у 76,7% пациентов с преобладанием симпатикотонических реакций повышена активность синхронизирующих структур, что можно расценить как нарушение равновесия "синхронизация — десинхронизация" с вероятным истощением функционирования десинхронизирующих образований. Особенности параметров электроэнцефалограмм у больных с преобладанием ваготонических реакций указывают на повышение активности десинхронизирующих образований ствола головного мозга, а со смешанными реакциями — на повышение активности синхронизирующих структур и нарушение функционального состояния срединных структур ствола головного мозга.

По данным реоэнцефалографии, среди пациентов с преобладанием симпатикотонических реакций мозговое сосудистое сопротивление было повышено у 63 (61,8%) больных в возрасте от 48 до 60 лет. У лиц моложе 48 лет доминировали проявления неустойчивости сосудистого тонуса с тенденцией к повышению (у 10) и с гипотонией (у 2). В группе обследованных старше 60 лет при нормальных показателях пульсового кровенаполнения у 5 пациентов имели место признаки снижения эластичности сосудистой стенки.

В группе пациентов с доминированием ваготонических и смешанных реакций, в основном у лиц в возрасте от 35 до 55 лет, выявлены некоторые особенности реограмм. Так, у 6 (75%) больных с преобладанием ваготонических и у 8 (72,7%) — смешанных реакций имели место реографические проявления дистонии с признаками затруднения венозного оттока I—II ст. Кроме того, пациенты субъективно плохо переносили нитроглицериновую пробу и реакция на прием нитроглицерина у них была значительной.

При исследовании стоматологического статуса отмечены следующие особенности. При осмотре слизистой оболочки полости рта обнаруживались следующие изменения: сухость слизистой оболочки (78,4%), отклонение в цвете — бледность (69,6%), цианоз (3,9%), незначительная отечность слизистой оболочки щек (62,7%).

При измерении микротоков в полости рта значительных отклонений от нормы у обследованных не было обнаружено.

Стоматоскопия выявила общие закономерности для групп больных с преобладанием смешанных и симпатикотонических реакций: бледно-розовый цвет эпителия спинки языка, атрофию нитевидных сосочков при понижении РН желудочного сока, гиперплазию грибовидных, листовидных и желобоватых сосочков при выраженных явлениях хронических колитов. У больных с преобладанием ваготонических реакций отмечались расширение венозных сосудов подъязычной области, явления очаговой мелкоочечной гиперемии кончика языка.

Концентрация половых стероидов связывающего глобулина имела тенденцию к снижению, их средний уровень составил $48,5 \pm 2,5$ нМ (в контрольной группе — $65,3 \pm 4,5$ нМ).

Радиоиммунологический анализ уровня общего тестостерона у больных показал, что его средняя концентрация была повышена — $4,8 \pm 1,7$ нМ (в контрольной группе — $1,8 \pm 0,3$ нМ).

При сравнительном анализе индекса свободных андрогенов у больных было установлено, что индекс повышен и равен $9,5 \pm 4,5$ (в контрольной группе — $2,73 \pm 0,48$). Содержание простагландинов серии Е у больных было также повышено — $5,1 \pm 1,0$ нг/мл (в контрольной группе — $2,0 \pm 0,8$ нг/мл). Концентрация В-эндорфина до лечения у больных колебалась в широких пределах — от 7,3 до 14,6 нмоль/л, средние показатели составили $13,8 \pm 0,9$ нмоль/л (в контрольной группе — $8,5 \pm 0,6$ нмоль/л).

У больных с парестезиями и болевыми синдромами полости рта отмечался повышенный уровень содержания В-эндорфина, простагландинов серии Е, общего тестостерона, индекс свободных андрогенов и сниженная концентрация половых стероидов связывающего глобулина. Эндокринологические и биохимические изменения зависят от выраженности болевого синдрома и интенсивности парестезий, что позволяет использовать результаты этих исследований как критерий объективизации степени выраженности парестезий и болевых синдромов полости рта. Чем значительнее биохимические изменения, тем выраженнее клинические проявления, и наоборот.

Известно, что приступы боли стимулируют синтез В-эндорфина в ЦНС, связанного с регуляцией секреции адренокортикотропного гормона передней доли гипофиза. Последний, в свою очередь, активизирует секрецию клеток сетчатой зоны коры надпочечников, где происходит синтез стероидов, в частности тестостерона [4]. Поэтому при болевом и парестетическом синдромах концентрация андрогена повышена.

Таким образом, наши исследования показывают, что у больных с парестезиями и болевыми синдромами полости рта происходят изменения в системе "гипофиз—надпочечники". Следовательно, очевидна связь эндокринных изменений с патогенезом парестезий и болевых синдромов полости рта и роль надсегментарных структур в патогенезе данного синдрома.

Высокий уровень свободной фракции андрогена может поддерживать очень низкая концентрация половых стероидов связывающего глобулина. У больных с парестезиями полости рта имеют место изменения и со стороны желудочно-кишечного тракта, поэтому патология желудочно-кишечного тракта и метаболические нарушения могут приводить к снижению синтеза гепатоцитами основного транспортного белка половых стероидов в крови больных, а в последующем и концентрации половых стероидов связывающего глобулина.

Таким образом, данные исследования показали изменение функционального состояния вегетативной нервной системы, биоэлектрической активности, тонуса сосудов головного мозга, наличие эндокринологических и биохимических нарушений у больных с парестезиями и болевыми синдромами полости рта. Это может свидетельствовать о заинтересованности при этом надсегментарных структур головного мозга, а также системы "гипофиз—надпочечники". Данные стоматологического обследования и стоматоскопии позволили объективно оценить местные изменения в полости рта при данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы.—Руководство для врачей.—М., 1991.
2. Гречко В.Е. Нейростоматология — новый раздел медицины //В кн.: Болевые и вегетативные синдромы и заболевания лица и полости рта.—М., 1987.—С.10—12.

3. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейростоматологии.—М., 1990.

4. Гречко В.Е., Иванова Н.А., Кушлинский Н.Е., Степанченко А.В., Синева Н.А., Савушкин А.Н., Хасан А. Роль гормональных нарушений в реализации болевого синдрома в области лица //Тез. докл. I конф. Росс. Асс. по изучению боли.— 19—21 октября 1993 г.

5. Гречко В.Е. Клиника, диагностика и лечение стоматалгии (глоссалгии) //Мед. газета.—1997.—№ 3.—13 января.

6. Дычко Е.Н., Миртовская В.Н. и др. //Журн. невропатол. и психиатр.—1982.—Т.82.—С.84—87.

7. Яворская Е.С. //Журн. ушн., нос. и горл. болезней.—1988.—№ 4.—С.14—18.

8. Mumford J.M. Orafacial pain: aetiology, diagnosis and treatment.—3d. ed.—Edinburg: Livingstone, 1982.—P.301—303.

9. Wagner I.V. //Sahn. Mund-Kieferhelk.—1984.—Bd.72.—S.211—216.

10. Zegarelli D.J. //N.-Y. St. dent. J.—1983.—Vol. 49.—P.654—660.

Поступила 26.01.97.



УДК 616.831—005:616.153+616.5—009

Л.А.Калашникова

НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ И СИНДРОМЕ СНЕДДОНА

НИИ неврологии РАМН, г. Москва

Р е ф е р а т. Обследованы 66 больных с синдромом Снеддона и 29 больных с первичным антифосфолипидным синдромом. Клиническая картина синдрома Снеддона характеризовалась сочетанием цереброваскулярных нарушений (ишемические НМК, ПНМК) с изменением кожи в виде ливедо. У части больных отмечались тромбозы периферических вен, ишемическая болезнь сердца, спонтанные аборт или внутриутробная гибель плода у женщин, тромбоцитопения. У 64% больных с синдромом Снеддона были обнаружены антитела к фосфолипидам — кардиолипину и/или волчаночный антикоагулянт, что свидетельствует об отношении этих случаев к первичному антифосфолипидному синдрому. Клинические проявления у 29 больных с первичным антифосфолипидным синдромом были сходны с таковыми при синдроме Снеддона за исключением отсутствия ливедо.

Л.А.Калашникова

БЕРЕНЧЕЛ АНТИФОСФОЛИПИД СИНДРОМ ҺӘМ СНЕДДОН СИНДРОМЫ БУЛГАНДА БАШ МИЕ КАН ӘЙЛӘНЭШЕ БОЗЫЛУ

Снеддон синдромлы 66 һәм беренчел антифосфолипид синдромлы 29 авыру тикшерелә. Снеддон синдромлы клиник картинасы цереброваскуляр тайпылышларның (ишемик НМК, ПНМК) тиредәге ливедо рәвешендә үзгәрешләре кушылмасы белән характерлана. Бер өлеш авыруларда периферик веналар тромбозы, ишемик йөрәк авыртуы, хатын-кызларда бала төрешү һәм карында бала

үлү, тромбоцитопения кебек куренешләр күзәтелә. Снеддон синдромлы авыруларның 64% ында әлеге очракның беренчел антифосфолипид синдромга каравын раслап, фосфолипидларга антигенчәкләр табылды. Беренчел антифосфолипид синдром 29 авырудагы клиник чагылыш Снеддон синдромлы авырулардагы клиник чагылыш белән охшаш булып чыкты.

Л.А.Калашникова

DISTURBANCES OF CEREBRAL CIRCULATION IN PRIMARY ANTIPHOSPHOLIPIDE SYNDROME AND SNEDDON'S SYNDROME

66 patients with Sneddon's syndrome and 29 patients with primary antiphospholipide syndrome has been examined. Clinical picture of Sneddon's syndrome was characterized by combination of cerebrovascular disturbances (ischemic disturbance of cerebral circulation, primary disturbance of cerebral circulation) with skin change in the form of livedo. In some patients there were thromboses of peripheral veins, ischemic heart disease, spontaneous abortions or intrauterine fetus death in women, thrombocytopenia. In 64% of patients with Sneddon's syndrome there were revealed antibodies to phospholipids — cardiolipin and/or lupus anticoagulant, and this indicates that these cases belong to primary antiphospholipide syndrome. Clinical manifestations in 29 patients with primary antiphospholipide syndrome were similar to those in Sneddon's syndrome except for the absence of livedo.