

DOI: 10.26693/jmbs07.03.217

УДК 616.314.1-07]:611.711-001

Кулигіна В. М.¹, Пилипюк О. Ю.², Дорош І. О.²,Гаджула Н. Г.², Повшенюк А. В.²

ПОКАЗНИКИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
Ужгород, Україна

²Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

Мета. Вивчити ефективність впровадження розпрацьованого методу комплексного лікування хворих з глосодинію за показниками психологічно-го обстеження після лікування пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено дослідження психологічних особливостей (за показниками опитувальників СМОЛ, PEN, Ч.Д. Спілбергера) 49 хворих на глосодинію віком від 46 до 65 років через 1 рік після комплексного лікування, які згідно вікової класифікації А.А. Маркосян поділено на 2 групи: II періоду зрілого віку (14 осіб основної групи, 14 – порівняльної) і літнього (відповідно 11 і 10 осіб). Лікування основної групи хворих проводили за розробленим нами методом, порівнювальної – за традиційним.

Результати. Дослідження психологічного стану виявило його покращення у основній групі пацієнтів з глосодинією. На це вказувало достовірне підвищення контролю над емоціями (шкала К), менш вираженого психологічного дискомфорту (F) та драматизації проблем у зв'язку з захворюванням (F – К). Істотне зниження емоційної лабільності (на 33,3% в II періоді зрілого віку і на 38,7% – в літньому), імпульсивності (на 15,6 і 11,2%), конституціонально обумовленої тривожності (на 29,6 і 30,9%) та поєднання з статистично значимими підвищеннями шкал «сильного» реєстру – 6-ої (на 32,9 і 30,3%) та 9-ої (на 36,9 і 23,9%) у профілі особистості СМОЛ свідчили про нормалізацію психоемоційної сфери, зменшення внутрішнього протиріччя та підвищення оптимістичного погляду щодо подолання проблем з хворобою. Вірогідне зниження рівня нейротизму за опитувальником Ганса та Сибіллі Айзенк (відповідно на 25,3 і 42%, при $p < 0,001$), підтверджували високу ефективність використання психотропного препарату персен у комбінуванні з габапентином або лірикою та енеріоном при лікуванні хворих на глосодинію.

Висновки. Після проведення лікування у хворих основної групи із застосуванням седативних, вітамінних та протисудомних препаратів в поліструктурі особистісного профілю встановлено нормалізацію психоемоційної сфери. Позитивна динаміка психологічного стану хворих вказувала на

високу ефективність його корекції за допомогою запропонованого методу.

Ключові слова: глосодинія, лікування, психологічне тестування.

Зв'язок роботи з науковими програмами планами, темами. Дана стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова на тему «Сучасні тенденції та новітні технології в діагностиці та лікуванні одонтопатології, захворювань тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота», № державної реєстрації 0118U005471.

Вступ. Глосодинія відноситься до хронічних стоматологічних захворювань і проявляється парестезіями в області язика та інших ділянках слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя без видимих запальних та інших морфологічних змін [1, 2, 3]. Дане захворювання має багато синонімів як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі: глосалгія, стомалгія, синдром печіння язика або порожнини рота, вегетоз язика, сенсорний невроз язика, больовий та парестетичний синдром тощо [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Серед українських вчених найбільшого розповсюдження набули терміни глосалгія і глосодинія. Діагноз глосалгія (glossalgia, від грец. glossa – язик, algos – біль) не відповідає клінічній симптоматиці глосодинії, оскільки супроводжується відчуттями печіння, пощипування, поколювання, оніміння, «ковзання мурашок», «язик посипаний перцем» або «ошпарений кип'ятком», що не переходять у біль. Виходячи з клінічного перебігу і даних окремих ланок патогенезу найбільш повно характеризує дану хворобу термін глосодинія. За міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду глосодинія віднесена до «Хвороб порожнини рота» (К 14.6).

Відомо, що глосодинія на етапі формування захворювання характеризується клінічною гетерогенністю із залученням психологічних та неврологічних розладів і соматичних патологій. З урахуванням зростання значимості психотравмуючих чинників, як однієї з причин розвитку даного захворювання, попередньо вивчені психологічні особливості хворих на глосодинію у порівнянні зі

здоровими особами за показниками тестування: клінічно орієнтованого Міні-мульти – СМОЛ, PEN Ганса та Сибіллі Айзенк і Ч. Д. Спілбергера [11]. Також розроблений і впроваджений метод комплексного лікування цієї хвороби [12].

Мета дослідження. Вивчення ефективності розпрацьованого методу комплексного лікування хворих на глосодинію за показниками психологічного обстеження.

Матеріали та методи дослідження. Проведена оцінка особливостей психологічного стану 49 пацієнтів з глосодинією у процесі комплексного лікування, які поділено на 2 групи за класифікацією А.А. Маркосян [13]: II періоду зрілого віку (14 осіб основної групи, 14 – порівняльної) і літнього (відповідно 11 і 10 осіб). Дослідження проводились на базі кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі у ньому; вжито всіх заходів для забезпечення анонімності пацієнтів.

Лікування дослідної групи пацієнтів з глосодинією включало призначення препаратів: габапентин 0,3 мг (Фарма Старт, Україна) після прийому їжі за схемою виробника (перша доба – по 1 табл. 1 рази на день; друга доба – по 1 табл. 2 рази на день; третя доба – по 1 табл. 3 рази на день; з 4 по 14 добу – по 1 табл. 3 рази на день) протягом 14 днів. При неефективності призначали препарат Лірика (Пфайзер, Німеччина): по 75 мг 2 рази на день, за необхідністю – по 150 мг. 3 метою впливу на центральну та вегетативну нервову систему призначали препарати Персен (Сандос, Словенія – по 1 капс. 3 рази на день) курсом 4 тижні і Енеріон 0,2 (Серв'є Індастрі, Франція – по 1 табл. 2 рази на день після їди) протягом 4 тижнів. Для покращення кровообігу в мікроциркуляторному руслі призначали препарат Трентал 0,1 (Санюфія – Авантіс, Індія – по 2 табл. 2 рази на день після прийому їжі), курсом 14 днів. При гіпосалівації рекомендували настій мати-й-мачухи по ½ склянки 3 рази на день протягом 14 днів.

Місцево: блокади язикового нерва (1 мл 2% розчину вітаміну В₁ з 2 мл 2% розчину лідокаїну з обох сторін почергово), 10 процедур щоденно; ультрафонофорез на область язика 1% розчину

вітаміну РР (1 мл + 1 мл 80% водного розчину гліцерину) 5-7 процедур щоденно.

Для профілактики рецидиву захворювання проводили: диспансерне спостереження кожні півроку та призначення препаратів нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія) і персен (Сандос, Словенія) та ультрафонофорез вітаміну РР на язик курсом 5 процедур.

Лікування порівнювальної групи було традиційним і включало: призначення препаратів нейровітан (Аль – Хікма, Йорданія), новопасит (Тева Чех Індастріз, Чехія), кавінтон, 0,005 (Гедеон Ріхтер, Угорщина) курсом 14 днів; аналогічні блокади язикового нерва; гальванічний комір за О. Ю. Щербакі; полоскання порожнини рота 1% розчином цитралю. Курс лікування – 14 днів.

Ефективність лікування визначали за показниками Міні-мульти (СМОЛ) – скороченого варіанту опитувальника MMPI, адаптованого В.П. Зайцевим і В.Н. Козюлей [14], а інтерпретацію – за Л.Н. Собчик [15]. Також застосовували адаптований варіант опитувальника PEN Ганса та Сибіллі Айзенк [16] та шкалу рівня реактивної і особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера, адаптовану Ю. Л. Ханіним [14].

Достовірність виявлених відмінностей оцінювали за критерієм Стьюдента [17] у порівнянні з показниками до лікування хворих.

Результати дослідження. Через 1 рік після комплексного лікування пацієнтів основної групи «лінійний» профіль СМОЛ (гармонічності) встановлений у 78% хворих II періоду зрілого віку і 72,7% – літнього.

При аналізі відповідей пацієнтів основної групи II періоду зрілого віку за опитувальником СМОЛ (**табл. 1**) виявлена позитивна динаміка майже усіх показників шкал особистісного профілю. На відміну від основної у пацієнтів порівнювальної групи незначні зміни були недостовірні та свідчили про неефективність традиційних лікувальних заходів.

Відношення до тестування, відвертість відповідей хворих (шкала «L») мають велике значення в оцінці опитувальника. Слід відмітити, що за показниками даної шкали респонденти залишались відвертими протягом усього періоду спостереження. Підвищення шкали К на 8,6% ($p_2 < 0,05$) свідчило про зниження емоційної напруги, а суттєве зниження шкали F на 19,1%, ($p_2 < 0,001$) – про зменшення некомфортності. Натомість, зменшилось драматизування та підкреслення своїх проблем, викликаних хворобою ($F-K = -4$).

При порівнянні базисних шкал особистісного профілю з такими до лікування виявлено вірогідне покращення адаптаційних можливостей до стресових ситуацій, проблем соціального та побутового характеру. При цьому спостерігали суттєве

Таблиця 1 – Динаміка показників опитувальника СМОЛ після лікування пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією (бали)

| Показники дослідження | Основна група n=14 | | Порівняльна група n=14 | |
|-----------------------|----------------------|---|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| шкала (L) | 44,57 ±2,68 | 39,07±2,27 | 45,21±2,85 | 43,42±2,5 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала (F) | 57 ±2,23 | 46,14±1,55 | 57,42±1,61 | 55,14±1,59 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ >0,05 |
| шкала (K) | 45,57±0,86 | 49,85±1,45 | 46,28±0,88 | 44,79±0,89 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ <0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 1 | 45,64±2,35 | 40,42±1,91 | 44,28±1,54 | 43,35±1,43 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 2 | 41,5±1,56 | 39,93±1,34 | 41,1±1,49 | 40,64±1,27 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 3 | 69,23±1,85 | 46,15±1,89 | 68,21±1,69 | 64,64±1,33 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 4 | 65,92±1,63 | 55,64±1,99 | 65,43±1,91 | 63,07±1,66 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 6 | 38,14±1,72 | 56,86±2,46 | 38,9±1,57 | 42,58±1,47 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |
| шкала 7 | 70,28±1,65 | 49,5±1,98 | 69,78±1,62 | 64,57±1,74 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |
| шкала 8 | 40,43±1,35 | 43,35±1,29 | 39,71±2,03 | 41,21±1,85 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₃ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 9 | 36,57±1,19 | 57,92±1,35 | 35,79±1,21 | 40,21±1,22 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

зниження 3-ої та 4-ої шкали (відповідно емоційної лабільності на 33,3% та імпульсивності і конфліктності на 15,6%, при p₂<0,001). Це свідчило про підвищення контролю над емоціями та демонстративністю своїх переживань, а також істотне зниження гіпертимності та акцентуації за істероїдним типом, що позитивно впливало на стан вегетативних реакцій.

Вірогідне підвищення середньостатистичних результатів 9-ої шкали на 36,9% (p₂<0,001) у профілі особистості пацієнтів основної групи II періоду зрілого віку вказували на більш оптимістичне відношення до стану особистого здоров'я і життєвих ситуацій та позитивну їх самооцінку, а також бажання спілкуватись.

Аналогічну динаміку результатів особистісного профілю за СМОЛ спостерігали в осіб літнього віку (табл. 2). У більшості випадків в психологічному паттерні основної групи даних пацієнтів встановлено: правдивість відповідей (шкала «L»), відвертість (шкала «F»), контроль над емоціями (шкала

K), адекватна самооцінка (F–K). Про нормалізацію розладів психосоматичної сфери свідчили зниження показників 3-ої шкали (негативних емоцій) на 38,7%, 4-ої шкали (гіпертимності) на 11,5% та 7-ої шкали (тривожності) на 30,9% зі ступенем розбіжності різниці значень порівняно початкових 99,9%. На зниження соматичної дезадаптації, внутрішнього протиріччя та різних фіксованих фобій вказувало суттєве поліпшення поєднаних шкал (3–4, 4–7 та 7–3).

Висока ефективність запропонованої в даному дослідженні терапії глосодинії підтверджена достовірним зниженням показника нейротизму (на 25,3% в II період зрілого віку і 42% – в літньому, при p₂<0,001) за результатами тестування PEN (табл. 3, 4).

Слід відмітити, що респонденти основної та порівняльної групи у відповідях опитувальника Ганса та Сибілла Айзенк були відверті, що свідчило про високий рівень довіри до лікаря, якій призначав лікування та спостерігав за станом хворих.

Таблиця 2 – Динаміка показників опитувальника СМОЛ після лікування пацієнтів літнього віку з глосодинією (бали)

| Показники дослідження | Основна група n=11 | | Порівняльна група n=10 | |
|-----------------------|----------------------|---|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| шкала (L) | 46,27 ±2,4 | 41,54±2,36 | 46,1±2,77 | 44,6±2,66 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала (F) | 56,36 ±2,69 | 43,73±1,75 | 56,2±1,99 | 53,1±2,04 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ >0,001 | | p ₃ >0,05 |
| шкала (K) | 45,63±0,85 | 47,81±0,84 | 44,5±1,69 | 42,9±1,57 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,01 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 1 | 44,18±2,22 | 40,18±1,36 | 44,3±2,37 | 42,8±1,97 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 2 | 40,81±1,57 | 39,09±1,36 | 40,1±1,64 | 39,7±1,63 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 3 | 69,7±1,94 | 42,7±1,71 | 69,9±2,25 | 59,4±2,47 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,01 |
| шкала 4 | 67,18±1,28 | 59,45±1,68 | 67,1±1,97 | 63,8±1,81 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 6 | 40,63±2,03 | 58,27±2,43 | 38,9±0,61 | 42,2±1,03 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,01 |
| шкала 7 | 68,27±1,93 | 47,18±1,79 | 68,2±1,56 | 65,7±1,73 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |
| шкала 8 | 41,63±1,09 | 44,9±0,91 | 39,71±2,03 | 42,7±1,54 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| шкала 9 | 38±1,21 | 49,27±1,21 | 38,1±1,44 | 40,1±1,48 |
| p | p ₃ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування

Таблиця 3 – Динаміка показників опитувальника PEN після лікування пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією (бали)

| Показники опитувальника за Айзенк | Основна група n=14 | | Порівняльна група n=14 | |
|-----------------------------------|----------------------|--|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| Психотизм | 8,14 ±0,68 | 6,14±0,45 | 8,14±0,51 | 7,28±0,45 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| Екстраверсія/інтроверсія | 13,35 ±0,58 | 14,86±0,49 | 13,14±0,5 | 13,92±0,5 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| Нейротизм | 18,36±1,14 | 13,71±0,78 | 17,93±1,29 | 16,86±1,2 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,05 | | p ₃ >0,05 |
| Відвертість | 8,43±0,34 | 7,92±0,38 | 8,21±0,24 | 7,85±0,25 |
| P | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Таблиця 4 – Динаміка показників опитувальника PEN після лікування пацієнтів літнього віку з глосодинією (бали)

| Показники опитувальника Айзенк | Основна група n=11 | | Порівняльна група n=10 | |
|--------------------------------|----------------------|---|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| Психотизм | 7,81 ±1,18 | 4,9±0,56 | 7,9±0,76 | 6,8±0,63 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| Екстраверсія/інтроверсія | 15 ±0,84 | 16,09±0,66 | 14,7±0,89 | 15,7±0,7 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |
| Нейротизм | 21±0,88 | 12,18±1,2 | 21,1±0,92 | 19,3±0,77 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ >0,05 |
| Відвертість | 9,18±0,58 | 8,36±0,39 | 8,9±0,78 | 8,5±0,65 |
| P | p ₁ >0,05 | p ₂ >0,05 p ₄ >0,05 | | p ₃ >0,05 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Істотному зниженню набули показники психотизму в основній групі пацієнтів (в 1,3 рази у II періоді зрілого віку і в 1,6 рази – у літньому, при p₂<0,05), що свідчило про подолання психологічного дискомфорту. В той же час рівень екстраверсії / інтраверсії не змінився.

Аналогічний результат опитування за Ганс та Сибілла Айзенк отримали у хворих літнього віку,

що вказувало на кращу ефективність запропонованої схеми лікування ніж традиційної.

Результати тестування основних груп хворих за Спілбергером свідчили про вірогідне зниження особистісної та реактивної тривожності (від 1,7 до 2 разів), в той самий час як у групах порівняння – майже не змінились (**табл. 5, 6**).

Таблиця 5 – Динаміка показників опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером після лікування пацієнтів II періоду зрілого віку з глосодинією (бали)

| Показники опитувальника за Спілбергером | Основна група n=14 | | Порівняльна група n=14 | |
|---|----------------------|---|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| Ситуативна тривожність | 68,35 ±1,26 | 33,28±1,59 | 69,85±0,74 | 63,21±2,75 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,05 |
| Особистісна тривожність | 59,28 ±0,95 | 34,07±1,4 | 60,57±0,74 | 57,07±1,06 |
| P | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,01 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Таблиця 6 – Динаміка показників опитувальника за Чарльз Д. Спілбергером після лікування пацієнтів літнього віку з глосодинією (бали)

| Показники опитувальника за Спілбергером | Основна група n=11 | | Порівняльна група n=10 | |
|---|----------------------|---|------------------------|----------------------|
| | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |
| Ситуативна тривожність | 68,63 ±1,6 | 40,54±2,47 | 68,8±0,9 | 63,9±1,26 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ <0,01 |
| Особистісна тривожність | 59,1 ±1,15 | 35,18±1,21 | 60,57±0,74 | 57,9±0,99 |
| p | p ₁ >0,05 | p ₂ <0,001 p ₄ <0,001 | | p ₃ >0,05 |

Примітки: p₁ – достовірність різниці показників між основною та порівняльною групами до лікування; p₂ – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування; p₃ – достовірність різниці показників порівняльної групи до та після лікування; p₄ – достовірність різниці показників основної та порівняльної групи після лікування.

Обговорення отриманих результатів. Проведені дослідження хворих на глосодинію до початку лікування підтвердили данні науковців [1, 18, 19, 20, 21] про важливе значення психологічної складової у формуванні захворювання поряд із соматичною патологією. Встановлені авторами [22, 23, 24, 25, 26] виражені астеничні порушення, дратівливість, схильність до високого рівня тривожності, різні фобії у хворих на глосодинію підтверджені в даному дослідженні при обстеженні зазначених пацієнтів. Встановлена в даному дослідженні психоемоційна напруга у пацієнтів з глосодинією до проведення комплексного лікування, за інтерпретацією Г.П. Левківської [16], Ю.Л. Ханіна [27] і Л.Н. Собчик [15], може сприяти розвитку захворювання в осіб з емоційно-нестабільним типом характеру, схильністю до підвищення особистісної та ситуативної тривожності і особливостю психологічної поліструктури особистості: наявністю різнонаправлених провідних шкал реагування “змішаного”, “сильного” і “слабкого” реєстру (3-тя, 4-та, 7-ма) та їх поєднання (3-4, 3-7, 4-7). Такі особливості психоемоційної сфери хворих на глосодинію були показами до включення в комплексне лікування седативних, вітамінних та протисудомних препаратів, які сприяють значному покращенню психологічного стану пацієнтів.

Тестування хворих на глосодинію за методикою Міні-мульт виявило позитивну динаміку показників психологічного стану основної групи хворих. За результатами базисних шкал, по інтерпретації М.Л. Собчик, відбувалась нормалізація психологічних розладів. Встановлено зниження негативних емоцій за показниками 3-ої шкали, гіпертимності – за 4-ою шкалою та тривожності – за 7-ою шкалою. Вважаємо, це пов'язано із застосуванням препаратів, які впливають на підкоркові структури лімбіко-ретикулярного комплексу та функції ромбовидної ямки довгастого мозку – головного «держора» найважливіших фізіологічних процесів. Вирігдне зменшення показників шкали тривожності в 1,4 рази ($p_2 < 0,001$) відносно вихідного рівня, а також поєднання зі зниженням 4-ої і підвищенням 6-ої

шкал сильного «реєстру» (відповідно в 1,2 і 1,5 разів, при $p_2 < 0,001$) свідчило про істотне зменшення внутрішнього конфлікту, а, відтак, і невротичної симптоматики глосодинії. А сполучення з низьким показником 3-ої шкали відображало менш виражену боязнь, що пов'язана з хворобою.

Висновки. Після проведеної терапії у пацієнтів основної групи у особистісному профілі встановлено достовірне поліпшення шкали «К» (контроль над емоціями), шкали «F» (психологічного дискомфорту) та «F – К» (драматизації проблем у зв'язку з захворюванням).

У профілі особистості СМОЛ основної групи пацієнтів з глосодинією після лікування встановлено вірогідне зниження рівня емоційної лабільності (на 33,3% в II періоді зрілого віку і на 38,7% – в літньому), імпульсивності (відповідно на 15,6 і 11,2%), тривожності, що конституціонально обумовлена (на 29,6 і 30,9%) та їх поєднання з статистично значимими підвищеннями шкал «сильного» реєстру – 6-ої (на 32,9 і 30,3%) та 9-ої (на 36,9 і 23,9%). Позитивна динаміка показників особливостей психологічного стану пацієнтів дослідної групи вказувала на ефективність їх корекції запропонованим методом.

Вірогідне зменшення показника нейротизму за опитувальником PEN (відповідно на 25,3 і 42%) підтверджували ефективність застосування препаратів, які впливають на сегментарні та надсегментарні відділи нервової системи (парасимпатична нервова система, лімбічна система та ретикулярна формація стовбура мозку) при лікуванні пацієнтів з глосодинією.

Відсутність статистично значимого покращення показників особливостей психологічного стану пацієнтів після традиційної терапії свідчила про те, що у хворих групи порівняння залишається хронічна соматична дезадаптація.

Перспективою подальших досліджень є вивчення ефективності запропонованого методу лікування хворих на глосодинію за показниками клінічного обстеження та стану вегетативної нервової системи.

References

1. Khubaev SZ. *Glossodyniya: sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya* [Glossodynia: modern aspects of diagnosis and treatment]. Abstr. Dr. Sci. (Med.). M; 2014. 36 s. [Russian]
2. Bender SD. Burning Mouth Syndrome. *Dent Clin North Am.* 2018 Oct;62(4):585-596. PMID: 30189984. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.006
3. Teruel A, Patel S. Burning mouth syndrome: a review of etiology, diagnosis, and management. *Gen Dent.* 2019 Mar-Apr;67(2):24-29. PMID: 30875303
4. Nykolaenko EV. *Psykhokorrektysyya v kompleksnom lecheny bolnykh s syndromom zhzhennyya polosty rta* [Psychocorrection in the complex treatment of patients with burning mouth syndrome]. Abstr. PhD. (Med.). M; 2009. 23 s. [Russian]
5. Dychko YeN. Samoylenko AV. Terminologiya bolovogo ta parestetychnogo syndromu slyzovoyi obolonky porozhnyu rota [Terminology of pain and paresthetic syndrome of the oral mucosa]. *Medychni perspektyvy.* 2013;1:11–14. [Ukrainian]

6. Dychko YeN, Verbytska AV, Karnaukh SO. Bolovyy ta parestetychnyy fenomen slyzovoyi obolonky porozhnyny rota [Pain and paresthetic phenomenon of the oral mucosa]. *Medychni perspektyvy*. 2013;1:51–53. [Ukrainian]
7. Iordanyshvyly AK, Lybykh DA, Ryzhak GA. Stomalgiya u lyudey pozhylogo y starcheskogo vozrasta: dyagnosytika, klasyfykatsyya y otsenka efektyvnosti lechenyya [Stomalgia in the elderly and senile: diagnosis, classification and evaluation of treatment effectiveness]. *Instytut stomatologii*. 2013;2:50–53. [Russian]
8. Abdulazymov MS. *Metody psykhoterapyi v lecheny bolnykh s sindromom zhzhennyya polosty rta* [Methods of psychotherapy in the treatment of patients with burning syndrome of the oral cavity]. Abstr. PhD. (Med.). M; 2014. 20 s. [Russian]
9. Dym H, Lin S, Thakkar J. Neuropathic Pain and Burning Mouth Syndrome: An Overview and Current Update. *Dent Clin North Am*. 2020 Apr;64(2):379-399. PMID: 32111276. doi: 10.1016/j.cden.2019.12.009
10. Klein B, Thoppay JR, De Rossi SS, Ciarrocca K. Burning Mouth Syndrome. *Dermatol Clin*. 2020 Oct;38(4):477-483. PMID: 32892856. doi: 10.1016/j.det.2020.05.008
11. Kulygina VM, Dorosh IO. Rezultaty doslidzhennya psikhologichnykh osoblyvostey khvorykh na glosodyniyu [The results of the study of psychological characteristics of patients with glossodynia]. *Bukovynskyy medychnyy visnyk*. 2015;19(1/73):83–88. [Ukrainian]
12. Dorosh IO. *Porushennya gemodynamiky yazyka i vegeto-emotsiynogo stanu u khvorykh na glosodyniyu ta yikh korektsiya v kompleksnomu likuvanni* [Disorders of hemodynamics of the tongue and vegetative-emotional state in patients with glossodynia and their correction in complex treatment]. Abstr. PhD. (Med.). Uzhgorod; 2016. 20 s. [Ukrainian]
13. Tyflynskyi SB, Khrushchev SV. *Detskaya sportyvna medytsyna* [Pediatric sports medicine]. Ruk-vo dlya vrachey. II izd, pererab i dop. M: Medytsyna; 1991. 28 s. [Russian]
14. Kudryashov AF. *Luchshye psikhologicheskiye testy dlya professionalnogo otbora y professionalnoy orientatsiyi* [The best psychological tests for professional selection and career guidance]. Opisanie i rukovodstvo k ispolzovaniyu. Petrozavodsk: Izd-vo «Petrokon»; 1992. 318 s. [Russian]
15. Sobchik LN. SMYL (MMPI): *Standartyzovannyy mnogofaktornyy metod yssledovannya lychnosti* [SMPI (MMPI): A standardized multifactorial method of personality research]. SPb: Rech; 2009. 224 s. [Russian]
16. Levkivska GP. *Adaptatsiya pershokursnykiv v umovakh vyshchogo zakladu osvity* [Adaptation of freshmen in a higher education institution]. Navch posib. K; 2001. 128 s. [Ukrainian]
17. Rebrova OYu. *Statystycheskyy analiz medytsynskyykh dannykh. Prymenenye paketa prykladnykh programm STATISTICA* [Statistical analysis of medical data. Application of the STATISTICA application package]. M: Medyasfera; 2002. 312 s. [Russian]
18. Jääskeläinen SK. Is burning mouth syndrome a neuropathic pain condition? *Pain*. 2018 Mar;159(3):610-613. PMID: 29257770. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001090
19. Galli F, Lodi G, Sardella A, Vegni E. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2017 Mar;37(3):265-277. PMID: 27121358. doi: 10.1177/0333102416646769
20. Belyalov FI. *Psikhosomatika* [Psychosomatics]. M: GEOTAR-Media, 2018; 339 p. [Russian]
21. Orliaguet M, Misery L. Neuropathic and Psychogenic Components of Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review. *Biomolecules*. 2021 Aug 18;11(8):1237. PMID: 34439903; PMCID: PMC8393188. doi: 10.3390/biom11081237
22. Khyts A. Glosalgija abo syndrom pekuchosti porozhnyny rota: suchasni kontseptsiyi [Glossalgia or empty mouth pesky syndrome: current concepts]. *Ukr Med Chasopys*. 2021 May 24. [Ukrainian]. Available from: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2021/05/Glossalgia.pdf?upload=>
23. Kim MJ, Kho HS. Understanding of Burning Mouth Syndrome Based on Psychological Aspects. *Chin J Dent Res*. 2018;21(1):9-19. PMID: 29507908. doi: 10.3290/j.cjdr.a39914
24. Lutsкая IK. *Zabolevaniya slyzystoy obolochky polosty rta* [Diseases of the oral mucosa]. M: Medytsynskaya Literatura; 2014. 224 s. [Russian]
25. Smulevich AB, Lvov AN, Iuzbashian PG, Tereshenko AV, Michenko AV, Bobko SI et al. Glossalgija kak sindrom psikhodermatologicheskoi patologii [Glossalgija kak sindrom psikhodermatologicheskoi patologii]. *Zh Nevrol Psikiatr im SS Korsakova*. 2021;121(7):7-13. [Russian]. PMID: 34460151. doi: 10.17116/jnevro20211210717
26. Honda Y, Handa T, Fukuda KI, Koukita Y, Ichinohe T. Comparison of Risk Factors in Patients With Acute and Chronic Orofacial Pain. *Anesth Prog*. 2018;65(3):162-167. doi:10.2344/anpr-65-02-05
27. Aliev AR. K voprosu o trevozhno-fobycheskyykh rasstroystvakh u bolnykh s parodontytom [To the question of anxiety-phobic disorders in patients with periodontitis]. *Visnyk problem biologiyi i medytsyny*. 2017;1(135):341-344. [Russian]

UDC 616.314.1-07]:611.711-001

Indicators of Studies of Psychological Peculiarities of Patients with Glossodynia after Complex Treatment

Kulygina V. M., Pylypyuk O. Yu., Dorosh I. O., Gadzhula N. G., Povsheniuk A. V.

Abstract. *The purpose of the work* was to study the effectiveness of the implementation of the developed method of complex treatment of patients with glossodynia according to the indicators of psychological examination after treatment of patients.

Materials and methods. A study of psychological characteristics (according to the questionnaires MMPI, PEN, ChD Spielberger) of 49 patients with glossodynia aged from 46 to 65 years old after one year of comprehensive treatment, who according to the age classification by A. A. Markosyan, were divided into 2 groups: II period of adulthood (14 people of the main group, 14 – comparative) and elderly (11 and 10 people, respectively) was carried out. Treatment of the main group of patients was carried out according to the method developed by us, comparative – according to the traditional one. All research was conducted on the basis of the department of therapeutic dentistry of National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya.

Results and discussion. A study of the psychological state revealed its improvement in the main group of patients with glossodynia. This was indicated by a significant increase in emotional control (K scale), less severe psychological discomfort (F) and dramatization of disease problems (F – K). Significant decrease in emotional lability (by 33.3% in the II period of adulthood and by 38.7% – in the elderly), impulsivity (by 15.6 and 11.2%), constitutionally conditioned anxiety (by 29.6 and 30, 9%) and a combination of statistically significant increases in the scales of the «strong» register – the 6th (by 32.9 and 30.3%) and the 9th (by 36.9 and 23.9%) in the personality profile showed normalization of the psycho-emotional sphere, reduction of internal contradictions and increase of optimistic view on overcoming problems with the disease. The probable decrease in the level of neuroticism in the Hans and Sibylla Eisenk questionnaire (by 25.3 and 42%, respectively, at p <0.001) confirmed the high efficacy of the psychotropic drug Persen in combination with gabapentin or lyric and energy in the treatment of glossodynia patients.

Conclusion. After treatment in patients of the main group with the use of sedatives, vitamins and anti-convulsants in the polystructure of the personal profile established the normalization of the psycho-emotional sphere: normostenism, increased control over emotions, decreased emotional lability, impulsiveness, reduced internal contradictions and hysterical accentuation, increased level of zest for life and acceptable levels of constitutionally conditioned anxiety. The positive dynamics of the psychological state of patients indicated the high efficiency of its correction using the proposed method.

Keywords: glossodynia, treatment, psychological testing.

ORCID and contributionship:

Valentina N. Kulygina : 0000-0001-7846-441X ^{D,F}

Olha Yu. Pylypiuk : 0000-0002-8904-1639 ^A

Iryna O. Dorosh : ^B

Nataliia G Gadzhula : 0000-0003-0016-2264 ^C

Anastasiia V. Povsheniuk : 0000-0002-6799-9627 ^E

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR

Olha Yu. Pylypiuk

Vinnitsya, National Pirogov Memorial Medical University,

Therapeutic Dentistry Department

56, Pirogova Str., Vinnitsya 21018, Ukraine

tel: +380987500237, e-mail: olgaplypiuk87@gmail.com

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 24.04.2022 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування