

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
НЕВРОЛОГИЯ ЖӘНЕ ШЫҒЫС МЕДИЦИНА КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

Стомалгия (Глоссалгия), психалгия. Беттің гиперкинезі. Беттік гемиспазм. Беттік параспазм.

Орындаған: Қазақбай Б.А, Ерман А.Ә
Тексерген: Бидүйсенов Н.К

Қарағанды 2015

Стомалгия (глоссалгия) – ауыз қуысының және тілдің жағымсыз жағдайы мен парестезиялық ауру сезімімен көрінетін патологиялық жағдай. Стомалгия кезінде объективті және субъективті көріністері сәйкес келмейді, яғни науқастың ауру сезімі болғанымен, ешқандай ауыз қуысының зақымдануы болмайды.

Этиологиясы. Стомалгияның пайда болуындағы жергілікті факторлар: ауыз қуысының шырышты қабатының дефекті тістердің үшкір қырларымен зақымдануы, сапасыз дайындалған тіс протездері, тіс тасының көптеп жиналуы, акрилді протездерге аллергиялық реакция, травмалық тістерді жою, толық немесе жартылай тіс жоғалту, ортопедиялық араласулардағы жарақат алу; инъекциядан кейінгі асқыну; қабынулық және жарақаттық әсерден пайда болған тіс-жақ аурулары т.б

Жалпы факторлар: асқорыту аурулары, эндокринді бұзылыстар, мойын омыртқаның дистрофиялық өзгерістері, кантамырлық бұзылыстар, нерв жүйесінің аурулары, аллергия.

Стомалгия классификациясы:

1. Этиопатогенезі бойынша:

А. Неврогенді (психогенді) формасы

Б. Симптоматикалық формасы (асқорыту жүйесінің бұзылысы, эндокринді жүйе бұзылысымен байланысты, сонымен қатар қан аурулары, бірнеше аурулар бірігуімен байланысты)

В. Жергілікті себептермен байланысты формасы (протезді стоматиттер, гальвинизм синдромы, тістің жедел кариесінен болатын микро және макротравматизация, пломбалар, ауыз қуысының микрофлорасының өзгеруі, прикустың өзгерісі)

Г. Ишемиялық формасы, жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары әсерінен, тіл мен ауыз қуысының шырышты қабатының қан микроциркуляциясының бұзылысы

Д. Эндогенді және экзогенді факторлардың бірігіп әсер етуінен болатын біріккен формасы

Стомалгия классификациясы:

2. Парестетикалық феноменнің таралуы бойынша:

А. Тек тіл аймағында

- Тек тіл ұшы аймағында
- Тілдің барлық немесе жартысынан көп аймағын қамтиды

Б. Протез жатқан жердің шырышты қабатында

Г. ауыз қуысының барлық аймағында

Д. Стомалгияның шырышты қабат (жұтқыншақ, көмей, өнеш, қынап, тік ішек) пен терінің (бет, мойын) басқа парестияларымен бірігуі

3. Ауырлық дәрежесі бойынша: науқастың объективті көрінісі бойынша анықталады

А. Жеңіл

Б. Орташа

В. Ауыр

Дифференциалды диагностика

Стомалгияны ауыз қуысының шырышты қабаты мен тілдің органикалық ауруларынан, сонымен қатар стомалгия кезінде болатын ауру сезімін невралгия, неврит, одонтогенді ауру сезімінен айыра білуіміз қажет.

Стомалгияның органикалық аурулардан айырмашылығы тілдегі объективті көрінісінің болмауы немесе өте аз мөлшерде, бұл кезде объективті мен субъективті көріністері сәйкес келмейді. Сонымен қатар бұндағы ауру сезімін микротравма, жедел немесе созылмалы травмалар әсерінен болатын ауру сезімінен ажыратып алу қажет. Бұл кезде ауру сезіміні өте жиі кездеседі және ауру сезімі тек бір жерде болады.

Невралгияның стомалгиядан айырмашылығы, ондағы ауру сезімі жедел және аз уақытты жүреді. Ол әрдайым бір жерде болады, яғни үшкіл немесе тіл-жұтқыншақ нервінің бір тармағының иннервациясына байланысты. Ауру кезінде әдетте вазомоторлы бұзылыстар қатарымен жүреді, беттің бұлшықеттерінің тырысып тартылуы. Сонымен қатар невралгияда ауру орыны, ұстанымға әкелетін қоздыру аймағы болып келеді (яғни ауру аймағын басқан кезде, приступ пайда болады)

Неврит кезінде ауру аймағы, ауырған нервтің жолымен сәйкес келеді және сезімталдықтың жоғалуымен, парестезиямен бірігіп байқалады. Кейбір кезде дәм сезудің төмендеуі немесе жоғалуымен жүреді. Неврит кезінде болатын ауру сезімі, стомалгияға қарағанда, тіл қозғалысы, тамақ қабылау кезінде күшейеді.

Клиникасы

Стомалгия кезінде науқастар парестезияның болуына шағымданады, күйдіру, жансыздану, сұққылау сезімімен көрінетін ауыз қуысы шырышының сезімталдығының бұзылысы. Ауру сезімі жайылмалы және белгілі бір орында ғана болмайды. Науқастар ауыз қуысының құрғауына шағымданады, сәйкесінше олардың сөйлеуі мен ұйқысы бұзылады (әрдайым аузын сулап отырады). Тілдің ауырлық, ісіну сезімі болады, науқастар сөйлеу кезінде тілдерін қозғалыстан шектеуге тырысады. Жұтыну рефлексінің төмендеуі немесе жоғалуы. Бірақ, стомалгияда, тамақтанған кезде ауру сезімі жойылады. Дәм сезімі бұзылады, науқастар металл дәмін сезінеді, күйдіру сезімі және дәм сезудің төмендеуіне шағымданады. Кей кезде күйдіру аймағында гиперемия, ісіні, шырышты қабаттың бозаруы, атрофиясы байқалады. Ауруларда сілекей мардымсыз, созылмалы немесе көбіктенген, сүт түсіндей болады.

Жергілікті белгілерімен қатар науқастарда тітіркендіргіштік, тез шаршау, бас ауруы, ұйқысының бұзылысы, жыламсырау сезімі, аллергиялық реакциялар болады. Стомалгия науқастардың психикасына әсер етеді, олардың еңбекке жарамдылығын төмендетіп, депрессияға ұшыратады.

Емі

Стомалгияны емдеу өте күрделі болып келеді. Стомалгияны емдеу комплексті жүреді: медикаментозды терапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лазеротерапия, гипербарикалық оксигенация және психотерапия. Емдеу алдында ауыз қуысының санациясын жүргізіп, жергілікті тітіркендіргіш факторларды жою қажет.

Медикаментозды терапияда антидепрессанттар, бензодиазепиндер, антигистаминды препараттар, жыныс гормондары, витаминдер және сиалды қосылыстар, саңырауқұлаққа қарсы препараттар, аналгетиктер, вазоактивті препараттар және вегетотропты заттар қолданылады.

Фармакотерапия. Психофармакологиялық және психотерапиялық емдеу әдістері назар аударылған. Ең біріншіден транквилизаторлар сияқты психофармакологиялық препараттар қолданылады: феназепам, өте эффективті препарат, дозасы жеке тағайындалады. (0,5-2 мг тәул), депрессивті жағдайлар болған кезде феназепамды антидепрессанттардың аз дозасымен араластырып береді.

Вегетативті невр жүйесінің дисфункциясына әсер ететін болғандықтан вегетотропты заттар қолданылады: антихолинэстеразды (галантамин гидрохлорид ерітіндісі, антигистаминді препарат диазолин)

Барлық науқастарға поливитаминдер тағайындалады: ундевит, гексовит (құрамында В тобының витаминдері кіреді)

Жергілікті емдеуге ауыз қуысына дәрілік өсімдіктерден ванночкалар жасалады (100-150 мл 30-40 мин тамаққа дейін). Бұзылған эпителийді қалпына келтіру үшін жергілікті аппликация жасалады (ретинолдың майдағы ерітіндісі, шырғанақ майы, итмұрын майы)

Күйдірмелі парестетикалық аурулар кезінде новокаинді блокадалар жасалынады.

- ▶ *Гипербарикалық оттегімен емдеу.* Ол үшін көпорынды барокамера қолданылады. Жалпы емдеу курсы 13-15 сеанстан тұрады, алғашқы сыналатын 20 минуттық сеанс. Әрбір сеанс ауамен компрессияны 10-15 мин, ингалятор маскасы арқылы оттегімен дем алу 45 мин және декомпрессия 10-15 мин.
- ▶ *Иглорефлексотерапия.* Беттің әр түрлі аймақтарының нүктелері арқылы тежелу әдісі арқылы жүреді. Бір сеанстағы нүктелер саны 3-6 дейін болады, нүктелердің тереңдігі беттегі аймаққа байланысты. Инені тіндерде 20-40 мин қалдыру керек. Емдеу курсы 10-14 күн, алғашқы 5 сеанс күн сайын, ал қалғаны күнара.
- ▶ *Лазеротерапия.* Лазер сәулелері ауық қуысының парестизиялық аймақтарына әсер етеді. Әрбір аймаққа әсер ету уақыты 30 сек. Емделу курсы 10-14 сеанс, алғашқы 5 сеанс күн сайын, ал қалғаны күнара.
- ▶ *Оттегілік терапия.* Оттегіні оттегілік жастықшадан инъекционды инемен 96 % спиртпен сүртілген алаңнан алады. Алынған оттегінің бірінші порциясын ауаға жіберіп, екіншісін ауыз қуысына, шырышты қабат астына енгізеді. Инені шырышты қабаттың қозғалмалы аймағына 2-3 мм енгізеді, енгізгенде сүйекқабына тигізбейді. Оттегі парестетикалық аймаққа енгізіледі.

Стомалгияның психогенді түрінде психотерапия, гипнотерапия, электроұйқы, иглорефлексотерапия, лазерорефлексотерапия, бальнеотерапия, әртүрлі физиотерапевтикалық процедуралар арқылы емдейді. Медакоментоздардан седативті, транквилизаторлар (элениум, диазепам, нитразепам), нейролептиктер (аминазин)

Егер стомалгия депрессиямен бірге жүрсе, онда емдеу психиатормен бірігіп жүргізіледі. бұо кезде науқасқа антидепресанттар тағайындалады.

Егер стомалмия ішкі ағзалар ауруларын әсерінен болған жағдайда, ағзаны емдеуге сәйкес дәрігермен бірігіп емделеді. Ең алдымен ішкі ағзалар емі тағайынадалады.

Стомалгияның ишимиялық түрінде, ауыз қуысының жерігілікті микроциркуляцияның бұзылысы кезінде гипербариялық оксигенация және магнитотерапиямен емдеу жүргізіледі.

Психалгия – жергілікті бұзылыстар мен органикалық дисфункциямен жүрмейтін төзімсіз жан ауруы. Психалгия патология емес, бұл кезде вегетативті нерв жүйесі, витальді көріністер бұзылмайды, эмоция мен байланысу жүйесі сақталған болады. Психалгия кезінде уақыттық периодта тепе-теңдік бұзылады: индивид бұрынғы мен болашақты көрмейді, қазір болып жатқан жан ауруында тұрып қалады. Психалгияны депрессиядан ажырата білу керек. Жиі невроздарда байқалады, кейде аффект, қорқыныш, үреймен жүреді.

Психалгия соңы аяқталады:

- ▶ Қалыпқа қайта келумен
- ▶ Сицидтік мінезбен
- ▶ Психикалық патологиямен



Психалгия типтері

- *Жедел* (бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін) психикалық травмамен байланысты пайда болады. Көбінесе жасөспірімдерге немесе импульсивті адамдарға тән. Қорғаныштық агрессиямен, жылау, бір бұрыштан екінші бұрышқа жүре беруден, заттар лақтырумен сипатталады. Қорғаныштық механизмі сақтап үлгермейді, суицид алды кезең тез дамиды.
- *Пролонгирленген* (бірнеше күннен бірнеше айға дейін) Көптеген травмалармен байланысты: бірінен соң бірі болатын сәтсіздік. Көбінесе ересек және кәрі жастағы адамдарға тән.
- *Ауыстырылмалы*. Төмен социалды статусы бар адамдарға тән.

Ішкі бейнесінің көрінісі бойынша:

- *Мұңды* . Төмен көңіл күйлі, өте сезімтал, әрбір сәтсіздікті қатты уайыммен қабылдайтын адамдарға
- *Уайымшыл*. Гиперкомфортты адамдарға тән.
- *Тітіркенгіш*. Жоғары агрессиялы адамдарға тән. Суицидті реакция үлкен емес, бірақ суицидті шантаж бен өзін өзі жарақаттауға аса бейім.
- *Истероидті*. Суицидті реакциялары көбінесе сексуалды байланысты үзуден жиі дамиды.
- *Гипертимді*. Өмірінің жақсы және бахытты екенін имитациялап жүреді, шын мәнінде ішкі ауруын көрсеткісі келмей, жасырады. Бұларға кенеттен суицид жасау тән.

Клиникасы

Ауырыну сезімінің болуы. Ауырсыну сезімі сенестопатиямен көрінеді, тіпті өте жақсы маман ауырсыну белгісін ұзақ уақыт анықтау мүмкін.

Психалгия кезінде ауырсыну сезімі полиморфизмімен байқалады, науқастағы ауырсыну сезімі әр түрлі сипатта көрінеді: сыздап бара жатқан ауыру, кернетулі, атқылаушы, пульсті, бір жерде немесе барлық жерде болатын ауырсынумен байқалады.

Ауырсыну орындары иннервация жолымен сәйкес келмейді.

Мысалы, депрессивті жағдай кезінде туындайтын психалгия кезінде науқастың эмоционалды белгілерімен көрінеді, науқас жүректе тас болуына, ауыр жүк бар екендігіне шағымданады, сол себепті жүректе, арқада, мойында туындайтын ауырсынуға шағымданады.

Гиперкинездер

Гиперкинездер (греч. hyper- + kinēsis қозғалыс)- беттің, кеуденің, аяқ -қол, жұмсақ таңдайдың, тілдің, көмейдің және көздің сыртқы бұлшықеттерінің жиырылуымен байланысты шақырылған еріксіз қозғалыстар.

Этиологиясы: ОЖЖ инфекциялық ауруларында (эпидемиялық энцефалит, кенелі энцефалит және т.б.), бас миының тамырлық, демиелиндік ауруларында, бассүйек милық жарақатта, мидың қатерлі ісігінде, интоксикацияларда дамиды. Гиперкинездердің қатары нерв жүйесінің аутосомды доминантты немесе аутосомды рецессивті берілетін тұқымқуалаушылық дегенеративті ауруларына жатады.



Беттің гиперкинездері

Беттік гемиспазм және параспазм, блефароспазм –бет бұлшықеттерінің басқарылмайтын жиырылуы. Олар көбіне невропатия, невритпен және бет нервісінің парезімен ұқсас келеді.

Бет гемиспазмы- бұл біржақты гиперкинетикалық синдром,бет нервімен жүйкеленетін бұлшықеттерде байқалады және фасцикулярлы жұлқу пароксизмдарымен, беттің зақымданған жағындағы миоклониймен көрінеді.

Жіктелуі:

1. Біріншілік- Бриссо ауруы
2. Екіншілік- бас миы ісігінде, тамырлық мальформацияларда, менингиттерде байқалады.

Беттің гиперкинездері



Рис. 1.

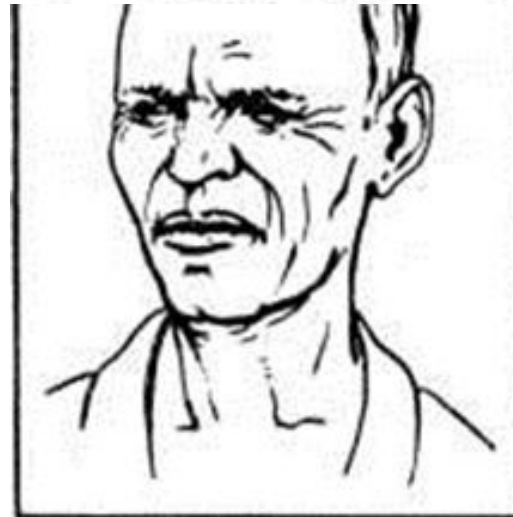


Рис. 2.



Этиологиясы

Қазіргі кезде бұл аурудың дамуында бет жүйкесінің перифериялық зақымдануының рөлі анықталған. Бұлшықеттердің спазмының дамуы үшін бет жүйкесінің жартылай зақымдалуы жеткілікті. Ауру процесінде анықталған микросимптоматика дамымайды, сол кезде гиперкинез қарқынды бола түседі және біртіндеп беттің зақымданған жартысындағы жаңа мимикалық бұлшықеттерді қамтиды.

Бет гемиспазмының негізінде күрделі нейродинамикалық процесс жатыр. Қозғалту нейронының зақымдалуы, патологиялық нейродинамикалық процестер аурудың негізгі себебі болып табылады.

Клиникасы

Гиперкинез көздің дөңгелек бұлшықетінде, әдетте оның жоғарғы немесе төменгі бөлігінде туындайды, қысқа тез миоклоникалық жұлқулармен көрінеді. Ұстамалар ұсақ жұлқулармен басталып, сосын тоникалық спазмға ауысады, 1-5 мин созылады немесе бірнеше секундқа, содан соң бірнеше минут үзіліс болады. Кейде үзіліс өте қысқа болуы мүмкін, сондықтан бұлшықет тырысуы үнемі тұрғандай көрінеді. Тынышталу кезеңі 2-3 сағатқа созылуы мүмкін. Сирек жағдайда ұстамалар арасында бірнеше күн немесе 1-2 апта интервал болады.

Кейбір науқастарда тырысулар болады, миоклоникалық жұлқулар болмайды. Сондықтан бет гемиспазмының түрлерін ажыратады:

1. Тоникалық
2. Миоклоникалық
3. Аралас

Тоникалық гиперкинез

Тоникалық гиперкинезде зақымданған жақта көз саңылауның аздап тартылуы байқалады. Бұл динамикалық сипатта болады, себебі ол бірінен соң бірі болатын миоклония нәтижесінде туындайды. Тоникалық спазмда беттің, ауыз бұрышының жыбырлауы тартылуы, иек мойын бұлшықеттерінің біруақытта жиырылуы байқалады. Ұстама жиілігі құбылмалы бірақ біртіндеп өседі. Ұстамалар эмоционалды күш түскенде күшейеді және керісінше тыныштық жағдайда сирейді. Ұйқы кезінде гиперкинез пароксизмері азаяды.



Миоклоникалық гиперкинез

Миоклония жұлынның немесе мидың қыртыстық аймақтарының құрылысы бұзылғанда дамиды.

Миоклоникалық формасында гиперкинездер бүкіл бұлшықетте пайда болады . Гиперкинездер жедел дамып, қатты, тез миоклоникалық лақтырылулы естен тану болады. Тоникалық формасынан айырмашылығы ұйқы кезінде тынышталмайды.

Әдетте бір жақтық бұлшықеттері зардап шегеді. Ал синдром екіжақты болған кезде бұлшық еттің тартылуы беттің әрбір жартысында өзіне тән ырғағы болады және уақыттары бойынша сәйкес келмейді.

Ауру ағысы

Ауру ағысы 2 этапты бөледі:

1. Дебют және аурудың біртіндеп үдеуі. Типтік жағдайларда бірнеше айдан бірнеше жылға дейін созылады.
2. Максимальды айқын көріністер. Бұл этап тұрақты ағыспен және стереотипті клиникалық көріністермен сипатталады.

Емдеуі

- Аурудан өз бетінше жазылуға болмайды.
- Көмек көрсетуді психотерапевтикалық әңгімеден бастау керек.
- Терапевтикалық ем: седативті заттар, В тобының витаминдері, глутамин қышқылын тағайындайды.
- Тырысуға қарсы препараттар, қан айналымын жақсартатын препараттар, вазоактивті препараттар, психо-вегетотропты препараттармен бірге қабыну, а қарсы ем жүргізіледі, аноболитикалық стероидтар қолданылады.

Бет параспазмы

Бет параспазмы- бет бұлшық еттерінде блефароспазм немесе оромандибулярлы дискенезиялар түрінде таралатын дистоникалық гиперкинез. Бұл идиопатиялық торсионды дистониялардың фокальды түрлерінің бірі, оның негізінде жүйке жүйесіндегі үдемелі дегенеративті процесс жатыр.

Патогенез

Бет параспазмының патогенетикалық механизмі толық зерттелмеген. Дистонияның бас миында нақты морфологиялық субстраты жоқ және белгілі жүйедегі субклиникалық және нейродинамикалық бұзылыстармен негізделген.

Дистония негізінде жатқан биохимиялық деффект белгісіз. Жобалы түрде мидың дофаминергиялық, холинергиялық және ГАМК-ергиялық деффекттер болуы мүмкін

Клиникасы

Бет параспазымен үлкен жастағы адамдар ауырады, әдетте өмірінің бесінші немесе алтыншы декадасында. Бет параспазы сырттай бет гемиспазына ұқсас, ерекшелігі мимикалық бұлшық еттердің жиырылуы екі жақты және бір уақытта дамиды. Ер адамдарға қарағанда әйел адамдарда жиі кездеседі.

Науқастарда бет бұлшық етінің үздіксіз жаңарған спазмы пайда болады. Максималды тырысулар көздің дөңгелек бұлшық етінде байқалады. Оған тіл және шайнау бұлшықеттерінің тоникалық жиырылуы қосылады. Тоникалық тырысуға миоклоникалық тырысулар қосылады. Тоникалық тырысуғалар беттің жоғарғы бөлігінде, ал миоклоникалық тырысулар төменгі бөлікте басым болады. Тырысу арасындағы үзіліс қысқа болады. Ұйқыды жатқанда және гипнотикалық жағдайда тырысулар тоқтайды.

Науқасты тексеруде жүйке жүйесінің экстрапирамидті бөлігі жағынан бірқатар органикалық симптомдарды табады. Созылмалы тамырлық ми жетіспеушілігі, гипоталамикалық аймақ жағынан “субфебрильді температура және т.б) симптомдар байқалады.

Емдеуі

- Бет параспазын емдеу мәселесі әлі күнге шешілмеген
- Терапияның негізгі принципі болып нейролдептикалық қасиеті бар жекелей таңдау арқылы комплексті емдеу және орталық антихолинергиялық заттарды тағайындайды.
- Кейбір науқастарға сирек бензодиазепин қатарының препараттарына сезімтал болғандықтан сирек ГАМК-ергиялық, дофаминергиялық әсерлі препараттарда қолданылады.
- Ми қан айналымын жақсартатын препараттар да қолданылады