

О.В. Орешака,  
д.м.н., профессор

Е.Н. Защишин,  
аспирант

Кафедра ортопедической стоматологии  
АГМУ, краевая стоматологическая  
поликлиника, Барнаул

## Оптимизация комплексного подхода к лечению пациентов с глоссодинией

**В** последние годы наблюдается неуклонный рост количества пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР), в том числе и языка, характеризующиеся различными парестезиями [2, 3, 7].

Согласно имеющимся данным глоссодиния встречается у 34% пациентов с заболеваниями СОПР, обратившихся за стоматологической помощью [5]. Помимо этого, наблюдается тенденция к повышению степени тяжести заболевания и к снижению его возрастного порога [1, 4, 6].

До настоящего времени не определены наиболее важные дифференциально-диагностические показатели при лечении пациентов с глоссодинией.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения пациентов с глоссодинией путем оптимизации зубного протезирования.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-лабораторное исследование 94 пациентов в возрасте от 37 до 69 лет, из них 89 женщин и 5 мужчин. В группу наблюдения вошли 64 пациента с глоссодинией, длительность заболевания у которых составила от 2 мес до 3 лет. В группу сравнения было включено 30 человек без признаков парестезии языка.

Всем пациентам проводили исследование основных параметров стоматологического статуса, вкусовой чувствительности языка, микробиологическое и цитологическое исследование, оценивали интенсивность жжения в языке при помощи визуальной аналоговой шкалы

(ВАШ) боли. Изучали состояние микроциркуляторного русла в слизистой оболочке языка методом лазерной доплеровской флоуметрии, функциональные параметры слюнных желез (скорость секреции, определение вязкости и кислотности ротовой жидкости). Проводили оценку биологической совместимости конструкционных материалов по методу Р. Фолля, а также мульти-спиральную компьютерную томографию (МСКТ) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в положении с открытым и закрытым ртом.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Из анамнеза выяснили наличие у 55 пациентов с глоссодинией соматической патологии: у 25 человек — заболевания органов ЖКТ в фазе ремиссии, у 4 — сахарный диабет II типа, у 5 женщин — постоварикетомический синдром, у 8 — заболевания сердечно-сосудистой системы в компенсированном состоянии. У 13 пациентов регистрировалась сочетанная соматическая патология.

Проведенное клинико-лабораторное исследование и консультации специалистов позволили установить возможные этиологические факторы (причины) глоссодинии:

- дисбиоз (фузоспирохетоз, 1 пациент);
- плоскоклеточный рак языка (1 пациент);
- кандидоз СОПР (4 человека);
- абсолютный гипозестрогенизм в результате постоварикетомического синдрома (5 женщин);
- биологическая несовместимость со стоматологическими конструкционными материалами (10 человек);

- дисфункция ВНЧС, обусловленная преимущественно дистальным смещением мыщелков и их асимметричным расположением (39 обследованных).

У 4 пациентов причину жжения языка установить не удалось.

Пациентам с кандидозом полости рта проведено специфическое лечение препаратом для приема внутрь Интраконазол и местного применения мази Кандид.

Пяти пациенткам с постовариэктомическим синдромом была назначена системная заместительная гормональная терапия препаратом Фемостон 1/5. Через 2–3 мес лечения все обследуемые отмечали полное исчезновение жжения в языке.

Пациентам с явлениями непереносимости проводилось рациональное протезирование с учетом совместимости с конструкционными материалами, на которые выявлены отрицательные тесты при проведении бифункциональной органометрии по методу Р. Фолля.

Пациентам с глоссодинией, осложненной дисфункцией ВНЧС, проводилось одноэтапное или двухэтапное с помощью окклюзионной шины ортопедическое лечение, проводимое под контролем МСКТ до, во время и после его окончания. Нормализация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов у пациентов с глоссодинией путем протетического лечения способствовала оптимизации расположения элементов ВНЧС, что доказывалось результатами МСКТ.

После нормализации пространственного расположения нижней челюсти отмечалось улучшение вкусовой чувствительности у 13 пациентов с глоссодинией, а у 26 — ее полное восстановление.

После лечения определялись улучшения со стороны микроциркуляторного русла, характеризующиеся значимым ( $p < 0,05$ ) улучшением показателя средней перфузии во всех исследуемых точках (рис. 1).

Результаты цитологического исследования у пациентов группы наблюдения свидетельствовали о тенденции увеличения значений индекса дифференцировки эпителиоцитов слизистой оболочки языка с исходных  $454,2 \pm 4,75$  ед. до  $470,5 \pm 1,86$  ед. после лечения на фоне существенно не менявшихся значений индекса кератинизации.

Проведенное лечение пациентов с глоссодинией способствовало улучшению некоторых показателей функционального состояния слюнных желез, в частности, увеличение скорости секреции ротовой жидкости

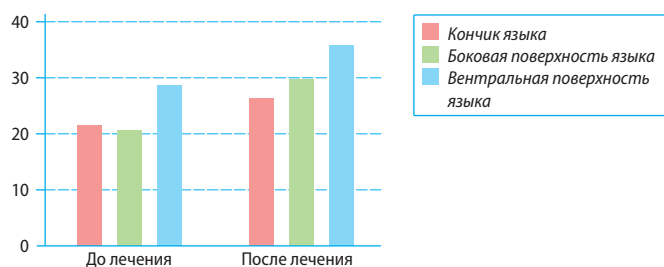


Рис. 1. Динамика среднего показателя перфузии микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка у пациентов с глоссодинией

с 0,24 до 0,4 мл/мин. При этом показатели вязкости и кислотности смешанной слюны у пациентов обеих групп существенно не менялись за весь период наблюдений.

Оценка по ВАШ боли показала, что выраженность неприятных ощущений в языке у этих пациентов достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшалась с 5,86 балла до лечения (II степень) до 0,76 балла после лечения (I степень).

Проведенное лечение пациентов с глоссодинией привело к значительному улучшению состояния у 15 пациентов, а 24 — к полному выздоровлению.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Н., 60 лет, поступила в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на жжение слизистой оболочки языка высокой интенсивности (9 баллов). Выявлены признаки функциональной перегрузки зубов: отпечатки зубов на языке, гирлянды Маккалша, фесточатый край резцов, фасетки стирания зубов, особенно выраженные на режущих краях клыков нижней челюсти, положительная проба на сжатие зубов. Отмечено снижение вкусовой чувствительности языка к кислому и соленому. Из-за неприятных ощущений во рту пациентка отмечала появление бессонницы, повышенной раздражительности (рис. 2).

Проведен функциональный анализ гипсовых моделей челюстей в артикуляторе Bioart 4000, который выявил окклюзионные интерференции при протрузии на зубах 1.4, 1.6 и 2.4, а также при боковых движениях нижней челюсти отсутствие групповых контактов одноименных бугров (рис. 3, 4).

Для детализации состояния ВНЧС проведена МСКТ, которая засвидетельствовала сужение верхнего отдела суставного пространства справа и асимметричное расположение суставных головок (рис. 5).

На основании результатов функционального анализа гипсовых моделей в артикуляторе и расположения суставных головок ВНЧС пациентке изготовлена окклюзионная шина на верхнюю челюсть (рис. 6). Период ношения шины занял 7 мес, за которые пациентка отметила полное купирование жжения языка, нормализацию вкусовой чувствительности и нормализацию сна.



Рис. 2. Вид полости рта пациентки Н. до лечения

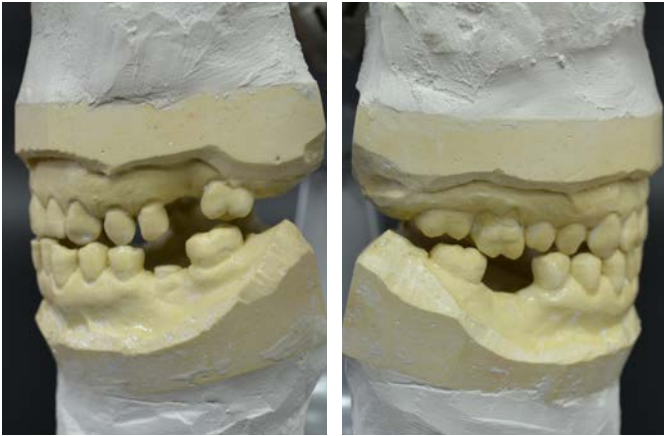


Рис. 3. Окклюзионные интерференции на зубах 1.4, 1.6 и 2.4 при протрузии



Рис. 4. Боковые окклюзии: а — левосторонняя, б — правосторонняя

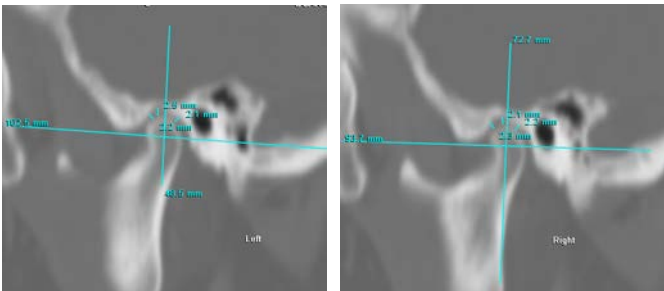


Рис. 5. Сагиттальные срезы ВНЧС слева и справа на МСКТ до ортопедического лечения



Рис. 6. Пациентка на этапе лечения с помощью окклюзионной шины

Изготовлены ортопедические конструкции в артикуляторе Bioart 4000 с использованием окклюзионной шины в качестве регистратора максимальной окклюзии (рис. 7).

Ортопедическое лечение проведено с использованием металлокерамического мостовидного протеза и одиночных металлокерамических коронок на имплантатах. После протезирования на моделях проведено индивидуальное восковое моделирование передней группы зубов для их реставрационного восстановления. Реставрации проведены с использованием силиконовых ключей (рис. 8).

После лечения проведена контрольная томография ВНЧС, результаты которой свидетельствовали об оптимизации суставных пространств слева и справа (рис. 9).

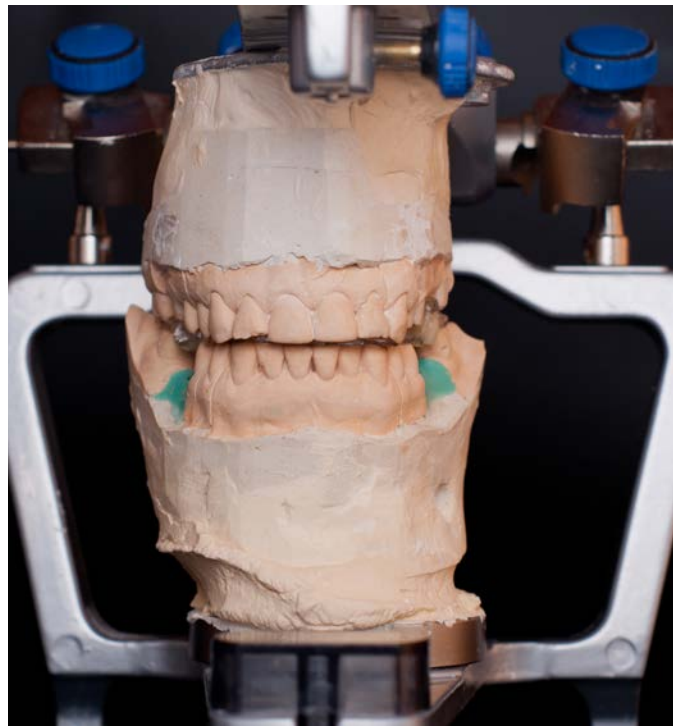


Рис. 7. Гипсовые модели челюстей, установленные в артикулятор Bioart 4000 с помощью окклюзионной шины





Рис. 8. Вид полости рта пациентки Н. после лечения

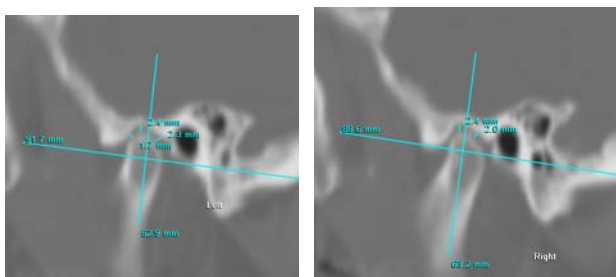


Рис. 9. Контрольные компьютерные томограммы ВНЧС после ортопедического лечения

## ВЫВОДЫ

Полученные результаты позволяют выделить наиболее значимые дифференциально-диагностические показатели лечения пациентов с глоссодинией: рентгенологические — в виде компьютерных томограмм, микробиологические и биометрические, а также средний показатель перфузии микроциркуляторного русла, скорость секреции ротовой жидкости и вкусовая чувствительность языка.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Юрченко С.Ю., Шумский А.В., Мацкевич А.А. Нарушение окклюзионных взаимоотношений как причина синдрома жжения полости рта. — *Клиническая стоматология*. — 2011; 3 (58): 75-8.
2. Борисова Э.Г. Немедикаментозная коррекция боли при синдроме жжения полости рта (СЖПР) с использованием фототерапии. — *Институт стоматологии*. — 2012; 1: 104—5.
3. Золотарев А.С., Кипарисова Е.С. Клинические особенности стомалгии. — *Российский вестник дентальной имплантологии*. — 2011; 1: 67—8.
4. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Сорокоумов Г.Л. Синдром жжения полости рта как психосоматическая проблема. — *Стоматология для всех*. — 2010; 3: 16—9.
5. Токмакова С.И., Улько Т.Н., Сысоева О.В., Бондаренко О.В., Старокожева Л.Ю. Анализ консультативного приема кафедры терапевтической стоматологии АГМУ и современные технологии в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. — *Кафедра*. — 2009; 30—31: 42—5.
6. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. — НГМА, 1996. — 275 с.
7. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области. — К.: Медкнига, 2007. — 56 с.