

Результаты обследования больных с глоссалгией по данным кафедры терапевтической стоматологии Уральского ГМИ

Г. И. Ронь, М. П. Харитонова, Е. Б. Филиппенко
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Глоссалгия является распространенным заболеванием, которое, как правило, не сопровождается видимыми клиническими изменениями в языке. Диагноз часто устанавливается на основе субъективных ощущений пациентов, поэтому важное значение имеет тщательный сбор анамнеза жизни и заболеваний пациентов, а также проведение дополнительных методов исследования, которые позволяют наиболее полно оценить состояние больного [1, 2, 4, 5].

Для более полной оценки состояния больного мы разработали схему обследования, которая включает выяснение общих сведений о пациенте: фамилия, имя, отчество, возраст, пол, место работы и должность, домашний адрес; подробное описание ощущений, которые испытывает пациент в области языка (зуд, жжение, боль, покалывание, «мурашки» и т. д.), их периодичность, иррадиацию, распространенность на другие участки СОПР, связь с приемом пищи, самопроизвольность этих ощущений. Для определения точной локализации ощущений на языке мы разделили всю поверхность языка на 9 условных частей: кончик, спинка, корень, 2 боковые передние поверхности, 2 боковые средние и 2 боковые задние поверхности, а также обратная сторона языка. Поскольку у больных глоссалгией имеются изменения саливации, преимущественно в сторону снижения слюноотделения, мы обращаем на это внимание [3]. Далее тщательно собирается анамнез заболевания языка. Состояние внутренних органов и систем организма, а также изменения вкусовой чувствительности у пациентов оцениваются по имеющимся заключениям специалистов или со слов больного. Обращается внимание на наличие или отсутствие канцерофобии, а также на трудовой анамнез, половую и семейную жизнь, аллергоанамнез.

Кроме традиционной схемы обследования стоматологического больного, проводятся дополнительные исследования: определение гигиенического индекса, рН рото-

вой жидкости, сналомерия, эстеэнометрия с поверхно-
сти языка, исследование соскоба на наличие или
отсутствие грибов рода *Candida* и нитей *Leptotrix* для
исключения грибкового глоссита и, по показаниям,
консультацию специалистов (аллерголога, гинеколога,
невропатолога, психиатра, отоларинголога).

По предложенной нами схеме было обследовано
15 человек, из них 13 женщин в возрасте от 49 до 73 лет
(средний возраст 61 год) и 2 мужчин 67 и 73 лет (сред-
ний возраст 70 лет), проживающих в г. Екатеринбург
и Свердловской области. Профессиональные вредности
не выявлены, однако все пациенты имеют длительный
трудовой стаж и отмечают частые стрессовые ситуации;
бытовой анамнез без особенностей. Длительность забо-
левания у обследованных больных от 2 нед. до 4 лет.
Жалобы, предъявляемые пациентами, весьма разнооб-
разны: онемение, боль, жжение, саднение, пощипыва-
ние, покалывание языка, а также больные указывают
на такие ощущения в области языка, как «ползание
мурашек», «содран», «посыпан перцем», причем у 6 па-
циентов неприятные ощущения локализовались только
в языке, у 9 пациентов подобные явления распростра-
нились на губы, кожу носогубного треугольника, твердое
небо, мягкие ткани подъязычной области. Распростра-
ненность парестезий в области верхней и нижней губы
встречалась наиболее часто и составила 50 % от всех
наблюдений, а на слизистую подъязычной области —
лишь 8 %. Все обследованные отмечали самопроизволь-
ность возникновения парестезий и постепенное уменьше-
ние «светлых» промежутков с течением болезни. У 8 па-
циентов неприятные ощущения в языке были постоян-
ными. Одним из характерных симптомов глоссалгии
является исчезновение болей и парестезий во время
приема пищи, что и отмечали 6 пациентов; 5 человек
из обследованных не наблюдали этой зависимости;
4 пациента указали на усиление болевых ощущений при
приеме пищи. Одна пациентка жаловалась на увеличе-
ние количества слюны в ПР, 6 человек — на сухость
во рту. Складчатый язык наблюдался у 3 пациентов,
у 8 — атрофия нитевидных сосочков; у 4 язык отёчен,
слегка увеличен в размерах, с отпечатками зубов на
боковых поверхностях. У всех 15 пациентов выявлены
заболевания тканей пародонта различных степеней
тяжести.

Для определения более точной локализации парестезий по разделенной нами на 9 условных частей поверхности языка установлено, что кончик и спинка языка являются наиболее уязвимыми местами, в редких случаях поражается корень языка; неприятные ощущения чаще локализуются в левой передней и средней боковой поверхности языка, чем в правой боковой поверхности.

Снижение вкусовой чувствительности и изменение вкуса отмечали лишь 2 пациента.

Среди общесоматических заболеваний у обследованных пациентов наиболее часто встречаются патологии ЖКТ, остеохондроз, отягощенный гинекологический анамнез, заболевания эндокринной системы, почек; канцерофобия — у 5 пациенток. Больные связывают свое заболевание либо с протезированием (5 человек), либо со стрессовым состоянием (2), травмой (3), остальные затрудняются назвать причину или связь с социальными факторами.

До прихода к врачу-стоматологу наши пациенты по поводу заболевания языка обращались ко многим специалистам, которые назначали курсы витаминотерапии, новокаиновые блокады, иглорефлексотерапию, различные физиотерапевтические процедуры и т. д. Однако во всех случаях болезнь не только не отступала, но прогрессировала, что, на наш взгляд, указывает на отсутствие комплексного подхода в лечении патологии языка.

После расспроса и применения основных методов исследования были проведены дополнительные исследования на определение болевой чувствительности языка и кожи лица. Показано, что у ряда пациентов зоны расстройства болевой чувствительности совпадают с участками локализации боли на языке. Пальпация зон выхода вне- и интратротоновых ветвей тройничного нерва и области верхнего шейного симпатического сплетения практически безболезненна у всех обследованных.

Данные сналографии показали, что у 4 пациентов количество слюны, собранное за 10 мин, соответствует норме, а у 11 больных выявлено снижение слюноотделения. Результат исследования соскоба с языка у 2 пациентов оказался положительным, вследствие чего им была назначена противогрибковая терапия. Больные, имеющие ортопедические конструкции, проконсультированы у аллерголога и врача-ортопеда.

Консультации у других специалистов проводились по показаниям с целью уточнения диагноза или назначения дополнительных методов исследования.

На основании полученных результатов исследования можно сделать вывод, что предложенная схема обследования больных позволяет определить основные факторы, способствующие развитию глоссалгии. По нашим данным, глоссалгия у 37,93 % больных развивалась при заболеваниях ЖКТ, у 15,52 % — при остеохондрозах у 8,62 % — при эндокринной и сердечно-сосудистой патологии; у 5,17 % больных причиной глоссалгии являются различного рода аллергические заболевания и лишь у 3,45 % — болезни носоглотки. Интересно отметить, что у 73,3 % больных с глоссалгией выявлено нарушение функции слюнных желез; это диктует необходимость проведения коррекции функции слюнных желез у этого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтярева Э. П. // Функциональная диагностика в стоматологии: Тр. ЦНИИС.— М., 1984.— Т. 14.— С. 70—71.
2. Дычко Е. Н. // Стоматология.— 1982.— Т. 61, № 5.— С. 34—36.
3. Дычко Е. Н. // Стоматология.— 1988.— Т. 67, № 4.— С. 39—41.
4. Дычко Е. Н., Залмовер Ю. Е. // Функциональная диагностика в стоматологии: Тр. ЦНИИС.— М., 1984.— Т. 14.— С. 68.
5. Епишев В. А., Юркова С. П. Глоссодиния.— Ташкент, 1979.— 80 с.

Участие процессов перекисного окисления липидов слюны и крови в патогенезе кариеса зубов при болезни, синдроме Шегрена

Н. Д. Чернышева, Г. И. Ронь, Л. Т. Шмелева
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Болезнь и синдром Шегрена (БШ и СШ) характеризуются поражением экзокринных желез, при этом в патологический процесс вовлекаются большие и малые слюнные железы [2—7].

К настоящему времени описаны стоматологические проявления при БШ, СШ: паротит, ксеростомия, множественный кариес с последующей быстрой потерей зубов.