

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России)

На правах рукописи

ЗАЩИХИН ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С
СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА**

14.01.14 – Стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор Орешака О. В.

Барнаул – 2015 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГМУ – Алтайский государственный медицинский университет
- ВАШ – визуальная аналоговая шкала
- ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав
- ИДК – индекс дифференцировки клеток
- ИК – индекс кератинизации
- КПУ – индекс интенсивности кариеса (кариес, пломба, удаленный)
- КПУп – индекс интенсивности кариеса (кариес, пломба, удаленный, по поверхностям зуба)
- ЛДФ – лазерная доплеровская флоуметрия
- МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
- ПМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
- СЖЯ – синдром жжения языка
- СОПР – слизистая оболочка полости рта

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	9
1.1. Медико-социальная проблема синдрома жжения языка.....	10
1.2. Современные представления об этиологии и механизмах развития синдрома жжения языка	10
1.3. Современные аспекты лечения пациентов с синдрома жжения языка .	20
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	26
2.1. Организация исследования и общая характеристика пациентов.....	26
2.2. Тип исследования.....	26
2.3. Критерии включения	26
2.4. Критерии исключения	27
2.5. Дизайн исследования	27
2.6. Критерии досрочного прекращения исследования	29
2.7. Критерии эффективности.....	29
2.8. Методы исследования.....	30
2.8.1. Оценка стоматологического статуса.....	30
2.8.2. Исследование вкусовой чувствительности языка	32
2.8.3. Визуальная аналоговая шкала боли	33
2.8.4. Клинический индекс дисфункции ВНЧС.....	33
2.8.5. Определение межжюкклюдзионной и межалъвеолярной высот	35
2.8.6. Цитологическое исследование.....	37
2.8.7. Микробиологическое исследование	39
2.8.8. Методы исследования смешанной слюны.....	40
2.8.9. Лазерная доплеровская флоуметрия	42

микрососудов слизистой оболочки языка	42
2.8.10. Бифункциональная органометрия	44
(электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля)	44
2.8.11. Рентгенологические методы исследования.....	45
2.8.12. Методы статистической обработки данных.....	48
 ГЛАВА 3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА	49
 ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА, СОЧЕТАННЫМ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС.....	69
 ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	94
 ВЫВОДЫ	100
 ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	102
 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	103
 ПРИЛОЖЕНИЯ.....	122

ВВЕДЕНИЕ

Современные литературные данные свидетельствуют об увеличении количества пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта, в том числе патологическими изменениями языка [69, 101, 162]. Среди указанных заболеваний распространённость синдрома жжения языка достигает

26%, а в Алтайском крае – встречается у 34% пациентов. Наиболее часто синдромом жжения языка страдают социально активные группы населения трудоспособного возраста – 50-55 лет. Причём у женщин данное заболевание встречается в 5-6 раз чаще, чем мужчин, поэтому они составляют основной контингент пациентов [4, 28, 74, 130]. Следует отметить, что в последние годы наблюдается тенденция к снижению возрастного порога и увеличению тяжести течения синдрома жжения языка.

Вышеуказанное заболевание характеризуется жжением, покалыванием, дискомфортом, реже болью в различных участках слизистой оболочки языка. Синдром жжения языка с различной интенсивностью может продолжаться годами и трудно поддаётся лечению, на фоне чего у многих пациентов развивается канцерофобия [37, 112]. В итоге, это способствует снижению трудоспособности, угнетению психики и развитию депрессивных состояний у пациентов [64, 85, 129, 139].

Синдром жжения языка может сопровождаться рядом патологических изменений, например, ксеростомией, дис- и парагевзией, а также нарушением чувствительности слизистой оболочки языка, которые затрудняют приём пищи и общение [93, 107, 138].

Вышеперечисленные факторы определяют синдром жжения языка как медико-социальную проблему, ведущую к снижению качества жизни пациентов. Поэтому выявление наиболее значимых диагностических показателей у пациентов с синдромом жжения языка является весьма актуальным и может способствовать более эффективной его терапии.

Цель исследования

Повысить эффективность комплексного лечения пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов.

Задачи исследования:

1. Определить значимость клинико-лабораторных показателей состояния полости рта у пациентов с синдромом жжения языка.
2. Методом мультиспиральной компьютерной томографии оценить состояние структурных элементов в височно-нижнечелюстных суставах пациентов с синдромом жжения языка.
3. Разработать способ ортопедического лечения, способствующий оптимизации пространственного расположения нижней челюсти и улучшению состояния полости рта у пациентов с синдромом жжения языка.
4. Разработать алгоритм комплексного обследования и лечения пациентов с синдромом жжения языка.

Научная новизна исследования

Впервые посредством комплекса клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования пациентов с синдромом жжения языка установлено, что нарушения соотношения элементов ВНЧС, возникающие в результате сформировавшейся патологической окклюзии, участвуют в развитии указанного заболевания у 59% обследованных.

Предложен способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с синдромом жжения языка посредством окклюзионной шины, позволяющей более точно сохранить адаптированное положение нижней челюсти.

Практическая значимость работы

Предложенный ортопедический способ лечения, направленный на нормализацию расположения структурных элементов ВНЧС, способствует существенному повышению эффективности комплексного лечения пациентов с синдромом жжения языка.

Разработанный алгоритм комплексного обследования пациентов с синдромом жжения языка позволяет оптимизировать процесс его диагностики и, в дальнейшем, определяет дифференцированный подход к выбору лечения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Нарушение соотношений элементов височно-нижнечелюстных суставов играют важную роль в развитии синдрома жжения языка и встречаются у 59 % пациентов с указанным заболеванием.
2. Способ ортопедического лечения пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией ВНЧС, обеспечивающий оптимизацию пространственного расположения нижней челюсти, способствует значительному улучшению состояния у 35% и стойкой ремиссии у 65% пациентов в течение одного года наблюдений.

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, 4 – в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ. Опубликовано учебное пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов «Ортопедическое лечение при заболеваниях слизистой оболочки рта». Имеется патент на изобретение «Способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с глоссодинией» № 2517943 от 26.03.2013 г.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Алтайского государственного медицинского университета, в рамках отраслевой региональной программы «Стоматологическое здоровье населения Алтайского края». Номер государственной регистрации 01200101661. УДК: 616.313-009.7:616.724-071-08.

Апробация работы.

Результаты диссертационного исследования представлены:

- на 74-ой итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 100-летию со дня рождения профессора А.М. Дыхно, 20-23 апреля 2010, Красноярск;
- на Ежегодной научной студенческой конференции с международным участием по стоматологии, 28-29 апреля 2010, Барнаул;
- на II Всероссийской студенческой стоматологической конференции, 3 декабря 2010, Москва;
- на 45-ой Всероссийской научной конференции с международным участием студентов и молодых учёных «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации», 19-20 апреля 2011, Тюмень;
- на I-ой Итоговой конференции Научного общества молодых учёных и студентов АГМУ, 24-26 мая 2011, Барнаул;
- на VI Сибирском конгрессе по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, 18-19 ноября 2011, Новосибирск;
- на XVIII Международном семинаре-выставке «Новые материалы и оборудование, технологии их применения в стоматологической практике», 29 февраля-2 марта 2012, Омск;
- на XIV городской ежегодной научно-практической конференции молодых учёных «Молодёжь – Барнаулу», 20 ноября 2012, Барнаул;
- на VII Сибирском конгрессе по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, 23-24 ноября 2012, Новосибирск;
- на Сибирском стоматологическом форуме, 26-28 февраля 2013, Красноярск;
- на XIII Всероссийской научно-технической конференции «Интеллектуальный потенциал учёных России», 30 марта-2 апреля 2013, Барнаул;
- на IX Сибирском конгрессе "Стоматология и челюстно-лицевая хирургия" (19-21 ноября 2014, Новосибирск);

– на расширенном межкафедральном собрании сотрудников стоматологического факультета Алтайского государственного медицинского университета (3 июня 2014 г.) и Уральского государственного медицинского университета (5 декабря 2014 г., Екатеринбург).

Внедрение результатов исследования.

Практические результаты работы используются на клиническом приёме пациентов в КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» г. Барнаула, в «Стоматологической поликлинике» ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, в стоматологической поликлинике КГБУЗ «Каменская центральная районная больница» г. Камня-на-Оби, а также в постдипломной подготовке врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов на кафедре ортопедической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета.

Объём и структура диссертации.

Диссертационная работа изложена на 121 странице и состоит из введения, обзора литературы, главы обсуждения использованных материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Иллюстративный материал представлен в виде 14 таблиц и 30 рисунков. Список литературы включает 171 источник: 125 отечественных и 46 иностранных.

ГЛАВА 1.СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Медико-социальная проблема СЖЯ

Согласно современным данным, СЖЯ является заболеванием, характеризующимся жжением, покалыванием, реже болью в различных участках слизистой оболочки языка, которые в большинстве своём не сопровождаются видимыми местными изменениями [69, 101, 162].

Распространённость СЖЯ среди других хронических заболеваний полости рта и языка достигает 26% у пациентов, обратившихся за помощью к врачам различных специальностей. Причём, в современных условиях, эта проблема усугубляется неблагоприятными социальными и бытовыми факторами, иногда некачественной медицинской помощью [10, 84, 128]. Вышеперечисленные обстоятельства делают проблему жжения слизистой оболочки рта не только медицинской, но и социальной.

В настоящее время указанное заболевание несколько «помолодело» и имеются литературные сведения о том, что оно встречается уже у пациентов в возрасте 22 лет, в то время как чаще СЖЯ регистрируется у пациентов в возрасте 40-60 лет, а пик заболеваемости наблюдается в возрасте 50-55 лет [28, 73, 127, 134]. Рядом исследователей установлено, что данное заболевание возникает в 5-6 раз чаще у женщин, чем у мужчин. Приступ жжения может длиться несколько минут, реже – от нескольких часов до нескольких суток, с разной периодичностью.

Пациенты с парестезиями языка приходят за помощью к оториноларингологам, терапевтам, психиатрам, невропатологам, поэтому данная проблема представляет интерес не только для врачей-стоматологов, но и для специалистов узкого профиля. Будучи достаточно распространённым стоматологическим заболеванием, для которого характерны мучительные жгучие боли и парестезии в слизистой оболочке полости рта, СЖЯ способствует снижению трудоспособности, угнетению психики и развитию депрессивных состояний [64, 86, 129, 139]. Заболевание с различной интенсивностью может продолжаться годами.

Неприятные ощущения могут отсутствовать или быть наименее выраженными утром, усиливаться в течение дня или при длительном разговоре, нервном возбуждении и достигать своего максимума вечером или ночью, поэтому у большинства пациентов наблюдаются астено-невротический синдром и ряд других психических нарушений, что приводит к бессоннице, подавленному состоянию [126, 140, 149].

Следует отметить, что у пациентов с отягощенным психологическим статусом, у которых жжение сменяется болью и при этом длительность заболевания очень высока, может развиваться канцерофобия. Такие пациенты подолгу рассматривают язык в зеркале с целью обнаружения опухоли и часто принимают язычную миндалину или гипертрофированные сосочки за рак языка [37].

Значительное количество научных работ посвящено изучению психоэмоционального статуса и характерологических особенностей личности у пациентов с СЖЯ. У этой группы больных выявлены высокие уровни депрессии, тревожности, алекситимии [72, 100, 131, 147].

Несколько реже, чем в языке, подобные ощущения могут возникать на губах, твёрдом нёбе или на других участках слизистой рта и, следовательно, стоит говорить о стомалгии или синдроме жжения полости рта [122, 135]. Иногда парестезия распространяется на губы, глотку, пищевод, область шеи.

1.2. Современные представления об этиологии и механизмах развития синдрома жжения языка

В большинстве случаев пациенты могут назвать дату начала заболевания и указать возможную причину его возникновения: тяжёлые психоэмоциональные стрессы, неудачный визит к врачу-стоматологу, местные травмирующие факторы, такие как острые края пломб, зубных протезов и т.д. [69].

Некоторые исследователи склонны утверждать, что СЖЯ у пациентов сопровождается дистрофическими, воспалительными изменениями слизистой

оболочки. К таким изменениям относят гипертрофию или атрофию сосочков языка, очаги десквамации и эрозии, гиперемию или побледнение слизистой оболочки, нарушение вкуса, понижение или исчезновение глоточного рефлекса. Иногда наблюдают отёчность языка, что определяется по наличию на нём отпечатков зубов [49, 57, 146].

Согласно имеющимся наблюдениям многих учёных неприятные ощущения в языке могут сочетаться с жалобами на сухость во рту, при этом определяется блестящая слизистая оболочка, а также тягучая и пенистая слюна [27]. Это объясняется дисбалансом симпатико-парасимпатической иннервации слюнных желёз, что может являться особенностью иннервации слюнных желёз. Многие исследователи считают гипосаливацию одним из наиболее постоянных симптомов СЖЯ [31].

По мнению большинства авторов, исчезновение либо значительное уменьшение болей при приёме пищи является патогномоничным признаком глоссалгии, поэтому больные склонны купировать приступ жжения длительным употреблением жевательной резинки или приёмом пищи.

СЖЯ весьма часто сопровождается нарушением вкусовой чувствительности, проявляющейся её извращением, снижением или исчезновением [93, 107, 138]. По некоторым данным у пациентов определяется снижение чувствительности языка к сладкому в 2,5 раза [121]. Потеря чувствительности на передней трети языка связана прежде всего с поражением барабанной струны, на задней трети – языкоглоточного нерва. Также следует помнить, что эти проявления могут наблюдаться при психических заболеваниях, органических поражениях языка, патологии проводящих нервных путей.

Существуют многочисленные доказательства того, что в развитии СЖЯ имеют важное значение как местные, так и общие факторы [8, 125, 144, 160, 165].

Среди экзогенных факторов, способствующих развитию парестезии, первостепенно многие авторы выделяют патологию пищеварительной системы,

заболевания сердца и сосудов, а также патологию нервной системы [23, 67, 89, 132]. Остальные факторы, такие как инфекционные агенты, аллергические проявления, эндокринная патология (преимущественно постменопаузальный период у женщин), церебральные базальные нарушения, имеют второстепенное значение [78, 136, 145, 152].

Некоторые исследователи указывают на появление парестезий слизистой рта у пациентов с сахарным диабетом, причём чаще 2 типа [154]. Данные отдельных научных работ указывают на манифестацию заболевания именно с оральной симптоматики, а жжение слизистой оболочки рта у больных сахарным диабетом наблюдается в 50% случаев. Их возникновение связывают с сухостью, атрофией и истончением слизистой оболочки языка, присоединением грибковой инфекции, диабетическими нейропатиями.

Реже глоссалгия возникает при органических поражениях центральной нервной системы в клинической картине арахноэнцефалита, нарушений мозгового кровообращения, шизофрении, нейросифилиса [88]. Некоторые специалисты указывают на связь СЖЯ с поражением серого вещества понтобульбарного пространства ствола головного мозга и висцеральной патологией [124].

Некоторые исследователи указывают на появление СЖЯ у больных, страдающих диспластикозависимой и ассоциированной с дисплазией соединительной ткани патологией, поскольку имеются подтверждённые данные, свидетельствующие о том, что характер клинических проявлений болей в условиях дисплазии соединительной ткани имеет принципиальные отличия по степени тяжести и течению [55].

Имеются отдельные данные о том, что у женщин постменопаузального периода жизни может развиваться достаточно стойкая парестезия отдельных участков слизистой полости рта или языка, сочетающейся с выраженной их сухостью, что способствует затруднённому приёму пищи, а также эксплуатации съёмных конструкций зубных протезов. Распространённость

указанного патологического состояния от 0,7 до 2,6% у данного контингента пациенток [116, 142, 157].

Также имеются сведения о корреляции указанных оральных симптомов с уровнем дефицита эстрогенов в организме женщин [18, 150, 156, 161] и предотвращении её заместительной эстрогенотерапией [166]. Однако, при детальном рассмотрении отдельных звеньев патогенеза глоссалгии, большое число авторов, хоть и по косвенным признакам, не считают его результатом отсутствия прямого влияния эстрогенов на оральные ткани, а рассматривают его как одно из проявлений нарушения метаболизма в центральной нервной системе [80, 164].

Авторы некоторых научных работ установили, что у пациентов без соматической патологии СЖЯ сопровождается изменением ферментативной активности слюны (главным образом, лактатдегидрогеназы) за счёт увеличения анаэробной фракции в большей степени, чем аэробной, и небольшим возрастанием активности некоторых ферментов – щелочной фосфатазы и холинэстеразы [42, 45]. Ряд учёных считает, что эти изменения являются патогномоничными для СЖЯ, так как значительно не зависят от соматической патологии. И, напротив, снижение количества минеральных веществ в ротовой мукозе может указывать на системную патологию, так как чаще всего не изменяется при глоссалгии, которая протекает без существенных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и других систем организма.

Некоторые авторы придерживаются мнения, что СЖЯ нередко наблюдается при различных формах анемий, чаще при железо- и В₁₂-дефицитной (пернициозной) анемии. Дефицит витамина В₁₂ может быть связан с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, например, с атрофическим гастритом, алиментарным дефицитом или глистными инвазиями [109].

В некоторых научных исследованиях описаны случаи появления СЖЯ у больных дифиллоботриозом [168]. Для деятельности *Diphyllobothrium latum* необходим витамин В₁₂, который паразиты абсорбируют из просвета

кишечника организма хозяина. Дефицит витамина приводит к нейропатиям и активизирует дегенеративные процессы в ЦНС, что в свою очередь может послужить провоцирующим фактором в развитии парестезии языка.

Результаты ряда научных исследований свидетельствуют о развитии синдрома жжения языка под действием различных местных факторов [12, 58, 148]. Появление заболевания провоцируют разрушенные зубы и их острые корни, «непереносимость» ортопедических конструкций, в том числе гальванические явления в полости рта [91, 115].

Одним из важных факторов в развитии СЖЯ является хроническая механическая травма и раздражение слизистой оболочки рта и языка, которые приводят к появлению триггерных зон и формированию генератора патологически усиленного возбуждения, обуславливающего характерную оральную симптоматику. Вследствие длительно существующей афферентации из полости рта, в головном мозге формируется очаг патологической импульсации, являющийся постоянным источником раздражения коры большого мозга. Под влиянием преимущественно местных факторов формируется патологический афферентный поток в системах черепных нервов, несущий информацию в ЦНС [56]. Эти нейроны первыми возбуждаются, вовлекают в процесс другие нейроны и генерируют постоянные синхронные разряды. Поэтому любые афферентные сигналы от СОР воспринимаются как болевые ощущения [104, 113].

В специальных исследованиях показано, что иницилирующими факторами в развитии заболевания могут быть различные изменения со стороны зубочелюстной системы: парафункции жевательных мышц, травмы органов и тканей жевательного аппарата, нерациональное или некачественное ортопедическое лечение, травматическая окклюзия из-за болезней тканей пародонта или повышенной стираемости твёрдых тканей зубов [74, 110, 120].

Некоторые авторы считают, что одним из главных звеньев патогенеза СЖЯ является хроническое раздражение его слизистой оболочки электрогальваническим током, который возникает между материалами зубных

протезов с разным электрическим потенциалом [1, 118]. Известно, что «непереносимость» металлических конструкций в полости рта может проявлять себя в виде токсического воздействия ионов металла на ткани полости рта и организм в целом, аллергической реакции или гальваноза [22, 33].

Как известно, гальванические явления приводят к жжению слизистых оболочек языка и полости рта, появлению металлического и кислого привкуса [36, 66, 117]. Особенно часто явления гальванизма наблюдаются при наличии следующих гальванических пар в полости рта: нержавеющая сталь – амальгама, нержавеющая сталь – золото [24].

Некоторые исследователи установили, что у пациентов с синдромом жжения полости рта и металлическими ортопедическими конструкциями изменяются некоторые лабораторные показатели ротовой жидкости, например, значение pH слюны смещается в сторону выраженной кислотности, а также наблюдается снижение скорости секреции смешанной слюны [90, 170].

Другие авторы в своих исследованиях указывают на появление у пациентов жалоб на жжение и сухость слизистой оболочки языка в 99,38% и 86,21% случаев соответственно вследствие «непереносимости» акриловых зубных протезов [35]. Указанные симптомы возникают при нарушении технологии изготовления ортопедических конструкций, чаще всего вследствие нарушения режима полимеризации и значительного содержания мономера в базисе зубного протеза [75].

Для этой формы СЖЯ характерны положительная проба на экспозицию, а также положительная спиртовая проба [113]. В таких случаях нередко присутствуют изменения слизистой оболочки в области протезного поля: гиперемия, анемия, эрозии, очаги кровоточивости на фоне анемичной ткани.

Результаты применения лабораторных и функциональных методов исследования показали, что в патогенезе СЖЯ важная роль принадлежит изменению микробиоценоза и микроциркуляции в слизистой оболочке языка [6, 70, 105].

Результаты некоторых исследований указывают на то, что СЖЯ может быть обусловлен грибковым поражением, при этом жжение языка связано прежде всего с раздражающим действием ферментов грибов рода *Candida*, участвующих в адгезии и инвазии возбудителя в эпителиоциты слизистой оболочки, а также с иммуносупрессивным действием продуктов жизнедеятельности грибов [47]. Имеются отдельные указания на то, что продукты метаболизма дрожжеподобных грибов усиливают явления гиперемии и парестезии слизистой оболочки рта.

По мнению ряда исследователей, в основе патогенеза СЖЯ лежат нарушения микрогемодинамики в тканях и сосудах. Анализ результатов ЛДФ у больных с указанной патологией свидетельствовал о существенном снижении показателей микроциркуляции в сосудах языка в сравнении со здоровыми лицами [3, 7, 54].

Имеются ссылки некоторых авторов на появление различного рода парестезий языка у пациентов с нарушением баланса микробного пейзажа в полости рта [43]. При дисбиозе возникает изменение равновесия микробной флоры из-за различных причин: применения антибактериальных средств, в частности антибиотиков, неправильного питания, нарушения функции иммунитета. В ответ на нарушения конкурентных взаимоотношений резидентной микрофлоры, их место зачастую занимают патогенные микроорганизмы и могут возникать неприятные ощущения в полости рта [17, 44]. Как анаэробно-микроаэрофильная флора, так и факультативно-анаэробная, обладают патогенным потенциалом, способным вызвать местное повреждение тканей и тем самым могут не только способствовать поддержанию хронического воспалительного процесса, но и индуцировать раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки рта.

Ряд исследователей утверждает, что СЖЯ может быть не самостоятельным заболеванием, а симптомом некоторых из них, например, миофасциального болевого синдрома, возникающего вследствие неадекватной активности триггерных точек мышц и связанные с ними дис- и парафункции

[13, 97]. Кроме жжения языка присутствуют одонталгии, болевая дисфункция височно-нижнечелюстных суставов. При этом закрепляется неправильное, вынужденное положение челюстей и формируется неприемлемая окклюзия.

В последние годы некоторые исследователи уделяют особое внимание изучению ВНЧС и связи его нарушений с органами и тканями полости рта [63, 76, 79, 106]. Помимо этого, ряд учёных указывает на важную патогенетическую роль функциональных нарушений зубочелюстной системы и последующее развитие дисфункции ВНЧС в развитии синдрома жжения языка. Так, формирование вынужденной окклюзии может происходить не только в случае нарушения положения структур ВНЧС, но и при частичном или полном отсутствии зубов, а также несвоевременном либо неправильном восстановлении утраченных твёрдых тканей зубов [20, 82].

Помимо этого, важное патогенетическое значение в развитии травматической окклюзии оказывает генерализованный патологический процесс в тканях пародонта. Так подвижность отдельных зубов может приводить к дискоординированному сокращению жевательных мышц, нарушению кинематики нижней челюсти, что и обуславливает хроническую микротравму элементов ВНЧС [96].

Последние литературные данные свидетельствуют о том, что смещение суставных головок в дорсально-каудальном направлении может приводить к одно- или двустороннему жжению языка в его передней половине [153]. Это происходит потому, что по обратной стенке суставной ямки в горизонтальной плоскости проходит каменисто-барабанная щель и через неё, как правило, внутрикостно проходит барабанная струна. Иногда встречаются исключения, когда *chordatympani* проходит внекостно или фиссура настолько широко открыта по направлению к объёму сустава, что ретрокондилярный валик, сдвинутый в дорсальном направлении, начинает раздражать указанный нерв, что и вызывает локальное ощущение жжения языка. Локализация жжения в передней половине языка обусловлена тем, что эти области напрямую связаны друг с другом с *chordatympani* [19, 38].

Подобной точки зрения придерживаются и другие учёные, которые считают, что снижение межальвеолярной высоты приводит к изменению положения головки нижней челюсти в суставной ямке [14, 40, 59, 68, 102]. Она смещается вглубь ямки, и задний, более толстый слой суставного диска давит на сосудисто-нервный пучок, который выходит из каменисто-барабанной щели.

Однако результаты исследований некоторых учёных подтверждают, что в соответствии с анатомией области ВНЧС, механическая травма вышеназванных образований суставной головкой исключена, так как её смещение возможно на 2-3 мм в пределах суставной ямки, а барабанная струна расположена медиальнее последней на 4-11 мм [98, 133, 143].

Взаимосвязь СЖЯ и патологических изменений элементов височно-нижнечелюстных суставов описана в работах и других исследователей [32, 51, 95, 103]. К указанной патологии могут приводить дефекты зубных рядов и повышенная стираемость твёрдых тканей зубов, особенно декомпенсированная форма, способствующая снижению межальвеолярной высоты и развитию дисфункции ВНЧС [15, 29, 61, 71, 83].

Существуют тяжелые формы поражения ВНЧС и окружающих его тканей, что приводит, помимо жжения языка, к снижению слуха, ксеростомии, головным болям, в редких случаях слёзотечению. Перечисленные симптомы возникают вследствие сложного анатомического строения указанных структур и индивидуальных особенностей пациентов [5, 108].

Итак, СЖЯ представляет собой сложную проблему в стоматологии с точки зрения диагностики, радикального лечения и надёжной профилактики.

Сложные механизмы патогенеза, неопределённость и многочисленность этиологических факторов этого заболевания вызывают затруднения при постановке диагноза, выборе методов лечения и контроля за их эффективностью. Поэтому лечение парестезии языка в основном является симптоматическим, направленным на снятие явлений жжения и сухости в полости рта и является малоэффективным.

Данное состояние проблемы неизбежно обуславливает потребность в поиске современных способов лечения, обладающих многофакторностью воздействия на механизм данного заболевания.

Из вышеизложенного материала следует, что у подавляющего числа пациентов с СЖЯ, наряду с общими, выявляется целый ряд местных неблагоприятных факторов, способствующих хронической механической травме или раздражению языка, а также патология ВНЧС.

1.3. Современные аспекты лечения пациентов с синдромом жжения языка

Подход к лечению СЖЯ должен быть мультидисциплинарным и при составлении плана лечения необходимо учитывать воздействие как на местные факторы, так и на организм в целом. В связи с этим предусматривается нормализация функций органов и систем организма. Лечение назначают с учётом рекомендаций врача соответствующего профиля, состояния желудочно-кишечного тракта, эндокринных, нервных и других нарушений.

Одним из важных этапов комплексной терапии СЖЯ является тщательное очищение полости рта от мягких и твёрдых зубных отложений с обучением правилам использования гигиеническими средствами и методиками, а также контролем за состоянием полости рта [11].

Другим важным моментом в этиологической терапии СЖЯ является устранение и профилактика всех раздражающих местных факторов в виде полирования неровных краёв пломб и разрушенных зубов, восстановление анатомической формы зубов, элиминация из полости рта разнородных конструкционных стоматологических материалов, а также рекомендации по ограничению или отмене вредных привычек, так как перечисленные факторы способствуют хронической механической травме и раздражению слизистой оболочки языка. Замена зубных протезов на рациональные с индивидуальным

подбором конструкционных материалов нередко приводит к ликвидации неприятных ощущений [87, 92].

При появлении первых признаков заболевания могут быть достаточно эффективными симптоматические методы лечения.

На начальных этапах заболевания хороший эффект оказывают поливитамины, которые назначают периодом на 3-4 недели; особое значение в терапии занимают витамины группы В [62, 155].

Также производят блокады по типу мандибулярной анестезии либо блокады язычного нерва витамином В₁ с новокаином (6-10 блокад 1 раз в день) или раствором 1 % раствора тиамина бромидом с 1 % раствором тримекаина [39, 151, 158].

Некоторые авторы успешно применяли ряд мануальных и физиотерапевтических методов: электросон, массаж воротниковой зоны, эндоназальный электрофорез с растворами новокаина и брома, электрофорез раствором новокаина на область шейных симпатических узлов и гепарина на область языка, гальванический воротник по Щербаку [34, 99]. Положительный эффект оказывает лазеротерапия, которая играет роль биостимулятора и обладает анальгезирующим действием [163].

Рядом исследователей доказано, что нарушение саливации является одним из ведущих факторов в возникновении СЖЯ, и поэтому применение препаратов, способствующих нормализации слюноотделения, является целесообразным. В этом случае используют 3% раствор йодида калия внутрь (по 1 столовой ложке 3 раза в день) либо 5 мг 1% р-ра пилокарпина сублингвально, витамин А [159, 167].

Обосновано применение жидкостей, замещающих ротовую мукозу, например, саленум, биотин, Bioextra, тизоль, а также водорастворимый экстракт льняного семени [111, 169]. Все эти препараты способствуют увеличению объёма слюны, что выражается в повышении комфортного состояния пациентов и уменьшении неприятных ощущений в полости рта.

Патогенетическое воздействие включает применение лекарственных средств и лечебных мероприятий с целью нормализации гомеостаза, влияния на периферические и центральные звенья болевого синдрома, а также на сопутствующие нервно-психические расстройства [2, 21, 48]. С этой целью некоторые авторы советуют принимать внутрь препараты брома, валерианы, малые транквилизаторы (элениум, тазепам, феназепам и др.), витамины группы В в виде инъекций [119, 137, 141].

Некоторые авторы при СЖЯ рекомендуют проводить криорефлексотерапию. Аппликации проводятся автономными пористыми никелид-титановыми катками на поражённых участках 2-3 раза с интервалом, необходимым для повторного их наполнения жидким азотом. Криоконтакт на единицу площади занимает 2-3 секунды. Курс лечения составляет от 3 до 6 сеансов ежедневно. Имеющиеся у больных нарушения капиллярного кровотока слизистой оболочки языка могут проходить уже после первой криоаппликации, а нормализация микрогемодинамики устанавливается по завершению курса криолечения [4].

По литературным данным некоторых авторов использование антиоксидантного комплекса «Аевит» в комплексном лечении пациентов с глоссалгией позволяет добиться ремиссии от 3 до 12 месяцев. Методику применяют у пациентов с нарушением перекисного окисления липидов и различной соматической патологией [94].

Некоторые исследователи использовали для комплексного лечения СЖЯ низкочастотные электрические токи в виде транскраниальной и чрескожной электростимуляции. Процедуру транскраниальной электростимуляции проводят импульсным биполярным и монополярным током аппаратом "Трансаир-2". Курс лечения составляет 10-12 процедур, проводимых ежедневно. Минимальная терапевтическая сила стимулирующего тока не менее 2,5 мА. Продолжительность электровоздействия 40 минут. По окончании курса лечения может быть достигнута ремиссия до 1,5 лет.

Чрескожная электронейростимуляция проводится аппаратом TensMed-911 курсом 5-6 процедур, время сеанса составляет от 10 до 60 минут [81]. Наиболее выраженный анальгетический эффект достигается при использовании двух программ (Н и I стандартное обозначение). При использовании программы Н – частота импульса 110 Hz, а ширина импульса за 12 секунд изменяется на 50-250 мс. Программа I – частота изменяется автоматически в интервале 20-100 Hz, а ширина импульса постоянная 100 мс. К концу лечения последним методом пациенты отмечают полное исчезновение болей и парестезий, а ремиссия достигает 1,5 лет.

Также в комплексной терапии СЖЯ используется препарат «Ликозоль», который оказывает благоприятное влияние на состояние пациентов, проявляющееся в снижении парестезии и неприятных ощущений в языке и увеличении скорости секреции слюны. Комплексное применение препарата «Ликозоль» в терапии пациентов с СЖЯ оказывает стабилизирующее действие на показатели микрогемодинамики в слизистой оболочке. Способ применения препарата достаточно прост: на предварительно очищенную полость рта наносят аэрозоль препарата несколько раз, после чего рекомендуется ограничить приём пищи и жидкости в течение 1 часа. Препарат наносят ежедневно в течение 10 дней [16].

Использование указанного препарата рекомендуется проводить на фоне традиционного лечения, а также с применением относительно новых методов, включающих озono- и гирудотерапию [26].

В многочисленных исследованиях показано, что терапевтические дозы озона стимулируют антиоксидантную активность и уменьшают интенсивность ПОЛ [30]. В то же время озонотерапия восстанавливает динамическое равновесие между ПОЛ и антиоксидантной системой защиты, что является особенно важным в лечении заболеваний нервной системы. Отмечен сосудорасширяющий эффект озонотерапии, связанный с активацией NO-синтетазы, т.е. образующаяся окись азота обладает вазодилатационным эффектом. После прекращения лечения повышенная точка времени редукции

оксигемоглобина снижается очень медленно, в течение нескольких недель и даже месяцев (до 6 месяцев). Таким образом, повышенное содержание кислорода в крови может иметь терапевтическое влияние и тогда, когда лечение озоном уже прекращено.

Ряд учёных успешно использовали гирудотерапию в лечении СЖЯ. Ферменты, выделяемые медицинской пиявкой, обладают широким спектром действия: болеутоляющим, нейротрофическим, антиоксидантным, противовоспалительным, тромболитическим, противоотёчным и иммуномодулирующим, улучшающим микроциркуляцию. Гирудотерапию рекомендовано проводить после тщательной всесторонней санации органов и тканей полости рта [52]. Несомненными достоинствами данной методики является достижение лечебного эффекта уже после первого применения. На этапах гирудотерапевтического лечения больных отмечается улучшение самочувствия и сна, снижение артериального давления, восстановление аппетита, исчезновение головных болей, что, несомненно, связано с общим воздействием гирудотерапии.

По литературным данным других авторов при лечении пациентов с глоссалгией и несовместимостью со стоматологическими материалами, а также наличием в анамнезе нестабильного психоэмоционального статуса, показано ортопедическое лечение безметалловыми несъёмными конструкциями с использованием системы «CEREC» в сочетании с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением [9].

В научных работах некоторых исследователей описаны способы лечения пациентов с СЖЯ и нарушением пространственного положения нижней челюсти с помощью окклюзионных шин [25, 114, 123]. У лиц с жалобами на жжение слизистой оболочки рта нередко обнаруживаются дефекты и деформации зубных рядов, участки повышенной стёртости твёрдых тканей зубов, снижение межокклюзионной высоты и дистальное смещение суставных головок нижней челюсти [46, 60, 77]. Частичное отсутствие зубов, дистальное положение нижней челюсти и снижение высоты нижнего отдела лица приводят

к образованию единых патогенетических звеньев, объединённых морфологическими изменениями и функциональными повреждениями во всех элементах зубочелюстно-лицевой системы. Перечисленные нарушения оказывают негативное влияние на микроциркуляцию СОР, координацию жевательных мышц, что проявляется в травме параартикулярных тканей ВНЧС с последующим формированием вынужденной патологической окклюзии и появлением парестезий слизистой оболочки языка. Нормализация положения нижней челюсти с восстановлением расположения элементов ВНЧС и межокклюзионной высоты позволяет добиться значительного уменьшения или полного отсутствия неприятных ощущений в полости рта, а последующее ортопедическое лечение обеспечивает длительную ремиссию [65].

Несмотря на постоянно возрастающий интерес специалистов к способам лечения пациентов с СЖЯ, остаётся большое количество нерешённых вопросов. А именно, предметом обсуждения становится объём диагностических мероприятий, необходимость привлечения врачей узких специальностей, установление этиологического фактора и собственно способ лечения пациента.

Таким образом, на основании изложенного обзора литературы можно утверждать, что в отношении этиологии и патогенеза СЖЯ имеется большое количество противоречивых сведений. Поэтому необходимы более информативные методы диагностики, оптимизация имеющихся и определение новых, более эффективных способов лечения пациентов с СЖЯ. При этом, до настоящего времени, лишь малое число исследований посвящено терапии указанной патологии, сочетанной у пациентов с дисфункцией ВНЧС. Также не определена эффективность существующих методов диагностики и лечения, их клиническая ценность. Решению этих задач и посвящено настоящее диссертационное исследование.

ГЛАВА 2.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования и общая характеристика пациентов

Для выяснения возможных причин возникновения и развития СЖЯ, а также диагностической ценности клинических, лабораторных и рентгенологических показателей при лечении пациентов с данным заболеванием в исследование было включено 95 человек в возрасте от 43 до 69 лет (95 женщин).

2.2. Тип исследования

Осуществлено простое открытое проспективное контролируемое сравнительное исследование в двух группах пациентов.

2.3. Критерии включения

Участники исследования, подписавшие добровольное информированное согласие, соответствовали следующим критериям:

1. Пациенты женского пола в возрасте от 43 до 69 лет с СЖЯ.
2. Пациенты – этнические жители Алтайского края.
3. Свободное владение устной и письменной русской речью.
4. Пациенты без хронических заболеваний слизистой оболочки рта.
5. Состояние ремиссии или компенсации хронических общесоматических заболеваний у пациентов на момент начала исследования.

2.4. Критерии исключения

1. Женщины, не понимающие поставленной цели и задач предложенного исследования.
2. Пациенты, не являющиеся коренными жителями Алтайского края (по анамнестическим данным).
3. Приём запрещённых в ходе исследования препаратов.
4. Лекарственная и/или наркотическая, и/или токсическая (в т.ч. алкогольная) зависимости, установленные на основании анамнестических данных либо выявленные на любом этапе исследования.
5. Отказ от проводимого лечения
6. Отказ подписать информированное согласие.

2.5. Дизайн исследования

В соответствии с поставленными задачами проводилось углубленное клинико-лабораторное исследование параметров стоматологического статуса 95 человек.

Все обследуемые пациенты были разделены на две группы. В группу наблюдения вошло 65 пациентов с синдромом жжения языка в возрасте от 43 до 69 лет. В группу сравнения было включено 30 пациентов без каких-либо явлений парестезии языка (соматическая патология в стадии ремиссии или компенсации). У большинства из них были частичные дефекты зубных рядов, восполненные различными конструкциями съемных и несъемных протезов удовлетворительного качества. Обследование всех пациентов проводилось перед началом лечения и после его завершения в течение 1 месяца.

В ходе исследования оценивались параметры стоматологического статуса, проводилось исследование вкусовой чувствительности языка, интенсивности жжения (ВАШ), клинические симптомы дисфункции ВНЧС по индексу Helkimo M., лазерная доплерографическая флоуметрия микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка, цитологическое

исследование мазков с определением индексов дифференцировки и кератинизации эпителиоцитов, микробиологическое исследование мазков-отпечатков, лабораторное исследование смешанной слюны, оценивалось качество имеющихся ортопедических конструкций, проводилась бифункциональная органометрия (электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля) к материалам, входящим в их состав, оценивалось взаимоотношение элементов ВНЧС на мультиспиральных компьютерных томограммах с трёхмерной реконструкцией черепа.

Схема и структура исследования, представленная в таблице 1, была одобрена Этическим Комитетом Алтайского государственного медицинского университета (выписка из протокола заседания Комитета по этике при ГБОУ ВПО АГМУ Росздрава № 5 от 16.04.2012).

Таблица 1 – Схема исследования

Изучаемый показатель	Этапы исследования	
	Исход	После лечения
Информированное согласие	+	–
Амбулаторная карта стоматологического больного	+	+
Проверка критериев исключения	+	+
Стоматологический статус	+	+
Оценка качества ортопедических конструкций в полости рта	+	–
Клинический индекс дисфункции ВНЧС	+	+

продолжение Таблицы 1 –Схема исследования

Оценка интенсивности жжения (ВАШ)	+	+
Цитологическое исследование	+	+
Микробиологическое исследование	+	+
Лазерная доплеровская флоуметрия сосудов языка	+	+
Оценка параметров смешанной слюны	+	+
Бифункциональная органометрия	+	–
Компьютерная томография ВНЧС	+	+

2.6. Критерии досрочного прекращения исследования

1. Решение лечащего врача, если продолжение лечения является нежелательным для данного пациента.
2. Отказ пациента от продолжения участия в исследовании.

2.7. Критерии эффективности

Эффективность лечения на основании данных клинического исследования:

1. Улучшение или стабилизация клинических показателей состояния полости рта (восстановление или улучшение вкусовой чувствительности языка, уменьшение или полное отсутствие жжения в языке);

2. Положительная динамика лабораторных показателей (улучшение показателей индексов дифференцировки и кератинизации эпителиоцитов, улучшение или стабилизация показателей микроциркуляции слизистой оболочки языка, показателей смешанной слюны);

3. Положительная динамика рентгенологических показателей (симметричное расположение суставных головок нижней челюсти на коронарных срезах, центральное положение мыщелков на сагиттальных срезах компьютерных томограмм).

2.8. Методы исследования

2.8.1. Оценка стоматологического статуса

Обследование пациентов проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии АГМУ на всех этапах, а ряд лабораторных исследований в Алтайской краевой клинической больнице и кафедре общей химии АГМУ, рентгенологические исследования (компьютерная томография ВНЧС) в Алтайском краевом диагностическом центре с регистрацией в специально разработанной карте жалоб, анамнестических и объективных данных, результатов основных и дополнительных методов исследования. Для обнаружения кариозных полостей использовались общепринятые (осмотр, зондирование) методы и регистрировалась локализация кариозных полостей, пломб и удалённых зубов. Уровень интенсивности поражения зубов кариесом определялась путём подсчёта индексов КПУ и КПУп и интерпретировалась по классификации ВОЗ (1962):

- очень низкий– 0,2-1,5 ед.;
- низкий– 1,6-6,2 ед.;
- средний– 6,3-12,7 ед.;
- высокий – 12,8- 16,2 ед.;
- очень высокий – 16,3 ед. и выше.

Гигиеническое состояние полости рта оценивалось по индексам Грина-Вермиллиона (1964) и Силнес-Лоу (1964). Распространённость воспаления дёсен определялась с помощью индекса ПМА в модификации Parma(1976), которую обозначали в %. Оценка индекса проводилась по следующим критериям:

- до 30% – лёгкий воспалительный процесс;
- до 60% – средний воспалительный процесс;
- свыше 60% – тяжёлый воспалительный процесс.

Кровоточивость дёсен определяли по методу Н. Р. Muhleman, S. Son (1971). Исследовали состояние дёсен в области «зубов Рамфьорда» (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, 4.4). Критерии оценки:

- 0 – нет кровоточивости;
- 1 – при зондировании дёсенной борозды обнаруживаются точечные кровоизлияния;
- 2 – появление линейно-точечной кровоточивости по краю вершины сосочка;
- 3 – межзубной промежуток заполнен кровью;
- 4 – кровь заполняет дёсенную бороздку и выходит за её пределы.

Оценивали качество имеющихся ортопедических конструкций в полости рта по следующим критериям:

1) съёмные пластиночные протезы

- фиксация протеза;
- межальвеолярное расстояние;
- тест на конгруэнтность базиса протеза с помощью силикона;
- центральная окклюзия или центральное соотношение челюстей;
- выверенность окклюзионных контактов;
- границы протеза;
- обработка поверхности базиса протеза.

2) несъёмные конструкции

- центральная окклюзия;
- межальвеолярное расстояние;
- окклюзионные контакты;
- правильность моделировки формы искусственных коронок и промежуточных частей мостовидных протезов.

Оценку

окклюзионных контактов проводили при сомкнутых зубных рядах в центральной и привычной, передней и боковых окклюзиях

Дефекты зубных рядов оценивались по классификации Кеннеди (1925).

При полном отсутствии зубов оценивали податливость и выраженность атрофии слизистой оболочки рта.

Состояние слизистой оболочки рта и языка оценивали визуально, обращая внимание на цвет, увлажнённость и болезненность, наличие патологических элементов (включая первичные и вторичные), признаков кератинизации и воспаления.

2.8.2. Исследование вкусовой чувствительности языка

Определяли вкусовую чувствительность языка с помощью стандартного набора вкусовых реактивов (для сладкого – р-р глюкозы 20%, для кислого – р-р соляной кислоты 0,2%, для солёного – р-р хлорида натрия 10%). На слизистой оболочке языка располагаются 4 вкусовые зоны: на кончике – к сладкому, на боковых поверхностях – к кислому, на спинке языка – к солёному, на корне языка – к горькому. Перед нанесением порции раствора на слизистую оболочку языка полость рта прополаскивали водой. Стерильный ватный тампон погружали в ёмкость с вкусовым раствором и далее помещали на соответствующую зону чувствительности к данному раздражителю. Перед нанесением реактива на слизистую оболочку языка пациенту не сообщалось о

его вкусе. Результаты исследования интерпретировались по следующим критериям:

- чувствительность сохранена;
- чувствительность снижена;
- извращение вкусовой чувствительности.

2.8.3. Визуальная аналоговая шкала боли

Для определения интенсивности неприятных и болевых ощущений в слизистой оболочке языка у пациентов с СЖЯ и объективизации полученных данных использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ, Huskisson E. C., 1974), оцениваемую в баллах. Значения шкалы варьируют от 0 до 10 единиц в зависимости от выраженности жжения:



Рисунок 1 – Визуальная аналоговая шкала боли

- 0 баллов – нет боли;
- 1-3 балла – слабая боль;
- 4-6 баллов – умеренная боль;
- 7-10 баллов – невыносимая боль.

Пациентам с СЖЯ предлагалось заполнить шкалу до проведения лечебных мероприятий и после их завершения.

2.8.4. клинический индекс дисфункции ВНЧС

Для диагностики дисфункции ВНЧС и определения степени её выраженности использовали индекс Helkimo M., 1976.

Таблица 2–Клинический индекс дисфункции (Helkimo M.)

Симптом	Баллы
Подвижность нижней челюсти:	
не ограничена (открывание рта 50мм, боковые и передние движения 7 мм)	0
немного ограничена (открывание рта 30- 39 мм, боковые и передние движения 4-6 мм)	1
сильно ограничена (открывание рта менее 30 мм, боковые и передние движения 0-3 мм)	5
Функция сустава:	
открывание и закрывание рта по средней линии (допустимо в конце открывания рта боковое смещение на 2 мм) без суставного шума, определяемого пальпаторно	0
суставной шум, определяемый пальпаторно и/ или боковое смещение нижней челюсти на 2 мм в конце открывания рта	1
дислокация суставной головки или кратковременное блокирование движений суставной головки	5
Мышечная боль:	
жевательные мышцы при пальпации безболезненны	0
от одной до трех мышц болезненны при пальпации	1
четыре и более мышц болезненны при пальпации	5
Суставная боль:	
сустав безболезненный при пальпации	0
сустав болезненный при пальпации снаружи или сзади (с одной или двух сторон)	1

Продолжение Таблицы 2 – **Клинический индекс дисфункции (Helkimo M.)**

сустав болезненный при пальпации снаружи и сзади (пальпация через переднюю стенку наружного слухового прохода)	5
Боль при движении нижней челюсти:	
отсутствует	0
при одном движении (открывание рта, смещение челюсти в сторону или вперед)	1
при двух и более движениях	5

Результаты анализа клинического индекса дисфункции ВНЧС интерпретировались по следующим критериям:

- 0 баллов- нет дисфункции;
- 1-4 балла - лёгкая степень тяжести;
- 5-9 баллов – средней степени тяжести;
- 10-25 баллов - тяжёлая степень.

2.8.5. Определение межокклюзионной и межальвеолярной высот

Оценку межокклюзионной или межальвеолярной высоты осуществляли относительно высоты физиологического покоя по общепринятой методике. Дополнительно использовали индексы Шимбачи и вертикальный индекс LVI (ShimbachiH.,1983).

Индекс Шимбачи – это расстояние от наиболее верхней точки цементно-эмалевой границы верхнего центрального резца до наиболее нижней точки цементно-эмалевой границы нижнего центрального резца при сомкнутых зубных рядах в положении центральной окклюзии. В среднем эта величина составляет $19\text{мм} \pm 10\%$, т.е. 17-21 мм. Мы измеряли её с помощью стандартного штангенциркуля от шейки верхнего центрального резца до шейки нижнего центрального резца.

Индекс LVI – это вертикальный индекс Шимбачи, относящийся к реконструктивному прикусу, т.е. такому, который планируется получить в результате лечения. Получена математическая зависимость вертикального индекса от ширины верхних центральных резцов, которая, в свою очередь, коррелирует с шириной лица. Так как ширина резцов в течение жизни подвержена меньшим изменениям, чем их длина, использование этого измерения даёт наиболее объективные результаты. Согласно правилу золотого сечения, оптимальное соотношение ширины центральных резцов к их длине в процентном выражении составляет 75-80 %, в среднем – 77,5%.

Таким образом, зная ширину центральных резцов, можно определить их идеальную длину и вертикальный индекс, т.е. межокклюзионную высоту. В приведённой таблице представлена зависимость длины и индекса LVI от ширины центральных резцов:

Таблица 3 – Значения вертикального индекса LVI

Ширина центральных резцов верхней челюсти	Идеальная длина	LVI-показатель
8 мм	10,5 мм	17 мм
8,5 мм	11 мм	17,75 мм
9 мм	11,5 мм	18,5 мм
9,5 мм	12,25 мм	20 мм
10 мм	13 мм	21 мм

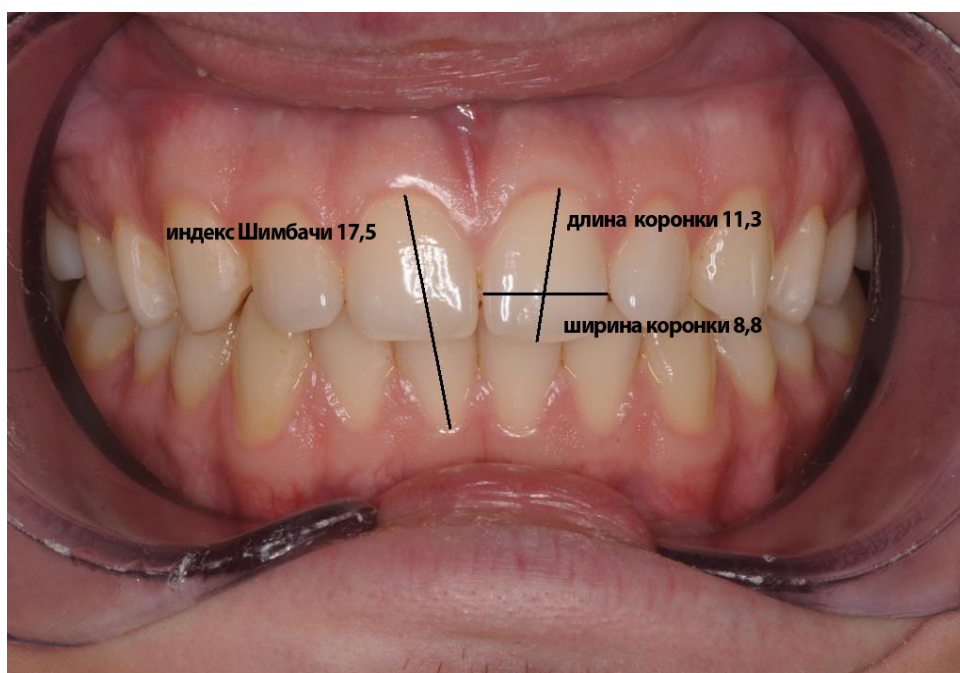


Рисунок 2 – Соотношение длины и ширины центрального резца к межокклюзионной высоте в норме

В некоторых клинических случаях при отсутствии центральных резцов, наличии рецессий маргинальных тканей пародонта либо массивных реставраций использование данных индексов затруднено.

2.8.6. Цитологическое исследование

Материалом для цитологического исследования служили мазки со слизистой оболочки боковой поверхности кончика языка.

Материал забирали с помощью зонда, используемого в гинекологической практике (зонд урогенитальный одноразовый стерильный Тип А универсальный, ф. JiangsuSuyunMedicalMaterialsCo., Ltd, КНР, РУ ФС № 2005/1770 от 24.11.2005), наносили на предметное стекло, высушивали в течение одного часа, фиксировали в 96° спирте в течение 10 минут, окрашивали по Романовскому-Гимзе и микроскопировали в световом микроскопе «Микмед 2. вариант 2.» (фирма «ЛОМО», г. Санкт-Петербург) под масляной иммерсионной системой при увеличении объектива 900. В соскобах оценивали

степень деструкции эпителиальных клеток (Матвеева Л.А., 1977), с учётом которой эпителиоциты разделяли на следующие классы: 0-й класс — клетки с нормальной структурой ядра; 1-й класс — клетки с частичным (не более $\frac{1}{2}$) деструктивным повреждением цитоплазмы и нормальной структурой ядра; 2-й класс — клетки со значительной, но неполной (более $\frac{1}{2}$) деструкцией цитоплазмы и частичным повреждением ядра; 3-й класс — клетки с полной деструкцией цитоплазмы и со значительным, но неполным повреждением ядра; 4-й класс — клетки с полной деструкцией и распадом цитоплазмы и ядра.

В соскобах с помощью окуляра-линейки вычисляли ядерно-цитоплазматическое соотношение (ЯЦС) 100 эпителиальных клеток, на основании которого оценивали стадии дифференцировки каждого эпителиоцита по методике И.А. Быковой с соавторами (1987) в модификации сотрудников кафедры терапевтической стоматологии АГМУ (рац. предложение № 664, АГМУ, от 08.01.02). Общая характеристика цитологических препаратов представлена в таблице 4.

При ЯЦС от 0,50 до 0,59 клетку относили к 1 стадии дифференцировки, при ЯЦС от 0,40 до 0,49 — 2 стадии дифференцировки, при ЯЦС от 0,30 до 0,39 — 3 стадии дифференцировки, при ЯЦС от 0,20 до 0,29 — 4 стадии дифференцировки, при ЯЦС от 0,10 до 0,19 — 5 стадии дифференцировки, при отсутствии ядра (ЯЦС=0) — 6 стадии дифференцировки.

Затем вычисляли индекс дифференцировки клеток (ИДК) по формуле:

$$ИДК = 1a + 2b + 3v + 4z + 5d + 6e,$$

где 1–6 цифровое обозначение стадий дифференцировки; а, б, в, г, д, е — процент клеток соответствующей стадии дифференцировки.

Таблица 4 – Характеристика цитологических препаратов

Клетки	Форма клетки	Диаметр ядра (у.е.)	Диаметр цитоплазмы (у.е.)	ЯЦС	Стадии дифференцировки
базальные	округлая	2–5	4–10	0,50-0,59	1
парабазальные	округлая	3–6	10–15	0,40-0,49	2
промежуточные	округлая или овальная	4–7	15–25	0,30-0,39	3
промежуточные	округлая или овальная	5–8	28–40	0,20-0,29	4
поверхностные	овальная	6–8	35–45	0,10-0,19	5
чешуйки	полигональная	нет	25–40	–	6

Индекс кератинизации (ИК) определяли путем подсчёта процента безъядерных клеток в цитологическом препарате по Н.Ф. Данилевскому (1997).

2.8.7. Микробиологическое исследование

Микробиологическое исследование проводили в специализированной лаборатории Алтайской краевой клинической больницы. Материал забирали натошак или через 2 часа после еды с помощью мазков-отпечатков со слизистой оболочки щёк и спинки языка. При наличии плёнки её снимали стерильным пинцетом.

Из забранного материала подготавливали мазки, которые окрашивали по Граму и исследовали с помощью микроскопа Axiostarplus (Германия, Zeiss) с иммерсионным объективом при увеличении x100 и x1000 и одновременно проводили посев на питательные среды. При обнаружении микроорганизмов отмечали их морфологические и тинкториальные свойства.

Посев исследуемого материала: среда Сабуро. Культивирование проводили в чашках Петри при помощи стеклянного стерильного шпателя, равномерно растирая материал по поверхности питательной среды. Посевы помещали в термостат и просматривали после 18-24 часовой инкубации при температуре от +22°C до +37°C. Учитывали количество выросших колоний, соотношение отдельных ассоциантов, описывали характер колоний.

Оценка результатов: особое значение отводилось количественной оценке роста различных видов микроорганизмов, выросших при первичном посеве на плотных питательных средах. Для ориентировочной оценки количественного роста микроорганизмов в ассоциации пользовались следующими критериями:

- 1 – очень скудный рост (единичные колонии до 10);
- 2 – скудный рост (рост 10 – 25 колоний);
- 3 – умеренный рост (множество сосчитываемых колоний не менее 50);
- 4 – обильный рост (сплошной рост несосчитываемых колоний).

2.8.8. Методы исследования смешанной слюны

Перед забором смешанной слюны пациенту подробно объяснялась цель и методика данного исследования. Слюну собирали в первой половине дня через 1,5-2 часа после приёма пищи.

Непосредственно перед сбором слюны исключали воздействие факторов, способствующих стимуляции слюноотделения, а именно: употребление любой пищи и жевательной резинки, курение, чистку зубов, полоскание полости рта, питьё и т.п. Также заранее сообщали о необходимости удаления из полости рта съёмных зубных протезов не менее, чем за 1 час. Хранение слюны осуществлялось в холодильнике при температуре +4+6° С не более 12 часов. Пробирки с полученным материалом помещали в контейнер в вертикальном положении и транспортировали в лабораторию.

Скорость саливации слюны (СС)(Рединова Т.Л., Поздеев А.Р., 1994)определялась в клинике путём свободного вытекания её из ротовой полости без проглатывания в стерильные мерные пробирки. Слюну собирали в течение времени, необходимого для наполнения градуированной пробирки до отметки 3 мл. Пациенту предлагалось наклонить подбородок вниз к груди. Скорость саливации определяется по следующей формуле:

$$CC = V/t, \text{ где}$$

V – объём выделенной слюны в мл;

t – время сбора слюны в мин.

О результатах исследования судили по следующим критериям:

0,03 –0,30 мл/мин – гипосаливация;

0,31– 0,60 мл/мин – нормосаливация;

0,61 мл/мин и более – гиперсаливация.

Кислотность смешанной слюныизмеряли на анализаторе жидкости многопараметрическом «Экотест-2000И», снабжённом электродом стеклянным комбинированным ЭСЛК-01.7. Подготовку и проверку работы производили в соответствии с инструкциями по эксплуатации и техническому описанию, соответствующими анализатору и электроду.

Один и тот же образец исследовали трижды, после чего вычисляли средний показатель pH. В большинстве случаев реакция среды колеблется в пределах 6,7-6,9.

Вязкость смешанной слюны определяли по методике Рединовой Т.Л. (1989)с использованием микропипетки объёмом 1 мл. Смешанную слюну собирали в стерильные стеклянные пробирки непосредственно перед исследованием. Предварительно пипетка откалибровывалась на дистиллированной воде с учётом истекшей воды за 5 секунд, установленных секундомером. Установив микропипетку в вертикальном положении,

производили забор в неё 1мл слюны с последующим измерением истекшей за аналогичный период времени слюны.

Вязкость смешанной слюны определяли в сантипуазах (сП) по формуле:

$$V_c = V_v \times V_w / V_s,$$

где V_c - вязкость слюны (в отн.ед.);

V_v - объём истекшей воды (в мл);

V_w - вязкость воды (отн. ед.);

V_s – объём истекшей слюны (в мл);

Ионоселективный метод исследования смешанной слюны включал в себя определение количественного состава ионов K^+ и Na^+ для оценки внутриацинарной функции слюнных желёз. Осуществлялся забор нестимулированной слюны в пробирку типа эппендорф объёмом 1 мл. Исследование проводилось на ионоселективном анализаторе «EasylyteCalcium»(фирма MedicaCorp, США) с помощью автоматического зонда, погружаемого в пробирку со слюной. Полученные данные оценивали по следующим нормативным показателям:

Na^+ – 6-30 ммоль/л;

K^+ – 12-25 ммоль/л.

2.8.9. Лазерная доплеровская флоуметрия микрососудов слизистой оболочки языка

Исследование микроциркуляции крови в слизистой оболочке языка проводили с помощью лазерного доплеровского флоуметра ЛАКК-02, выпускаемого московским научно-производственным предприятием «ЛАЗМА». Прибор ЛАКК-02 позволяет проводить исследование микроциркуляции крови на глубине зондирования ткани около 1 мм в объёме 1 мм³. Мощность лазера в точке исследования при непосредственном измерении составляла 1-2 МВт. Данная мощность источника лазерного излучения не оказывает прямого воздействия на исследуемую ткань и не приводит к

появлению различного рода сосудистых реакций. Зондирование проводили лучом красного лазера с длиной волны 0,63 мкм. Перед записью ЛДФ-граммы проводили обязательную калибровку аппарата с определением нулевого показателя[53].

Датчик имеет три световодных моноволокна. Одно моноволокно передаёт зондирующее излучение, а два других – приёмные, доставляют отражённое излучение к фотоприёмнику. Для записи и регистрации ЛДФ-грамм пользовались программой LDF 2.20.0.507WL, выполненной под операционную систему Windows XP. В методе ЛДФ сигнал непрерывно регистрируется согласно заданному времени исследования и регистрируется на мониторе компьютера в виде графика, где ось X – время записи в секундах, а ось – Y-показатель микроциркуляции в перфузионных единицах (пф. ед.).

Запись ЛДФ-граммы сопровождалась расчётом ряда стандартных статистических параметров, важнейшим из которых для нас являлся М (параметр микроциркуляции) – средняя перфузия в микроциркуляторном русле за определенный промежуток времени исследования или за выбранный временной интервал анализа ЛДФ граммы, измерялась в перфузионных единицах (пф. ед.) и характеризовала конечный результат различных регуляторных влияний на тканевой кровоток. Показатель микроциркуляции складывался из средней скорости движения эритроцитов ($V_{эр}$), показателя капиллярного гематокрита (Ht) и числа функционирующих капилляров (Nk): $ПМ = V_{эр} * Ht * Nk$.

Для получения стабильной записи ЛДФ-граммы исследование пациентов проводилось в состоянии физического покоя после предварительной адаптации обследуемого к температуре помещения и его пребывания в спокойном состоянии в положении сидя (не менее 10 минут до начала обследования).

ЛДФ-грамму записывали в течение 1-ой минуты специальным датчиком на симметричных участках кончика языка (на 1 см кзади от передней поверхности кончика языка), боковых поверхностях (на середине расстояния

между пограничной бороздой и кончиком языка) и на вентральной поверхности в проекции глубокой язычной артерии (при поднятом языке к нёбу слева и справа от уздечки языка). Уровень расположения датчика ЛДФ составил 60°, что соответствует наилучшему акустическому и визуальному доплеровскому анализу.

2.8.10. Бифункциональная органометрия (электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля)

Электропунктурную диагностику по методу Р. Фолля проводили при помощи аппарата для адаптивной биорезонансной терапии с программным обеспечением «ИМЕДИС-БРТ-ПК» паспорт 6.199.000.000-01ПС.

Комплекс предназначен для различных видов электропунктурной диагностики и терапии, сертифицирован и разрешён к применению и серийному производству комитетом по новой медицинской технике МЗ и СР РФ, производство лицензировано.

Исследования несовместимости стоматологических материалов проводили совместно с доцентом кафедры биологии с экологией ГБОУ ВПО АГМУ Горячевой М. В.

Исследовали на совместимость зубные протезы в полости рта пациентов, а также тестировали образцы конструкционных материалов. Определялась несовместимость стоматологических материалов методом электропунктурной диагностики (ЭПД) и методом вегетативно-резонансного теста. Несовместимость стоматологических ортопедических материалов устанавливали двумя способами в режимах, предлагаемых аппаратно-программным комплексом «Имедис-Фолль»: классическим определением по методу Р. Фолля с использованием для диагностики контрольных измерительных точек меридианов (КТИ) и в режиме вегетативно-резонансного теста с использованием концевых точек меридианов.

Для определения несовместимости между организмом пациентов истоматологическими конструкционными материалами использовали метод бифункциональной органометрии со следующими образцами: кобальто-хромовый сплав, нержавеющая сталь, вирон + «Синма», вирон + «Солидекс», акриловая пластмасса, базисная пластмасса «Денталур», штампованно-паяные конструкции с декоративным напылением и без него, кламмерная проволока.

Данные измерений, которые попадали в интервал физиологической нормы, указывали на хорошую переносимость стоматологического конструкционного материала и принимались как «отрицательный» показатель теста. Данные измерений, отличные от физиологической нормы, считались как показатель несовместимости и принимались как «положительный» показатель теста.

2.8.11. Рентгенологические методы исследования

Мультиспиральная компьютерная томография ВНЧС проводилась на высокоразрешающем мультислайсовом 64-срезовом компьютерном томографе Aquilion 64 (фирма Toshiba, Япония) с толщиной среза 2 мм и шагом реконструкции 0,5 мм с последующим построением изображений в MPR, CPR, MIP, MinIP, VRT, SSD, 3D представлениях с анализом на рабочей станции Vitrea. Лучевая нагрузка при проведении исследования равна 2 мЗв.

Компьютерная томография проводилась в положении лёжа в аксиальной проекции, при этом голова пациента фиксировалась на подголовнике. Исследование проводилось в двух положениях: открытый (максимально открытый рот) и закрытый рот (смыкание зубных рядов в привычной окклюзии). Реконструкция изображений проводилась в сагиттальной и аксиальной плоскостях.

Следует отметить, что в сагиттальной проекции хорошо диагностируются дистальный сдвиг головок нижней челюсти, их форма, размеры переднего,

верхнего и заднего отделов суставной щели, определяются эрозивные изменения сочленованных поверхностей.

Реконструкция томограмм в аксиальной проекции позволяет сравнивать размеры головок нижней челюсти на различном уровне, определять их местоположение в суставных ямках относительно друг друга, а также координатных вертикальной и горизонтальной осей.

Несимметричность положения головок нижней челюсти по отношению к координатной горизонтальной оси и изменённый угол схождения продольных осей головок являются диагностическими признаками внутренних суставных расстройств.

Для определения метрических параметров, характеризующих положение головок нижней челюсти в суставных впадинах, произведён расчёт величины суставного пространства ВНЧС на серии срезов. На сагиттальном срезе компьютерной томограммы проводили перпендикуляр из центра суставной головки и две линии под углом 45° , по которым определяли ширину суставного пространства в переднем, верхнем и заднем отделах. Ширину суставной щели от передней поверхности мыщелкового отростка до ската суставного бугорка височной кости обозначали как переднее суставное пространство, от середины верхней суставной поверхности мыщелкового отростка до дна суставной впадины – верхнее суставное пространство, от задней поверхности мыщелкового отростка до края суставной щели – заднее суставное пространство (рисунок 3).

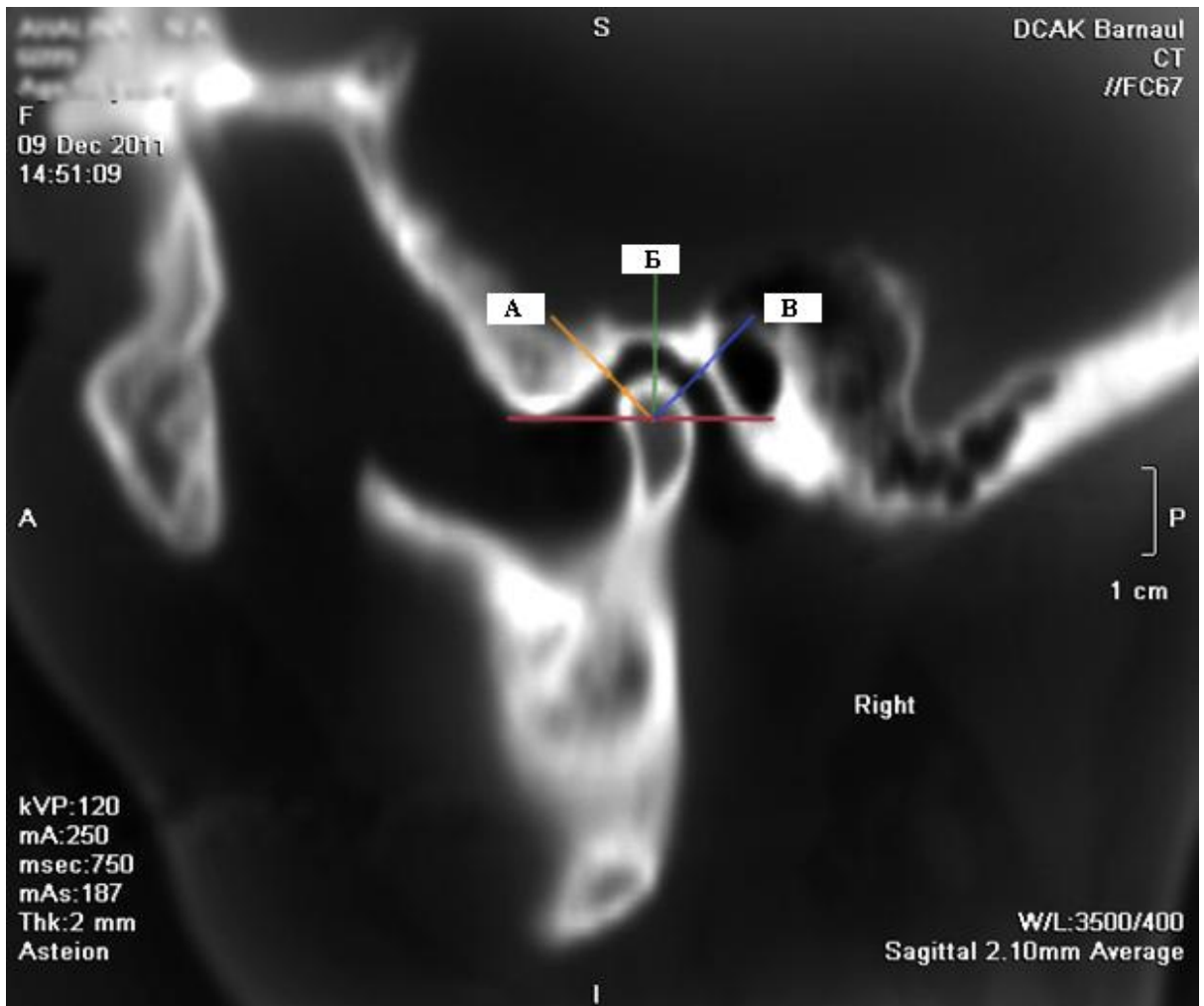


Рисунок 3 – Схема анализа суставного пространства ВНЧС, где:

- А – переднее суставное пространство;
- Б – верхнее суставное пространство;
- В – заднее суставное пространство.

Ортопантомографию использовали для выявления нарушений в костной ткани челюстных костей. Исследование проводилось на ортопантомографе ORTHOPANTOMOGRAPHOR 200D(фирмаInstrumentariumDental, Финляндия)до и на этапах лечения в рентгенологическом кабинете Алтайской краевой стоматологической поликлиники. При анализе рентгенограмм обращали внимание на форму и высоту межальвеолярных перегородок, а также состояние кортикальной пластинки альвеолярного отростка.

2.8.12. Методы статистической обработки данных

В работе использованы различные методы статистической обработки данных в зависимости от типа случайных величин и поставленной задачи исследования.

Значения непрерывных величин представлены в виде $M \pm m$, где M – выборочное среднее и m – стандартная ошибка среднего. Значения качественных признаков представлены в виде наблюдаемых частот и процентов с указанием стандартной ошибки доли (S).

Для оценки нормальности распределения признаков использовали показатели эксцесса и асимметрии, характеризующие форму кривой распределения. Распределение считали нормальным при значении данных показателей от -2 до 2.

В случаях нормального распределения, а также равенства выборочных дисперсий, для сравнения средних использовали t – критерий Стьюдента. Равенство выборочных дисперсий оценивали по F -критерию.

В случае распределений, не соответствующих нормальному, а также при неравенстве дисперсий, использовали непараметрические U -критерии Манна-Уитни для независимых выборок. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Использовали метод однофакторного дисперсионного анализа – критерий Фишера-Снедекора (ANOVA). Применение данного критерия позволяет вычислить наблюдаемое значение критерия (отношение большей дисперсии к меньшей). Величина F рассчитанного критерия позволяет кроме проверки значимости различий средних, оценить степень этих различий: чем больше величина F , тем в большей степени изменяется значение соответствующего показателя.

Обработку и графическое представление данных проводили с помощью компьютерных программ Statistica 6.1 и Excel 2007.

ГЛАВА 3.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА

Для выявления и оценки особенностей стоматологического статуса, а также дифференциальной диагностики синдрома жжения языка у пациентов нами было проведено клиническое, лабораторное и рентгенологическое исследование у 65 лиц женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

За период с 2010г. по 2014г. в клинику кафедры ортопедической стоматологии АГМУ поступило 210 пациентов с жалобами на жжение, неприятные ощущения и боль различной интенсивности в слизистой оболочке полости рта. Дифференциально-диагностическое обследование этих пациентов с учётом критериев включения и исключения позволило выбрать 65 человек с синдромом жжения языка.

При сборе анамнестических данных у всех пациентов с СЖЯ было выявлено наличие сопутствующей соматической патологии, а именно: у 26 – заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит в фазе ремиссии), у 11 – сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца в компенсированном состоянии), у 7 – сахарный диабет II типа, у 5 пациенток – постовариэктомический синдром, у 16 – сочетанная соматическая патология.

Основными жалобами у обследованных пациентов были: в большинстве случаев жжение, покалывание, пощипывание, реже боль в языке, часто сочетающиеся с сухостью в полости рта, уменьшающиеся во время приёма пищи и проходящие в ночное время.

У подавляющего большинства обследованных пациентов при визуальном осмотре слизистая оболочка языка имела бледно-розовый цвет, низкую увлажнённость, отсутствие видимых патологических элементов. У небольшого количества обследованных (около 10 %) наблюдались изменения слизистой

оболочки щёк по линии смыкания зубов, очаги десквамации эпителия, гипертрофия или атрофия нитевидных сосочков языка, отпечатки зубов на его боковых поверхностях.

Продолжительность указанного заболевания у пациентов составила от двух месяцев до трёх лет. Локализация парестезий в области кончика языка регистрировалась у 30-ти пациентов, боковых поверхностей – у 8-ми, спинки языка – у 4-х, у 23-х – в различных его участках.

Оценка интенсивности неприятных ощущений у пациентов в области языка (рисунок 4), проводимая с помощью визуальной аналоговой шкалы боли показала, что у 23% была определена лёгкая степень тяжести (2,7 баллов), у 45% – средняя (6,3 баллов), а у 32% – тяжёлая степень (7,8 баллов).

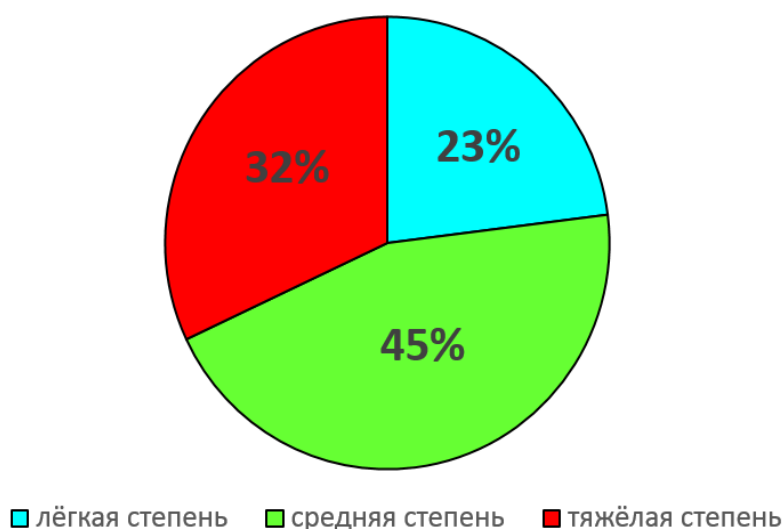


Рисунок 4 – Интенсивность неприятных ощущений у пациентов с синдромом жжения языка по ВАШ

Клиническое обследование полости рта пациентов выявило наличие следующих ортопедических конструкций (таблица 5): у 20-ти пациентов имелись стальные штампованно-паяные мостовидные протезы с декоративным напылением, у 7-ми – цельнолитые комбинированные мостовидные протезы, у 13-ти – съёмные пластиночные протезы, из них у 9-ти при частичных дефектах зубных рядов и у 4-х при полных; у 15-ти человек выявлялась комбинация как

съёмных, так и несъёмных конструкций зубных протезов. У 10-ти обследованных пациентов протезирование ранее не проводилось, хотя выявлялись как дефекты зубных рядов, так и коронок естественных зубов. При пальпаторном обследовании жевательных мышц выявлена умеренная болезненность по переднему краю M. masseter и/или M. pterygoideuslateralis.

Таблица 5 – Частота встречаемости различных видов ортопедических конструкций у пациентов с синдромом жжения языка

Количество пациентов	Вид ортопедических конструкций
4	Полные съёмные пластиночные протезы
7	Цельнолитые комбинированные мостовидные протезы
9	Частичные съёмные пластиночные протезы
15	Сочетание съёмных и несъёмных конструкций
20	Стальные штампованно-паяные мостовидные протезы

Изучение качества и рациональности ортопедических конструкций, имеющих в полости рта у обследованных пациентов, показало, что у 85% из них они не отвечали общепринятым требованиям.

У двух пациентов с полными съёмными пластиночными протезами и у пяти с частичными регистрировалась их недостаточная фиксация и сбрасывание при различных функциональных движениях нижней челюсти за счёт неточного определения границ протезов, а также неплотного их прилегания к слизистой оболочке протезного ложа, что подтверждалось тестом на конгруэнтность, проводимым с помощью А-силиконового материала «BisicoS4» для верхней челюсти и «BisicoMandisil» для нижней челюсти.

Анализ окклюзионных взаимоотношений зубных протезов показал, что у трёх пациентов со съёмными зубными протезами было зафиксировано дистальное положение нижней челюсти, а у одного пациента с полными съёмными пластиночными протезами – переднебоковое; у шести пациентов со штампованно-паяными мостовидными протезами регистрировалась двухсторонняя боковая инфраокклюзия.

При изучении несъёмных конструкций зубных протезов у пятнадцати пациентов определялись погрешности в моделировании анатомической формы зубов, что способствовало снижению функции жевания, а также хронической механической травме слизистых оболочек щёк и языка.

Всем обследуемым пациентам, имеющим зубные протезы, проверяли зафиксированную межальвеолярную (межокклюзионную) высоту анатомо-физиологическим способом и с помощью индекса Шимбачи. Было выявлено ее снижение по отношению к высоте физиологического покоя на 5-6 мм у двадцати восьми пациентов: у двух – с полными съёмными пластиночными протезами, у четырёх – с частичными съёмными пластиночными протезами, у тринадцати – с несъёмными мостовидными протезами и у девяти пациентов при их комбинации.

Анализ значений индексов Грина-Вермиллиона и Силнес-Лоу (таблица 6) у пациентов с СЖЯ показал, что уровень гигиенического состояния полости рта до проведения лечебных мероприятий у них был существенно ниже, чем у лиц группы сравнения, но в обоих случаях соответствовал удовлетворительному уровню.

**Таблица 6 – Показатели гигиены полости рта и состояния зубов
у пациентов с синдромом жжения языка ($M \pm m$)**

Показатели	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
Индекс Грина-Вермиллиона, баллы	1,09±0,06	1,35±0,12 p<0,05
Индекс Силнес-Лоу, баллы	1,03±0,09	1,27±0,11 p<0,05
КПУ	14,3±1,18	19,1±1,12 p<0,05
КПУ_п	15±1,16	19,87±1,08 p<0,05

Примечание – p– достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Mann-Whitney U-test)

Одновременно, изучение состояния твёрдых тканей зубов показало (таблица 6), что у обследованных пациентов с синдромом жжения языка определялось достоверное увеличение интенсивности кариозного поражения, оцениваемой индексами КПУ и КПУ_п, по отношению к пациентам группы сравнения.

Как следует из результатов исследования, представленных в таблице 7, у пациентов с СЖЯ регистрировалось существенное увеличение по отношению к группе сравнения значений индекса РМА, характеризующего распространённость воспаления дёсен. При этом количественно значения индекса соответствовали ограниченной распространённости воспалительного процесса у обследованных лиц обеих групп.

Анализ значений индекса Мюллемана-Саксера, характеризующего интенсивность кровоточивости дёсен показал, что у пациентов с СЖЯ он значимо не отличался от группы сравнения и составил в среднем немного больше одного балла, что соответствовало клинически, в большинстве случаев,

образованию точечных кровоизлияний при зондировании зубодесневой бороздки (таблица 7).

**Таблица 7 – Показатели состояния дёсен
у пациентов с синдромом жжения языка ($M \pm m$)**

Показатели	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
ПМА, %	12,43 $\pm$ 1,31	19,66 $\pm$ 1,29 p<0,05
Индекс кровоточивости дёсен по Мюллеману- Саксеру, баллы	1,1 $\pm$ 0,07	1,26 $\pm$ 0,09

Примечание–p – достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Mann-Whitney U-test)

Исследование вкусовой чувствительности языка у пациентов с синдромом жжения языка свидетельствовало об её нарушении у 53-х человек (рисунок 5). Причём, у большинства из них определялось снижение чувствительности к кислому (у 25-ти), гораздо реже к солёному (у 6-ти), у 14-ти пациентов одновременно к кислому и солёному раздражителям, у 8-ми отмечались явления парагевзии.



Рисунок 5– Изменение вкусовой чувствительности языка
у пациентов с синдромом жжения языка

По результатам анализа микробиологического исследования (рисунок 6) полости рта у большинства пациентов с синдромом жжения языка определялись условно-патогенные микроорганизмы в допустимых концентрациях ($<10^4$ КОЕ/см²), среди представителей которой встречались микроаэрофильные стрептококки (23%), бактероиды (15%), дифтероиды (17%), вейлонеллы (20%), лактобактерии (13%), стафилококки (4%).

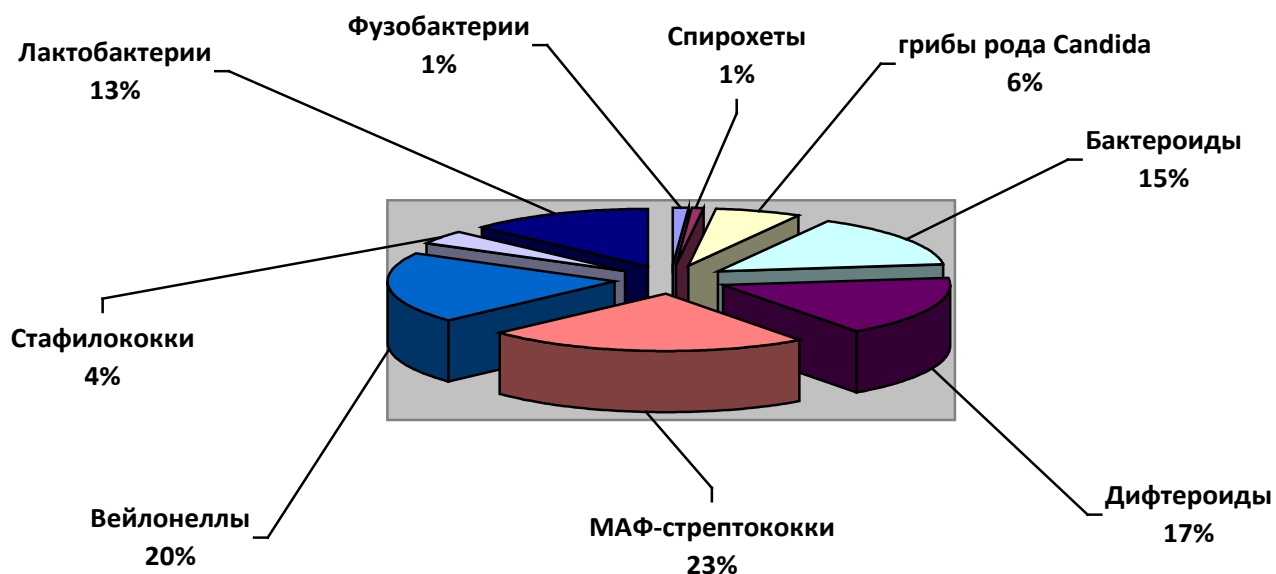


Рисунок 6 – Показатели микробного пейзажа полости рта у пациентов с синдромом жжения языка

В четырёх препаратах (6%) были выявлены дрожжеподобные грибы (рисунок 7), а именно грибы рода *Candida* на стадии почкования ($<10^6$ КОЕ/см²). При осмотре СОПР отмечены точечные очаги гиперемии, атрофия сосочков языка (чаще нитевидных), незначительная отёчность, белесоватый налёт на боковых поверхностях языка.

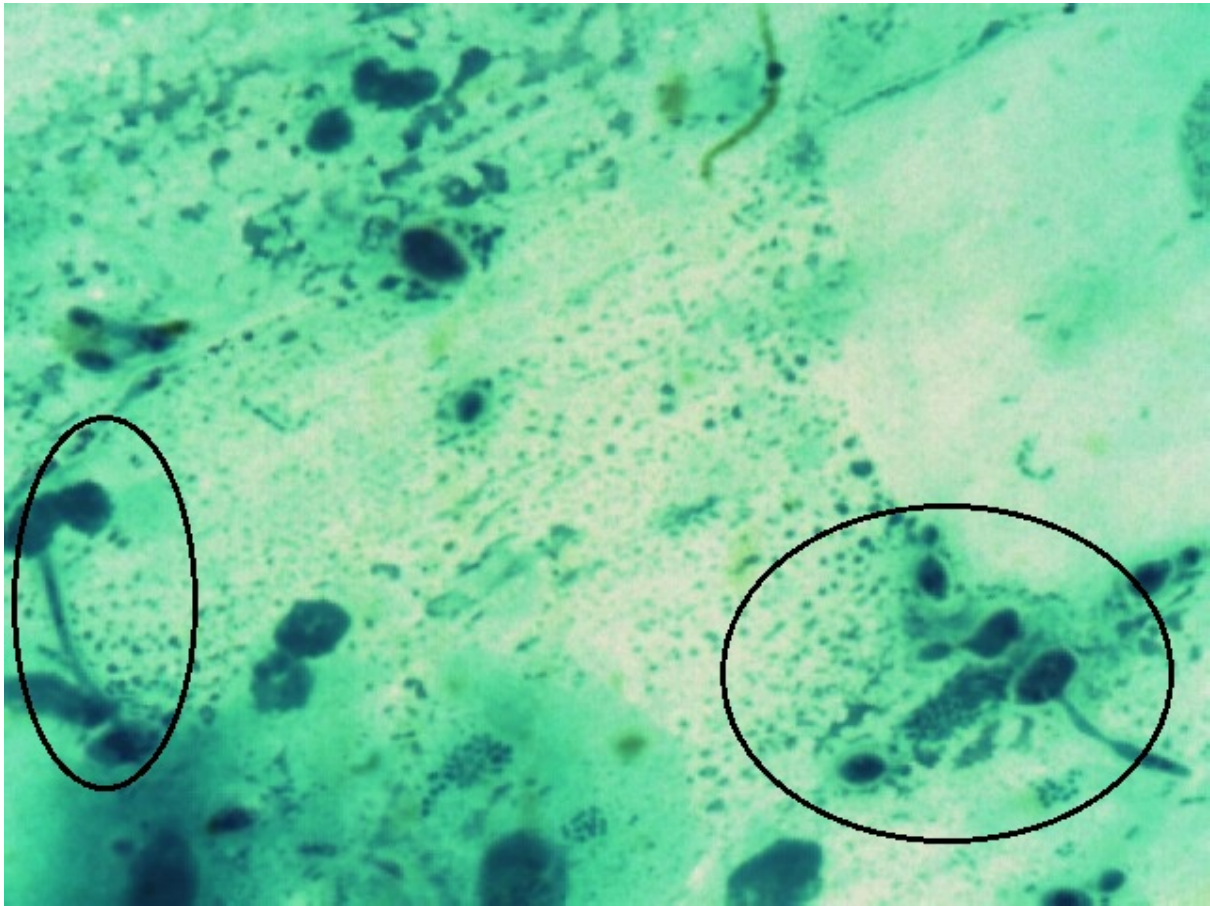


Рисунок 7– Микробиологический препарат со слизистой оболочки языка пациента О. (окраска метиленовым синим) x100.

На препарате: грибы рода *Candida* на стадии почкования

В одном из микробиологических препаратов со слизистой оболочки языка был выявлен комплекс фузобактерий (*Fusobacterium novum*) и спирохет (*Treponema microdentinum*)(рисунок 8). Данные микроорганизмы представлены в препарате в количестве, превышающем 10^4 КОЕ/см².

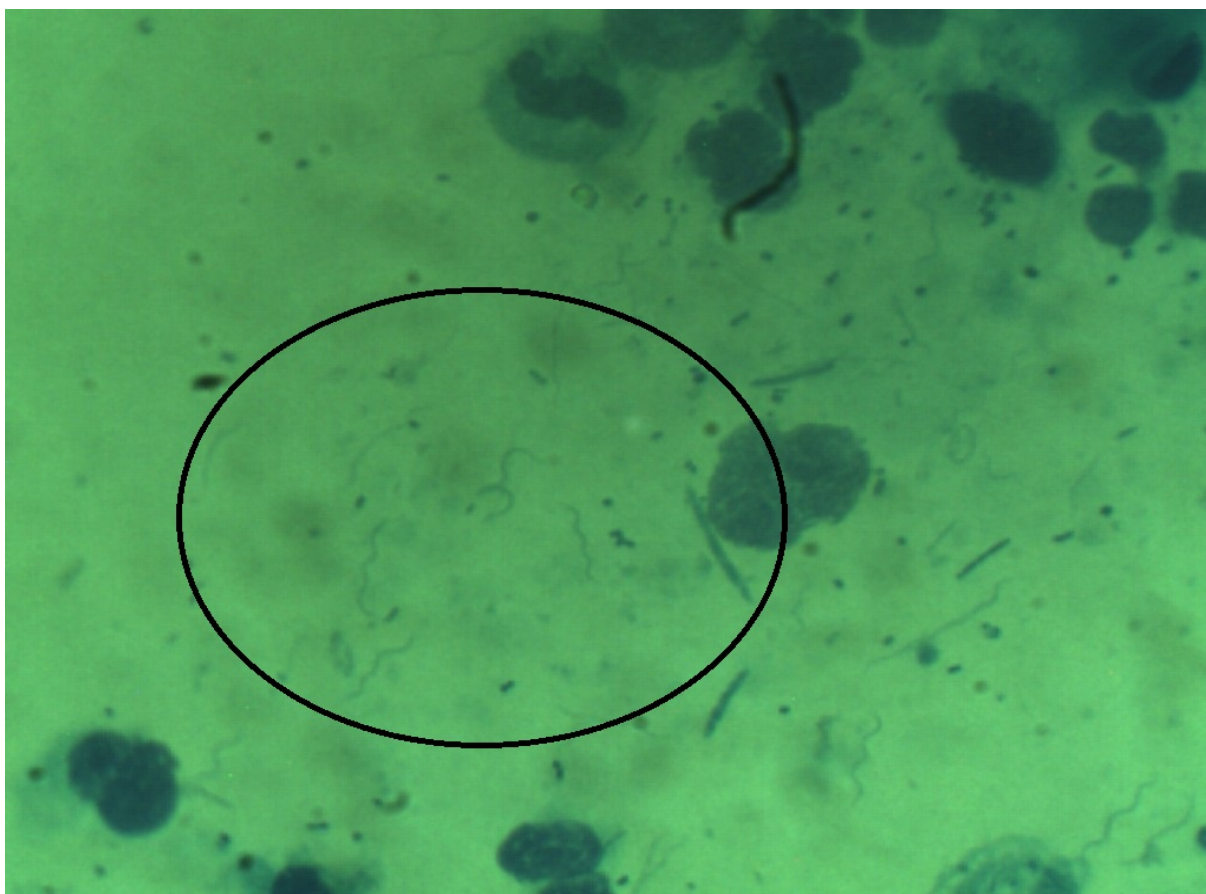


Рисунок 8 –Микробиологический препарат со слизистой оболочки языка у пациента Р. до лечения (окраска азур-эозином) x100.

На препарате: комплекс фузобактерий и спирохет

У пациентов группы сравнения микробный пейзаж соответствовал резидентной норме.

У пациенток с постовариэктомическим синдромом после консультации врача-гинеколога была выявлена выраженная гипозестрогения и проведение специфического лечения способствовало значительному улучшению их самочувствия.

Для определения биосовместимости между организмом пациентов и стоматологическими конструкционными материалами применяли метод бифункциональной органометрии по методу Рейнхольда Фолля. Исследования проводили с образцами из кобальтохромового сплава, нержавеющей стали, «Вирон+Синма», «Вирон+Норитаке», «Вирон+Солидекс», акриловых пластмасс, а также со штампованно-паяными конструкциями с декоративным

напылением и без него, кламмерной проволокой. Также определяли совместимость и с ортопедическими конструкциями, имеющимися в ротовой полости у обследуемых пациентов.

Результаты проведённого исследования показали (таблица 8), что у двенадцати пациентов определялись явления биологической несовместимости, а именно: у четырёх – с компонентами штампованно-паяных конструкций, у четырёх – с декоративным напылением искусственных коронок, у одного – с комбинацией «Вирон+Солидекс», у одного – с нержавеющей сталью, у двух регистрировалась положительная реакция на несколько образцов протезных материалов.

Таблица 8 – Результаты электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля на материалы зубных протезов у пациентов с синдромом жжения языка

Количество пациентов	Вид несовместимых конструкционных материалов
4	штампованно-паяные конструкции
4	декоративное напыление
2	сочетание нескольких образцов
1	«Вирон+Солидекс»
1	нержавеющая сталь

Для оказания помощи данной группе пациентов имеющиеся у них ортопедические конструкции элиминированы из полости рта и проведено рациональное протезирование с учётом совместимости с конструкционными материалами, на которые выявлены отрицательные тесты при проведении бифункциональной органометрии по методу Р. Фолля.

Четырёмобследуемым пациентам из группы наблюдения посредством использованных нами способов диагностики не удалось установить возможную причину развития заболевания. Данной группе лиц была проведена санация полости рта и по показаниям ортопедическое лечение, а также рекомендованы консультации специалистов узкого профиля.

Результаты цитологического исследования мазков (таблица 9) со слизистой оболочки языка у пациентов свидетельствовали о достоверном уменьшении значений индекса дифференцировкиэпителиальныхклеток как на кончике языка, так и на его боковых поверхностях по отношению к группе сравнения.

В то же время, анализ значений индекса кератинизации, указывающего на количество (%) чешуек в мазке, показал (таблица 10), что у обследуемых пациентов группы наблюдения не отмечалось существенных различий показателя ороговения эпителия слизистой оболочки языка по отношению к контролю.

**Таблица 9 – Значения индекса дифференцировки клеток
у пациентов с синдромом жжения языка ($M \pm m$, ед.)**

Область исследования	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
Слизистая оболочка кончика языка	481,66±1,74	444,4±5,01 p<0,05
Слизистая оболочка боковой поверхности языка	479,83±2,04	441,01±4,98 p<0,05

Примечание – p – достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Mann-Whitney U-test)

**Таблица 10 – Значения индекса кератинизации
у пациентов с синдромом жжения языка (M±m, %)**

Область исследования	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
Слизистая оболочка кончика языка	17,07±1,59	17,49±2,38
Слизистая оболочка боковой поверхности языка	9,6±1,55	11,02±1,59

Примечание – p – достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Mann-Whitney U-test)

У большинства пациентов группы наблюдения отмечалось снижение функциональной активности слюнных желёз, характеризующееся гипосаливацией, поэтому особый интерес для нас представляло исследование смешанной слюны с определением основных её показателей (таблица 11): скорости секреции, кислотности и вязкости.

У подавляющего большинства пациентов отмечалось значимое снижение скорости секреции смешанной слюны (0,23 мл/мин) по отношению к аналогичному показателю в группе сравнения – 0,46 мл/мин.

Одновременно у пациентов регистрировалось, как и ожидалось, на фоне снижения скорости секреции смешанной слюны увеличение её вязкости ($1,78 \pm 0,9$ сП). У пациентов группы сравнения отмечался средний уровень вязкости слюны, равный $1,57 \pm 0,12$ сП.

Кислотность смешанной слюны у пациентов обеих групп значимо не изменялась за весь период наблюдений и находилась в пределах нормы (6,7-6,9 pH).

Таблица 11 – Физиологические и физико-химические показатели смешанной слюны у пациентов с синдромом жжения языка ($M \pm m$)

Показатели	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
Скорость секреции слюны, мл/мин	0,46 $\pm$ 0,25	0,23 $\pm$ 0,01 p<0,05
Вязкость слюны, сП	1,57 $\pm$ 0,12	1,78 $\pm$ 0,9
Кислотность слюны, ед. pH	6,94 $\pm$ 0,04	6,83 $\pm$ 0,21
	Группа сравнения, N=24	Группа наблюдения, N=51
Na⁺, ммоль/л	22,53 $\pm$ 1,13	14,67 $\pm$ 0,37 p<0,05
K⁺, ммоль/л	23,21 $\pm$ 1,0	31,35 $\pm$ 1,03 p<0,05

Примечание – p – достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Манн-Whitney U-test)

Ионоселективный анализ смешанной слюны у пациентов с синдромом жжения языка позволил определить сниженный уровень Na⁺, а также повышенное содержание K⁺ по отношению к пациентам группы сравнения.

На основании результатов сравнительного анализа среднего показателя микроциркуляции в слизистой оболочке языка, проводимого с использованием лазерной доплеровской флоуметрии, установлено (таблица 12), что у

пациентов с синдромом жжения языка его значения свидетельствовали о снижении перфузии во всех исследуемых точках языка.

Таблица 12– Значения показателя перфузии (М, пф. ед.) слизистой оболочки языка у пациентов с синдромом жжения языка ($M \pm m$)

Показатели	Группа сравнения, N=30	Группа наблюдения, N=60
Слизистая оболочка кончика языка	25,4±0,83	20,44±0,7 p<0,05
Слизистая оболочка боковой поверхности языка слева	29,12±0,9	18,59±0,77 p<0,05
Слизистая оболочка боковой поверхности языка справа	29,16±0,76	18,88±0,78 p<0,05
Слизистая оболочка вентральной поверхности языка слева	34,33±0,73	26,37±0,91 p<0,05
Слизистая оболочка вентральной поверхности языка справа	35,23±0,65	26,26±0,8 p<0,05

Примечание –p – достоверность рассчитана по отношению к группе сравнения (Mann-Whitney U-test)

У подавляющего большинства пациентов (38 человек) отмечались нарушения функциональной окклюзии в виде преконтактов, клиновидных дефектов и фасеток стирания зубов, изменения амплитуды движений, девиации или дефлекции нижней челюсти. У 28-ми обследованных выявлялись щелчки

и/или хруст в околоушной области в разные фазы открывания и закрывания рта, поэтому особый интерес для нас представляло исследование ВНЧС.

Анализ клинического индекса дисфункции ВНЧС (HelkimoM.) позволил выявить у 25-ти обследованных пациентов лёгкую степень, а у 13-ти – среднюю степень тяжести клинических симптомов (рисунок 9).



Рисунок 9 – Значения клинического индекса дисфункции ВНЧС у пациентов с синдромом жжения языка

У 38-ми пациентов с синдромом жжения языка регистрировалось уменьшение межальвеолярной высоты с дистальным смещением нижней челюсти и нарушением окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. У 28-ми из них при внешнем осмотре выявлялись изменения в ВНЧС, позднее подтверждающиеся рентгенологически. У остальных 10-ти пациентов изменения визуализировались только на мультислайсовых компьютерных томограммах, на которых отмечалось уменьшение размеров задневерхних отделов суставных щелей на сагиттальных срезах (рисунок 10), а у 6-ти из них и асимметричное расположение суставных головок нижней челюсти на коронарных срезах (рисунок 11).

Также у 15 пациентов с дисфункцией ВНЧС на сагиттальных срезах компьютерных томограмм наблюдалась гипермобильность мышечков с их расположением за пределами суставного бугорка от 0,5 до 3 мм.

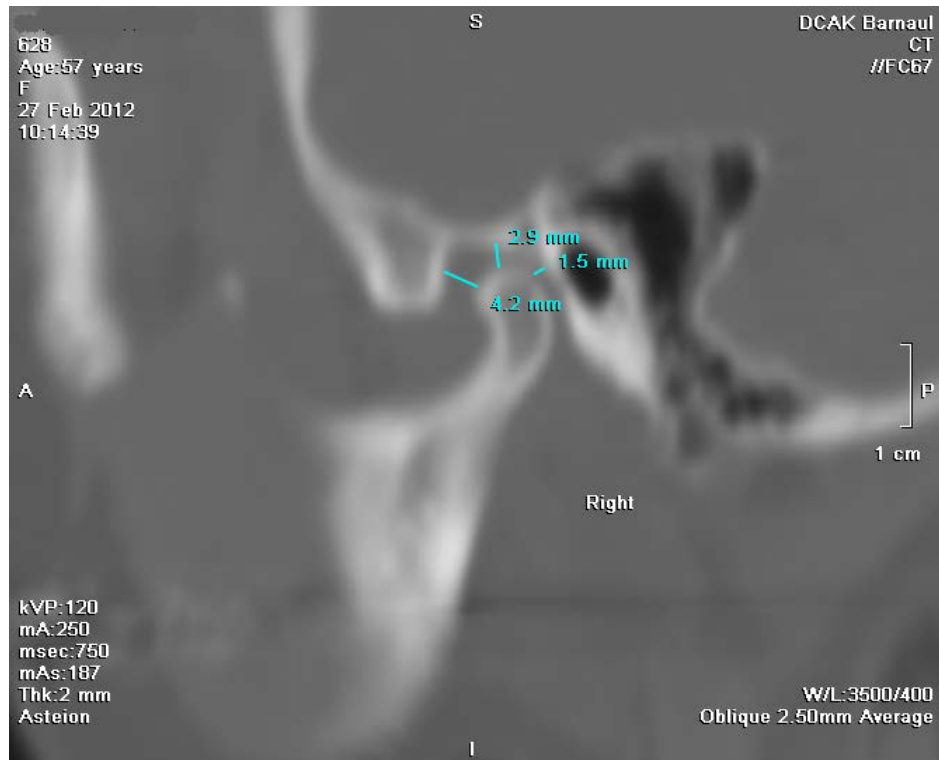


Рисунок 10– Компьютерная томограмма ВНЧС.

Сагиттальный срез

(обозначены переднее, верхнее и заднее суставное пространство).

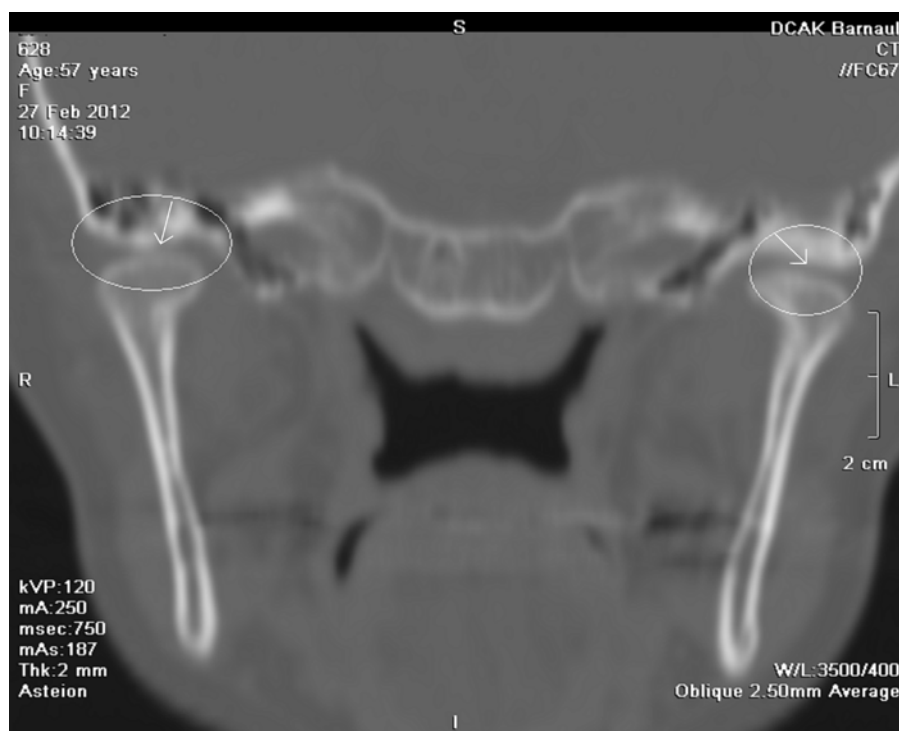


Рисунок 11– Компьютерная томограмма ВНЧС.

Коронарный срез.

Таким образом, проведённые исследования показали, что у пациентов с синдромом жжения языка на фоне удовлетворительного гигиенического состояния полости рта, лёгкой степени тяжести воспаления и кровоточивости дёсен, регистрировалось повышение интенсивности жжения языка, оцениваемого по визуальной аналоговой шкале боли, нарушение вкусовой чувствительности языка, снижение скорости секреции смешанной слюны и среднего показателя перфузии слизистой оболочки языка, увеличение значений клинического индекса дисфункции ВНЧС.

Одновременно с указанными изменениями у обследованных пациентов были значительно снижены процессы созревания эпителиоцитов и увеличен показатель ороговения эпителия слизистой оболочки языка, а также в ряде клинических случаев обнаружены явления биологической несовместимости с конструкционными материалами.

У значительной части обследуемых лиц (38 пациентов), что составило 59% от общего числа, синдром жжения языка сочетался с дисфункцией ВНЧС,

характеризующейся дистальным смещением нижней челюсти и асимметричным положением суставных головок. Причём, в большинстве случаев изменение пространственного расположения нижней челюсти происходило в результате нерационального протезирования и формирования вынужденной патологической окклюзии, поэтому важное значение при комплексной реабилитации пациентов имеет точное восстановление межальвеолярной высоты и положения суставных головок, чему и посвящена следующая глава нашего диссертационного исследования.

ГЛАВА 4.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА, СОЧЕТАННЫМ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений СЖЯ пациентам проводилось местное лечение, заключающееся в назначении препаратов, заменяющих или стимулирующих слюну (Bioextra). При выраженном болевом компоненте назначалось применение спрея 10% «Лидокаин» для значительного уменьшения или полного купирования неприятных ощущений на слизистой оболочке языка (до трёх распылений каждые 2-3 часа).

В связи с длительным течением синдрома жжения языка после консультации врача-невролога пациентам с тревожно-мнительным характером и повышенной возбудимостью назначен седативный препарат «Персен» по 2-3 таблетки 3 раза в день.

У большинства пациентов (59% от общего числа обследованных с синдромом жжения языка) из анамнестических данных было выявлено, что парестезиям в языке предшествовали хруст, щелчки и болезненность в ВНЧС в разные фазы открывания рта и лишь позднее возникали неприятные ощущения в языке (покалывание, пощипывание или жжение).

У подавляющего большинства обследованных пациентов при визуальном осмотре слизистая оболочка языка имела бледно-розовый цвет, низкую увлажнённость, отсутствие видимых патологических элементов. У небольшого количества обследованных (около 10 %) наблюдались очаги десквамации эпителия, гипертрофия или атрофия нитевидных сосочков языка, незначительная отёчность его боковых поверхностей, отпечатки зубов на его боковых поверхностях, кератотические изменения слизистой оболочки щёк по линии смыкания зубов.

Также из анамнеза выяснялось, что большинству пациентов с СЖЯ неоднократно проводилось ортопедическое лечение различными видами зубных протезов, которое не способствовало улучшению их состояния. При этом у десяти пациентов с СЖЯ, имеющих дефекты зубов и зубных рядов, ранее протезирование не проводилось.

Это давало нам основание судить о том, что у данной группы обследуемых лиц присутствовали факторы, способствующие изменению окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и положению нижней челюсти (наличие дисфункции ВНЧС), поэтому ортопедическое лечение этих пациентов было направлено на оптимизацию пространственного расположения нижней челюсти по отношению к верхней и черепу в целом, а также высоту межальвеолярного расстояния и положения суставных головок ВНЧС.

Всем пациентам с синдромом жжения языка до ортопедического лечения проводилась профессиональная гигиена и санация полости рта.

Пациентам с СЖЯ, имеющим дисфункцию височно-нижнечелюстных суставов, проводили рентгенологическое исследование с помощью МСКТ для верификации вида смещения головок нижней челюсти и его выраженности.

Рентгенологическое обследование выявило, что у 18-ти пациентов с СЖЯ определялось дистальное смещение мыщелков, у 7-ми – их асимметричноерасположение, у 13-ти – сочетание обоих признаков. Также у 15-ти пациентов (от общего числа обследованных) регистрировалась гипермобильность суставных головок при открывании рта.

В зависимости от клинической ситуации пациентам с СЖЯ, сочетанным с дисфункцией ВНЧС, проведено двухэтапное рациональное протезирование с применением окклюзионной шины.

Техническим результатом предложенного способа лечения пациентов с СЖЯ является создание оптимального расположения суставных головок нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах путём использования окклюзионной шины, как регистратора максимальной окклюзии.

Двухэтапный способ ортопедического лечения пациентов с СЖЯ устраняет такие недостатки, как, например, неправильное определение пространственного положения нижней челюсти, межокклюзионной высоты, длительный период адаптации к новым конструкциям зубных протезов.

Двухэтапная методика протезирования применялась в тех случаях, когда у пациентов одномоментное определение центральной окклюзии было затруднено или невозможно, и тогда первым этапом комплексного лечения было изготовление окклюзионной шины, действие которой направлено на оптимизацию положения нижней челюсти с восстановлением расположения внутрисуставных элементов.

В качестве материала для изготовления шин использовали термопластические пластины, подготовленные в вакуум-формовочном аппарате, или акриловую бесцветную пластмассу путем горячей полимеризации.

Оптимизация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов достигается благодаря многократному пришлифовыванию используемой шины (по меньшей мере на протяжении 3-х месяцев), а также получению симметричного положения головок ВНЧС с помощью МСКТ.

В некоторых случаях, когда клинический контроль положения нижней челюсти был затруднительным, проводилась дополнительная компьютерная томография ВНЧС, в соответствии с полученными результатами выполнялась коррекция окклюзионной поверхности шины и достигалось стабильное положение нижней челюсти.

После оптимизации положения нижней челюсти и отсутствия жалоб (либо значительного уменьшения) пациентов на жжение и другие неприятные ощущения в языке проводился контроль расположения ВНЧС с помощью МСКТ. После полученных положительных клинических и рентгенологических результатов осуществлялось протетическое лечение с использованием окклюзионной шины как фиксатора окклюзии.

Для регистрации максимальной окклюзии шина фиксировалась на гипсовых моделях, установленных в регулируемый артикулятор для настройки его на индивидуальную функцию. Определение положения нижней челюсти по отношению к верхней таким способом было более точным в сравнении с силиконовыми или восковыми регистратами, поскольку последние более эластичные и менее жёсткие.

Предлагаемый способ регистрации максимальной окклюзии устранял такие недостатки, как, например, деформация прикусного регистрата при сильном сжатии челюстей пациентом, приводящее к снижению межокклюзионной высоты или преждевременным межзубным контактам. При этом выполнение окклюзионной шины-регистратора из жёсткого материала надёжно предотвращало иное расположение челюстей.

Лечение пациентов с СЖЯ, сочетанной с дисфункцией ВНЧС, с помощью окклюзионной шины осуществлялось по индивидуальному плану и продолжалось от 6,5 до 13 месяцев.

Через 1 месяц после окончания ортопедического лечения пациентов и улучшения их самочувствия (значительное уменьшение или полное отсутствие жжения в языке) и достижения стабильной окклюзии проводилось повторное рентгенологическое исследование для прецизионной визуализации полученных изменений. Особое внимание обращали на симметричность суставных головок нижней челюсти на серии срезов в сагиттальной и коронарной проекциях. Также изучали размеры суставной щели в переднем, верхнем и заднем отделах: в случаях, когда получали абсолютно симметричные размеры суставных пространств, судили о нормализации положения мышечных, в случаях получения размеров суставной щели с разницей до 0,2 мм в одном из её отделов – оптимизации расположения ВНЧС.

Таким образом, ортопедическое лечение пациентов с СЖЯ привело к нормализации расположения элементов ВНЧС у 18-ти (рисунок 12, 13), а к оптимизации – у 20-ти пациентов.

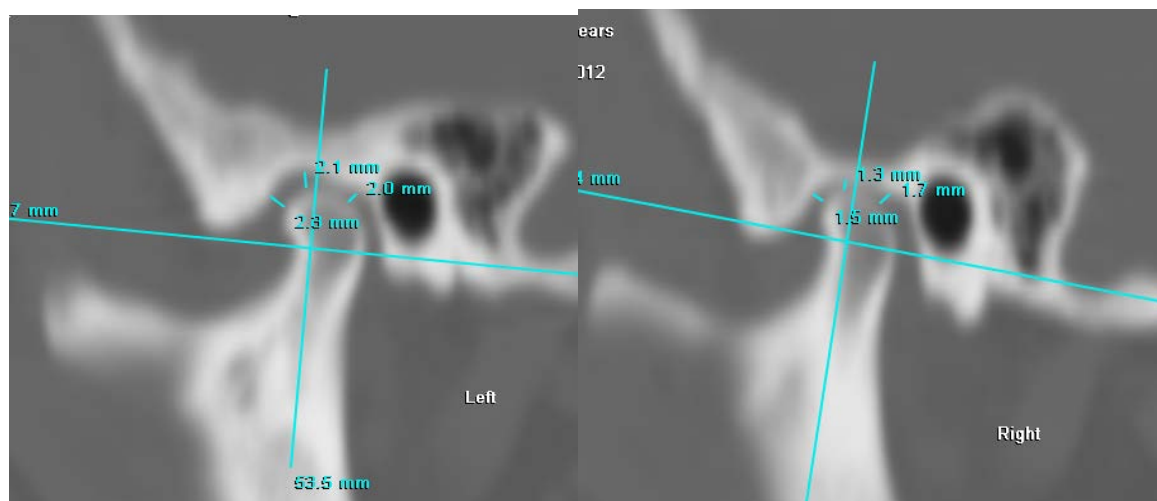


Рисунок 12 –Сагиттальный срез
компьютерной томограммы ВНЧС до ортопедического лечения
(асимметричное положение, дистальное смещение суставных головок).

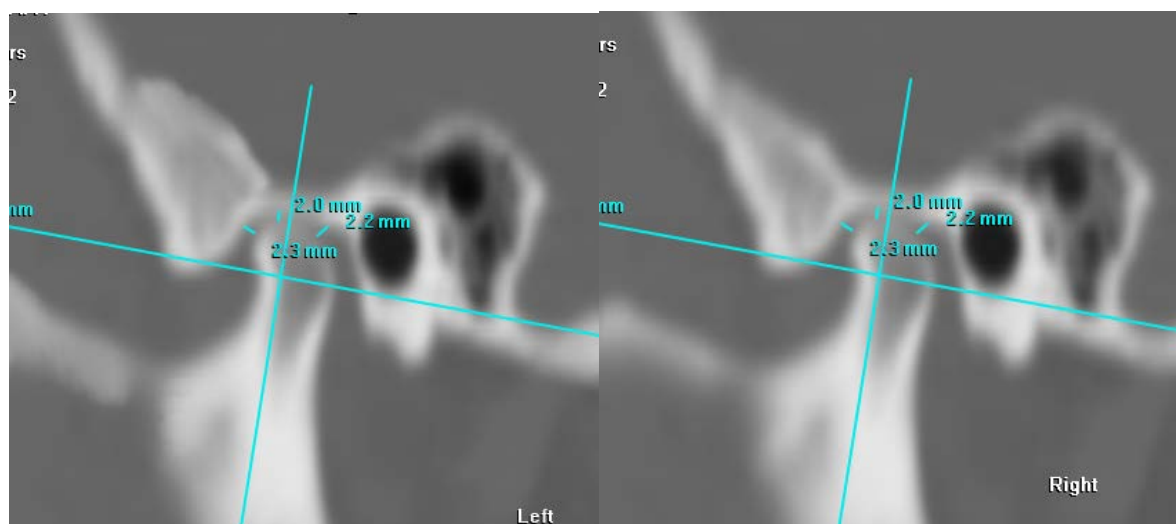


Рисунок 13 –Сагиттальный срез
компьютерной томограммы ВНЧС после ортопедического лечения
(оптимизация размеров суставного пространства).

Определение конструктивного прикуса под контролем МСКТ височно-нижнечелюстных суставов являлось основополагающим диагностическим показателем при ортопедическом лечении, с помощью него осуществлялся точный расчёт величин суставной щели в переднем, верхнем и заднем отделах. Допустимая разница в измерениях между аналогичными показателями левого и правого ВНЧС составляла 0,2 мм.

Ортопедическое лечение осуществлялось съёмными и несъёмными конструкциями зубных протезов в положении максимальной окклюзии, полученном с помощью шины, в зависимости от клинических показаний (локализация и протяженность дефектов зубных рядов, состояние твёрдых тканей опорных зубов и пародонта и др.).

Результаты исследования показали, что ортопедическое лечение пациентов с СЖЯ, сочетанным дисфункцией ВНЧС, не оказывало существенного влияния на значения гигиенических индексов, а также показателей, характеризующих состояние тканей пародонта (Mann-Whitney U-test, $p > 0,05$).

При этом, проведённое лечение способствовало существенной положительной динамике со стороны вкусовой чувствительности языка (рисунок 14). У 28-ми обследованных пациентов отмечалось полное её восстановление, у 10-ти – значительное улучшение, а именно: к кислому – у 5-ти, кислому и солёному – у 4-х, солёному – у 1-го.

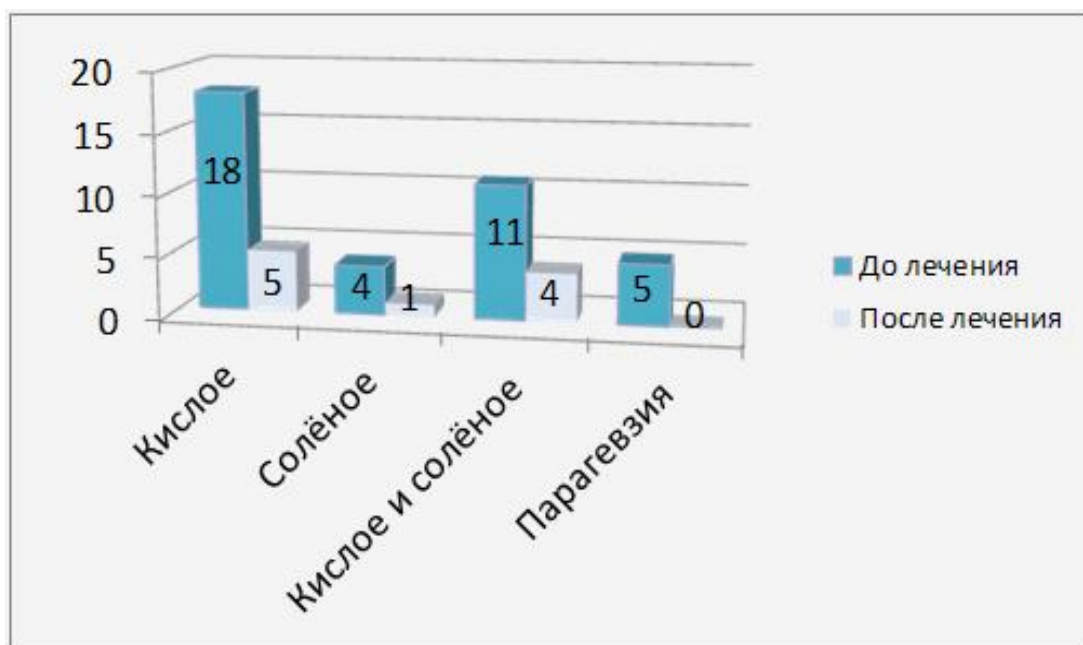


Рисунок 14– Влияние ортопедического лечения на вкусовую чувствительность языка у пациентов с синдромом жжения языка,сочетанным с дисфункцией ВНЧС

Оценка визуальной аналоговой шкалы показала (рисунок 15), что выраженность неприятных ощущений в языке у пациентов с СЖЯ на фоне проведённого протетического лечения уменьшалась ($p < 0,05$) с 5,86 баллов до лечения (2 степень) до 0,76 балла после лечения (1 степень). Большинство пациентов не отмечали каких-либо неприятных ощущений в языке.

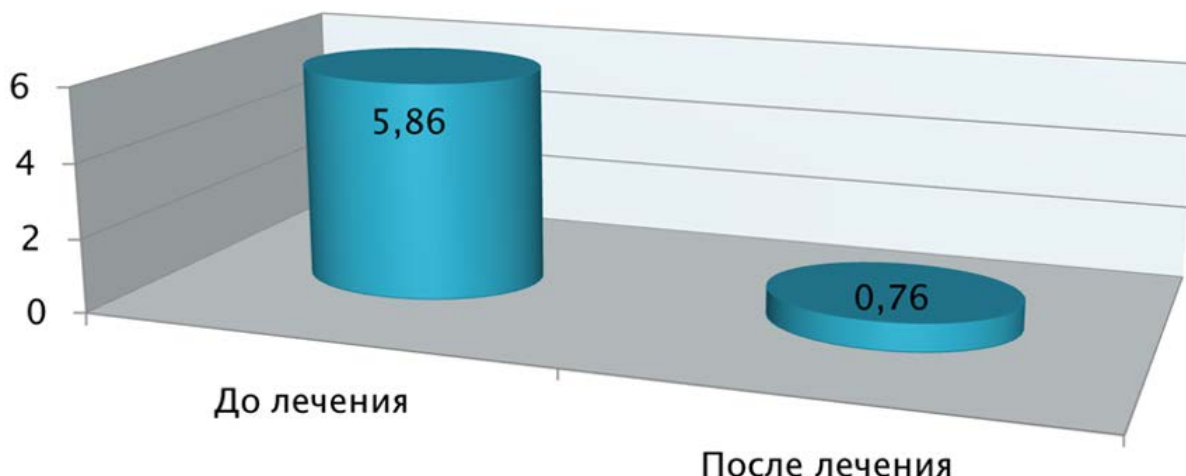


Рисунок 15– Влияние ортопедического лечения на значения визуальной аналоговой шкалы у пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией ВНЧС

Результаты цитологического исследования у обследованных пациентов группы наблюдения свидетельствовали о значимом увеличении значений индекса дифференцировки эпителиоцитов слизистой оболочки кончика языка с $435,13 \pm 7,48$ ед. в исходе до $455,76 \pm 4,5$ ед. после проведенного лечения и на боковой поверхности языка с $432,53 \pm 7,11$ ед. до $459,6 \pm 3,5$ ед.. Существенных различий в значениях индекса кератинизации у пациентов с СЖЯ при дисфункции ВНЧС после лечения отмечено не было.

Исследование скорости секреции смешанной слюны (рисунок 16) у пациентов с СЖЯ и дисфункцией ВНЧС после ортопедического лечения выявило значимое повышение изучаемого показателя (на 46%) по отношению к исходному уровню. Одновременно регистрировалась тенденция к снижению вязкости смешанной слюны с $1,82 \pm 0,12$ сП до $1,56 \pm 0,11$ сП.

Кислотность смешанной слюны как до ортопедического лечения, так и после его окончания, значимо не изменялась и находилась в пределах нормы (6,7-6,9 pH).

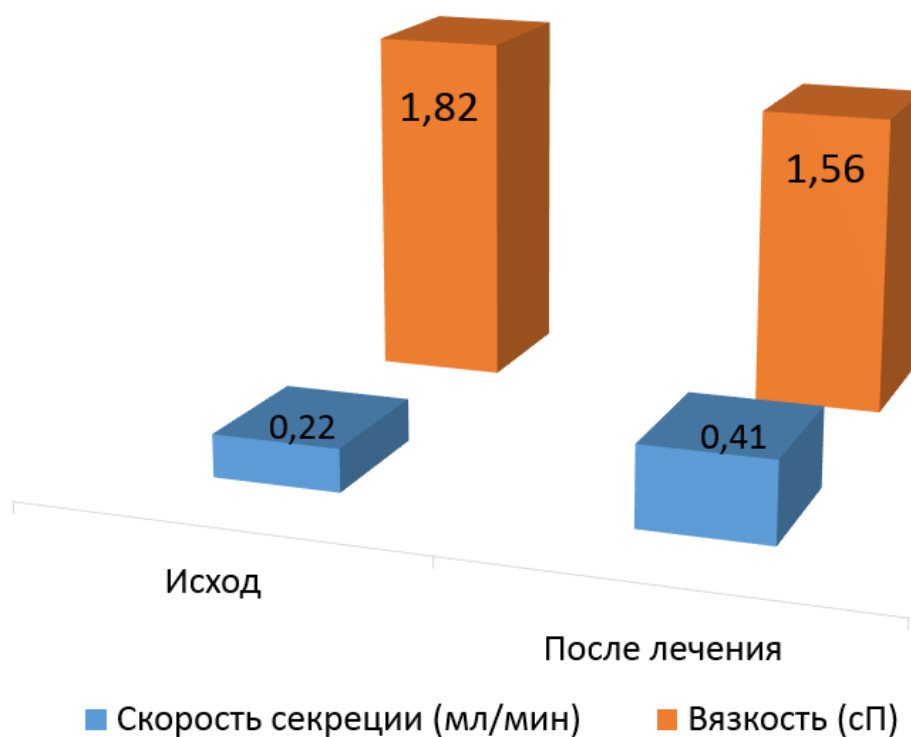


Рисунок 16– Влияние ортопедического лечения на основные параметры смешанной слюны у пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией ВНЧС

Ионоселективный метод исследования смешанной слюны позволил выявить у обследуемых пациентов после ортопедического лечения существенное увеличение содержания Na^+ по отношению к исходу (таблица 13) на фоне снижения уровня K^+ (Mann-Whitney U-test, $p < 0,05$).

**Таблица 13 – Динамика изменений ионного состава
смешанной слюны пациентов с синдромом жжения языка,
сочетанным с дисфункцией ВНЧС, после ортопедического лечения ($M \pm m$)**

<i>Показатели</i>	Исход, n=30	После лечения, n=30
Na⁺, ммоль/л	14,67±0,37	21,33±0,33 p<0,05
K⁺, ммоль/л	31,35±1,03	24,45±0,56 p<0,05

Примечание – p – достоверность рассчитана по отношению к исходному состоянию (Mann-Whitney U-test)

Ортопедическое лечение пациентов с СЖЯ, проводимое под контролем МСКТ ВНЧС, способствовало выраженному положительному влиянию на микроциркуляцию в слизистой оболочке языка, оцениваемой с помощью лазерной доплеровской флоуметрии. Средний показатель микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка у пациентов с СЖЯ свидетельствовал о достоверном усилении перфузии тканей после лечения по отношению к исходному состоянию во всех контрольных точках (рисунок 17).

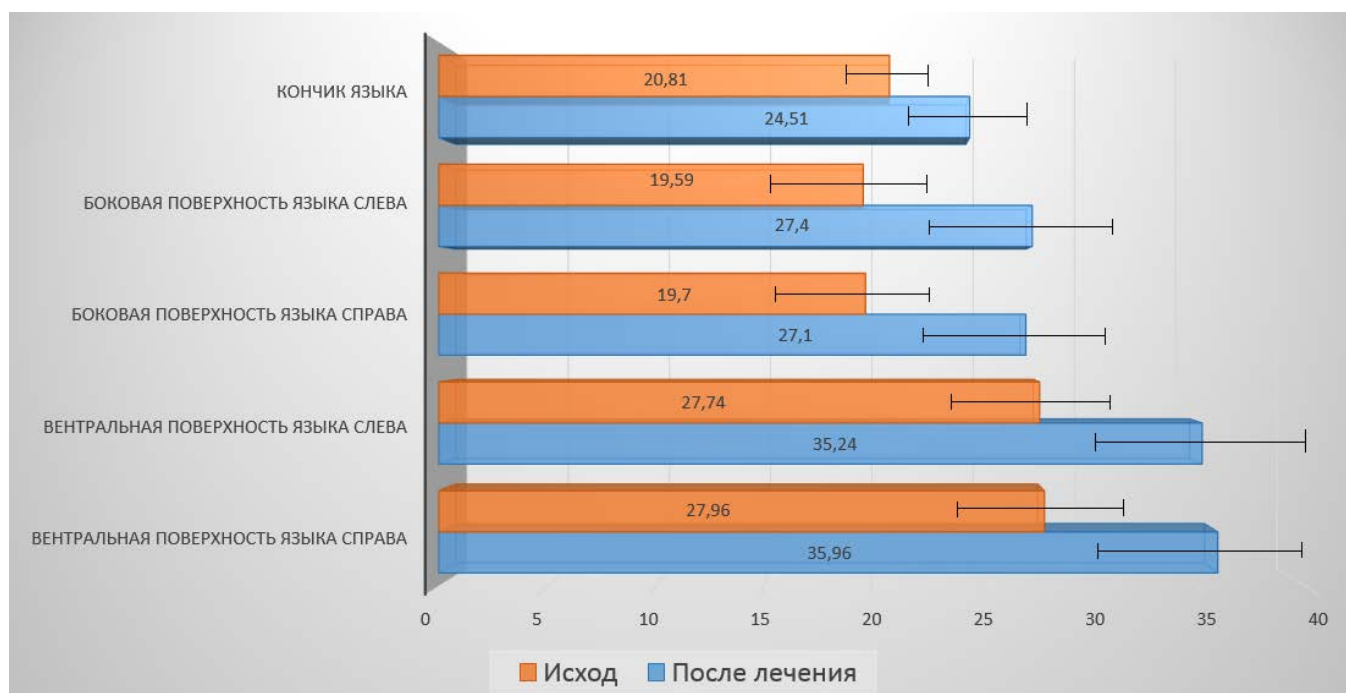


Рисунок 17 – Влияние ортопедического лечения на динамику значений показателя перфузии (М, пф. ед.) слизистой оболочки языка у пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией ВНЧС

Оценка значений индекса дисфункции ВНЧС показала (рисунок 18), что проведённое ортопедическое лечение пациентов привело к значительному уменьшению клинических симптомов в височно-нижнечелюстных суставах до $1,5 \pm 0,18$ баллов, что соответствовало лёгкой степени тяжести.



Рисунок 18– Влияние ортопедического лечения на значения клинического индекса дисфункции ВНЧС у пациентов с синдромом жжения языка

Для контроля эффективности лечения проведён статистический анализ на степень изменения изучаемых показателей. Различия средних значений изучаемых показателей до и после лечения, приведённых в таблице 14, оказались статистически значимыми. С целью проверки этого был применён критерий Фишера-Снедекора (метод однофакторного дисперсионного анализа, ANOVA). Величина F рассчитанного критерия позволила оценить степень этих различий, кроме проверки значимости различий средних: чем больше величина F, тем в большей степени изменяется значение соответствующего показателя. Учитывая это, было произведено упорядочивание изучаемых показателей по убыванию величины критерия Фишера-Снедекора.

Выделены наиболее значимые диагностические показатели, среди которых: визуальная аналоговая шкала боли, скорость секреции смешанной слюны, индекс дифференцировки клеток, средний показатель микроциркуляции, уровень Na^+ и K^+ .

Таблица 14 – Сравнение средних значений клинико-лабораторных показателей у пациентов с синдромом жжения языка

Изучаемые показатели	Исход	После лечения	F-критерий
Na⁺, ммоль/л	14,67±0,37	21,33±0,33	177,54 (p<0,05)
Скорость секреции смешанной слюны, мл/мин	0,22±0,01	0,41±0,01	153,69 (p<0,05)
K⁺, ммоль/л	31,35±1,03	24,45±0,56	34,67 (p<0,05)
Средний показатель микроциркуляции слизистой оболочки языка, пф. ед.	19,59±1,11	27,4±0,78	33,08 (p<0,05)
Индекс дифференцировки клеток слизистой оболочки языка, ед.	432,53±7,12	459,61±3,5	11,64 (p<0,05)

Примечание – p – вероятность предположения о совпадении средних значений (ANOVA)

После проведённого ортопедического лечения (по данным ВАШ) болевые ощущения у пациентов с СЖЯ снизились в среднем в 10 раз, а клинические симптомы дисфункции ВНЧС – в 4 раза.

После комплексного лечения пациентов с СЖЯ отмечен выраженный терапевтический эффект, подтверждённый данными клинических, лабораторных и рентгенологических исследований. Эффективность проведённого лечения пациентов показывает высокую практическую

значимость предложенных способов, направленных на улучшение диагностики заболевания и обеспечение стойкой ремиссии.

Предложенный способ ортопедического лечения с использованием окклюзионной шины у пациентов с СЖЯ, сочетанным с дисфункцией ВНЧС, направленный на оптимизацию окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и пространственного расположения нижней челюсти способствует улучшению или восстановлению вкусовой чувствительности языка, благоприятно воздействует на состояние микрососудов слизистой оболочки языка, что проявляется существенным улучшением их кровенаполнения, активизацией процессов созревания эпителиоцитов и стабилизацией показателя ороговения эпителия, положительно влияет на основные параметры смешанной слюны (скорость секреции смешанной слюны и её вязкость).

После проведённой комплексной реабилитации пациентов с СЖЯ, сочетанным с дисфункцией ВНЧС, проводилось динамическое наблюдение в течение 1 года. За указанный период не было отмечено ни одного случая рецидива заболевания.

На основании полученных результатов исследования нами был разработан алгоритм комплексного обследования пациентов с СЖЯ, использование которого позволяет повысить эффективность диагностики и обеспечить возможность проведения динамического мониторинга с оценкой эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Алгоритм комплексного обследования и лечения пациентов с синдромом жжения языка:

Сбор анамнеза жизни и заболевания, перечень жалоб пациента



Обследование пациента:

- 1) изучение стоматологического статуса
- 2) исследование вкусовой чувствительности языка
- 3) мультиспиральная компьютерная томография ВНЧС
- 4) оценка качества ортопедических конструкций
- 5) бифункциональная органометрия по Р. Фоллю
- 6) определение высоты нижнего отдела лица при физиологическом покое нижней челюсти и в центральном соотношении челюстей, исследование функциональной окклюзии, обследование жевательных мышц и ВНЧС
- 7) микробиологическое и цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки языка
- 8) изучение функциональных параметров слюнных желёз
- 9) лазерная доплеровская флоуметрия слизистой оболочки языка



Синдром жжения языка, сочетанный с:

- 1) дисфункцией ВНЧС
- 2) биологической несовместимостью со стоматологическими материалами
- 3) выраженной гипоестрогенией в результате постовариэктомического синдрома
- 4) кандидозом
- 5) дисбиозом полости рта
- 6) плоскоклеточным раком языка
- 7) сочетание нескольких факторов
- 8) причина не выяснена(обследование у специалистов узкого профиля)

**Разработка плана лечения с учётом
этиологического фактора:**

- 1) профессиональная гигиена и санация полости рта
- 2) седативная терапия (у пациентов с тревожно-мнительным синдромом и повышенной возбудимостью)
- 3) дополнительное местное лечение (обезболивающие, противовоспалительные средства, заменители слюны)
- 4) рациональное протезирование с индивидуальным подбором конструкционных материалов
- 5) коррекция гормонального статуса пациенток (у женщин в постменопаузальный период)
- 6) нормализация микробного пейзажа полости рта
- 7) восстановление функционального состояния жевательных мышц (миогимнастика, массаж, физиотерапевтические процедуры)
- 8) оптимизация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и положения нижней челюсти (избирательное пришлифовывание зубов, окклюзионные шины, ортодонтические аппараты)

Достижение результата лечения



ДА

- индивидуальный план реабилитационных мероприятий
- диспансерное наблюдение

НЕТ

- оценка возможных ошибок диагностического лечения, обследования
- дополнительное обследование
- коррекция плана лечения

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Выписка из медицинской карты стоматологического больного № 11.04.2012.

Пациентка Н., 60 лет, обратилась с жалобами на жжение слизистой оболочки языка высокой интенсивности.

Анамнез жизни: туберкулёз, венерические заболевания, гепатиты отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: впервые жжение появилось 3 месяца назад на слизистой оболочке кончика языка. Лечение ранее не проводилось. Обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии АГМУ.

Объективное исследование: слизистая оболочка языка слабо увлажнена, бледно-розового цвета, незначительная отёчность боковых поверхностей языка, безболезненна при пальпации, выявлены отпечатки зубов на языке, умеренная атрофия нитевидных сосочков, фестончатый 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 солёному. Данные визуальной аналоговой шкалы боли соответствует тяжёлой степени – 9 баллов. Из-за неприятных ощущений во рту пациентка отмечала появление бессонницы, повышенной раздражительности.

Прикус ортогнатический. При открывании рта отмечена девиация нижней челюсти влево. При пальпации умеренная болезненность по переднему краю M. Masseter. В конце фазы открывания рта определяется щелчок.

Зубная формула пациентки Н.:

0	Pt							п	п			п/с	п/с	0	п	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
0	0													0	п	0

КПУ=14, КПУ_п=16. Индекс гигиены по Грину-Вермиллиону=1,1б., индекс Силнес-Лоу=0,9 б., индекс РМА=10%, индекс Мюллемана= 0,4 б.

ИДК =450,0; ИК=12%

Результаты микробиологического исследования: 20.04.2012

Смешанная флора на клетках плоского эпителия, средней обсеменённости, лейкоцитов нет. Грибы рода *Candida* не выделены.

Исследование ротовой жидкости: скорость секреции=0,31 мл/мин, вязкость=1,56сП.

Исследование микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка:

- 1) кончик языка 19,7 Пф. ед.
- 2) боковая поверхность языка слева 20,1 Пф. ед.
- 3) боковая поверхность языка справа 21,4 Пф. ед.
- 4) вентральная поверхность языка слева 26,95 Пф. ед.
- 5) вентральная поверхность языка справа 27,83 Пф. ед.

Диагноз: синдром жжения языка, частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях III класс по Кеннеди, снижение межокклюзионной высоты, зубоальвеолярное удлинение 1.6, дистальное смещение нижней челюсти, повышенная стираемость твёрдых тканей зубов I степени, генерализованная форма, смешанный тип.



Рисунок 19 – Вид полости рта пациентки Н. до ортопедического лечения

Рекомендованный план лечения пациентки:

1. Седативная терапия
2. Местные обезболивающие препараты
3. Профессиональная гигиена и санация полости рта
4. Функциональный анализ гипсовых моделей челюстей в артикуляторе Bioart 4000
5. Мультиспиральная компьютерная томография ВНЧС
6. Лечение окклюзионной шиной для нижней челюсти
7. Рациональное протезирование в положении максимальной окклюзии
8. Реставрационное восстановление передних зубов композитным материалом

Для нормализации сна и уменьшения явления повышенной раздражительности пациентке рекомендовано применение препарата «ПЕРСЕН» по 2-3 таблетки за 1 час перед сном. Для снижения неприятных ощущений на слизистой оболочке языка назначен спрей «Лидокаин» 10% до трёх распылений каждые 2-3 часа.

Проведён функциональный анализ гипсовых моделей челюстей в артикуляторе Bioart 4000, при котором выявлены окклюзионные интерференции при протрузии на 1.4, 1.6, 2.4, а также при боковых движениях нижней челюсти – асимметрия окклюзионных контактов.

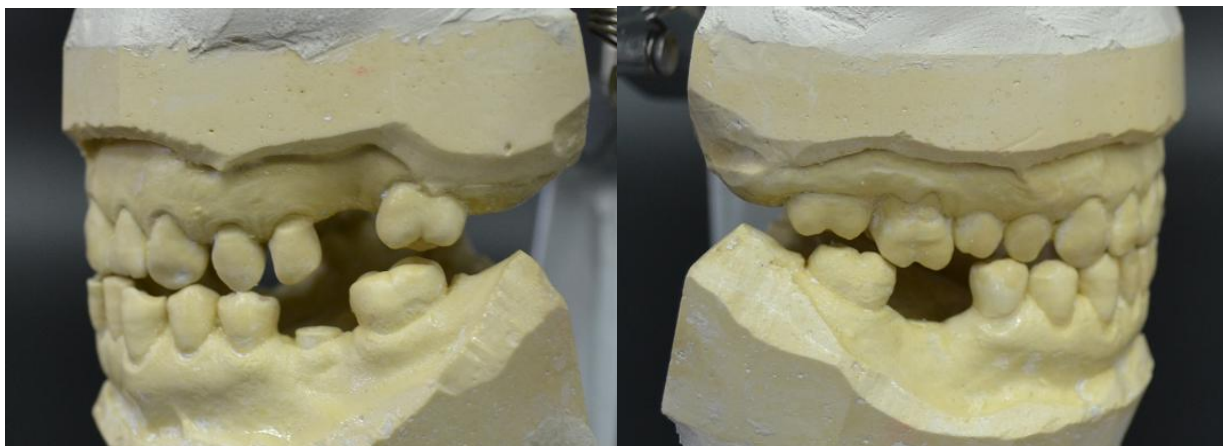


Рисунок 20 –Окклюзионные интерференции на 1.4, 1.6 и 2.4 при протрузии

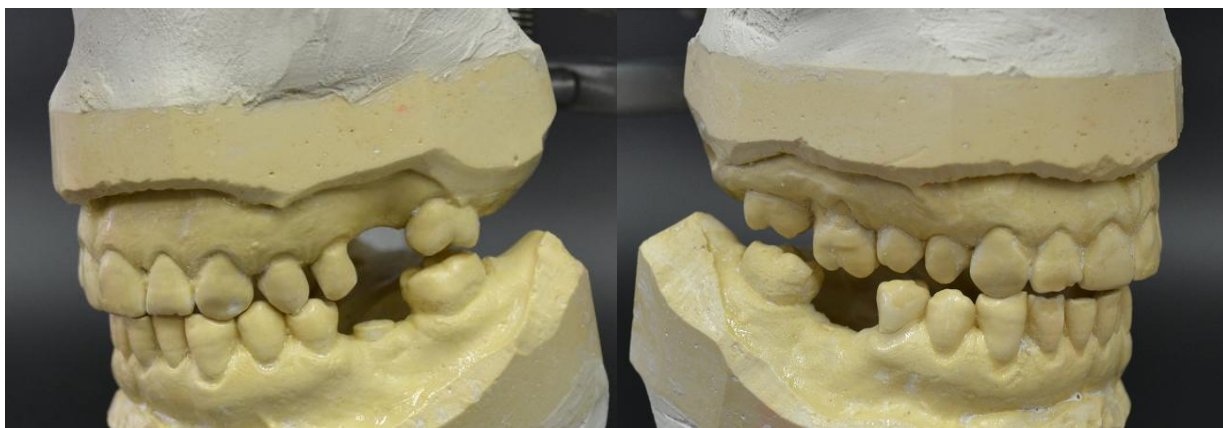


Рисунок 21 –Боковые окклюзии (левосторонняя и правосторонняя)

Для детализации состояния в ВНЧС проведена МСКТ, результаты которой свидетельствовали о наличии сужения верхнего отдела суставного пространства справа, асимметричном расположении суставных головок.

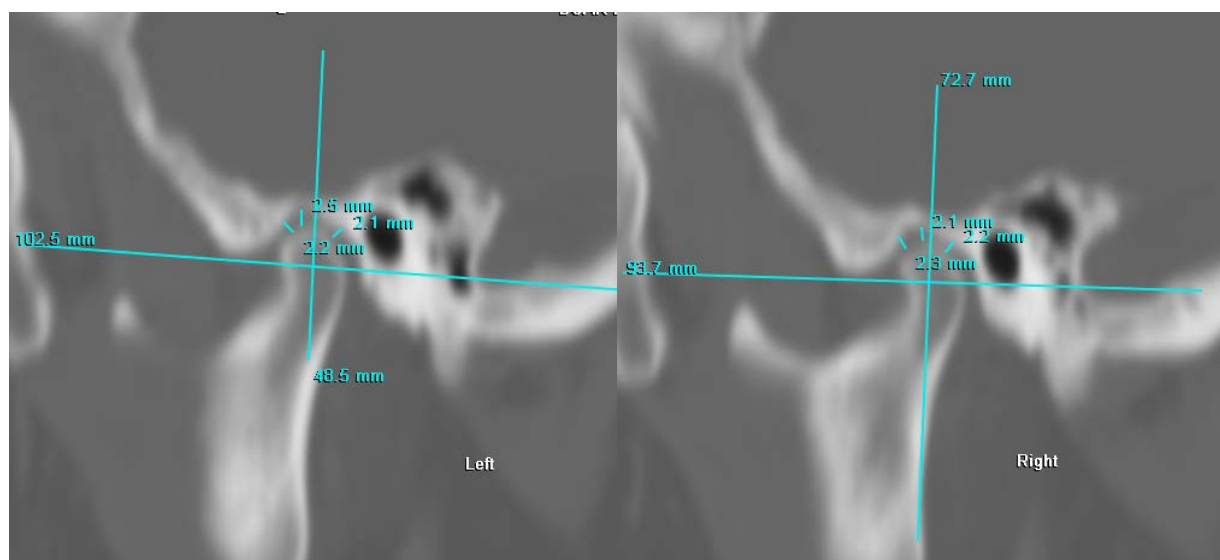


Рисунок 22 –Сагиттальные срезы ВНЧС слева и справа на МСКТ
(до ортопедического лечения)

На основании результатов функционального анализа гипсовых моделей в артикуляторе и расположения суставных головок ВНЧС по данным МСКТ пациентке изготовлена разобщающая окклюзионная шина на верхнюю челюсть. Период лечения шиной занял 7 месяцев, за который пациентка отметила полное купирование жжения языка, восстановление вкусовой чувствительности, улучшение сна. Устранены окклюзионные интерференции.



Рисунок 23 –Пациентка на этапе лечения
с помощью окклюзионной шины

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

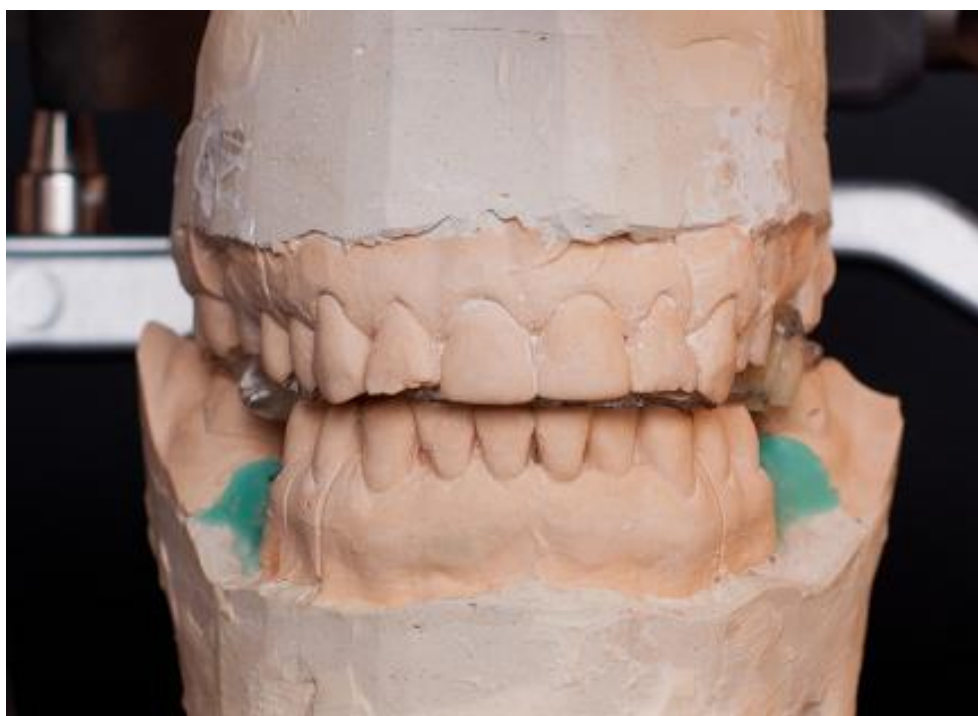


Рисунок 24 – Гипсовые модели челюстей, установленные в артикулятор Bioart 4000 с помощью окклюзионной шины

Ортопедическое лечение проведено с использованием металлокерамического мостовидного протеза и одиночных металлокерамических коронок на имплантатах. После протезирования на моделях выполнено индивидуальное восковое моделирование передней группы зубов. Реставрация последних проведена с использованием силиконовых ключей.



Рисунок 25 –Вид полости рта пациентки Н. после лечения



Рисунок 26 –Вид полости рта пациентки Н. после лечения

После лечения проведена контрольная компьютерная томография ВНЧС, результаты которой свидетельствуют об оптимизации суставных пространств слева и справа.

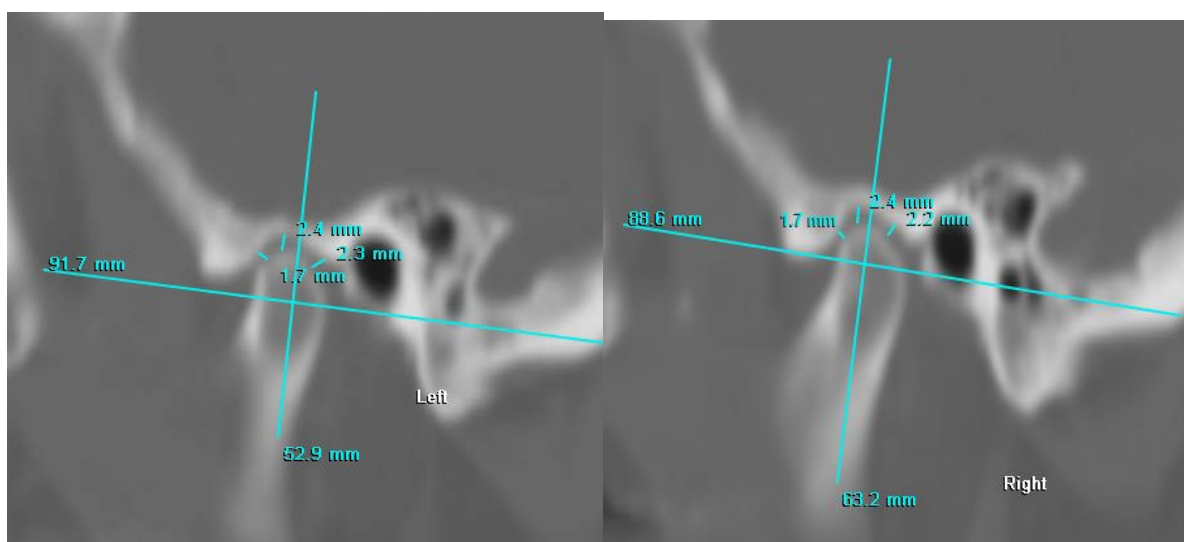


Рисунок 27 – Контрольные компьютерные томограммы ВНЧС
(после ортопедического лечения)

Контрольное обследование через шесть месяцев показало:

Жалобы: отмечает значительное улучшение на слизистой оболочке языка, отсутствие нарушения вкусовой чувствительности.

Объективно: слизистая оболочка языка бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений, безболезненна при пальпации. Отпечатков зубов на языке не отмечено. Открывание рта в полном объёме, патологических хрустов и шумов нет. Клыковые и резцовые пути ведения сохранены. Пальпация жевательных мышц безболезненная.

ИДК=472, ИК=9%.

Скорость секреции ротовой жидкости 0,47 мл/мин, вязкость – 1,39 сП.

После двухэтапного ортопедического лечения пациентки проведено повторное исследование микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка (увеличение среднего показателя перфузии в среднем на 25%):

- 1) кончик языка 23,4 Пф. ед.
- 2) боковая поверхность языка слева 27,5 Пф. ед.
- 3) боковая поверхность языка справа 26,8 Пф. ед.
- 4) вентральная поверхность языка слева 34,9 Пф. ед.
- 5) вентральная поверхность языка справа 37,31 Пф. ед.

ГЛАВА 5.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из важных медико-социальных проблем современной стоматологии являются хронические заболевания слизистой оболочки рта, среди которых достаточно высокую распространённость, в том числе и в Алтайском крае, имеет синдром жжения языка.

В настоящее время многочисленными исследованиями выяснены некоторые этиологические факторы и механизмы развития синдрома жжения языка, предложены методы клинического и лабораторного исследования, различные способы лечения и реабилитации пациентов, результаты которых были отражены в ряде публикаций как отечественных, так и зарубежных исследователей.

При этом проблемы этиологии и патогенеза синдрома жжения языка до конца не изучены, о чём свидетельствует рост количества пациентов с указанным заболеванием и уменьшение его возрастного порога, в связи с чем остаётся большое количество вопросов, связанных с методами диагностики и лечения указанного заболевания.

Анализируя литературные данные и результаты собственных исследований, мы пришли к выводу, что в ряде клинических случаев может выявляться несколько этиологических факторов СЖЯ, и это определённо затрудняет диагностику и, соответственно, лечение пациентов.

В связи с чем, нами была поставлена **цель** исследования – повысить эффективность комплексного лечения пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов.

Для достижения поставленной цели нами сформулированы соответствующие задачи и проведена оценка эффективности проведённого лечения пациентов с синдромом жжения языка в зависимости от причины его развития. Комплекс лечебных мероприятий был направлен на восстановление

функционального состояния слюнных желёз, микробного пейзажа полости рта, кровенаполнения микрососудов слизистой оболочки языка и его чувствительности, а также оптимизации положения нижней челюсти.

Стоматологическое обследование и ортопедическое лечение пациентов с синдромом жжения языка осуществлялось на кафедре ортопедической стоматологии АГМУ (зав. каф. проф. Тупикова Л. Н.).

В третьей главе нашего диссертационного исследования представлены материалы углубленного изучения основных клинико-лабораторных показателей стоматологического статуса у 65 пациентов с СЖЯ, которые сравнивали с аналогичными у 30 пациентов без явлений парестезий языка.

Полученные данные позволили выявить возможные причины развития синдрома жжения языка: фузоспирохетоз, кандидоз, выраженная гипоестрогения в результате постовариэктомического синдрома, несовместимость со стоматологическими материалами и дисфункция ВНЧС.

Интересным, на наш взгляд, явилось то, что у большинства обследованных нами пациентов, причиной жжения, боли и других неприятных ощущений в языке стала дисфункция ВНЧС, поэтому мы акцентировали внимание на указанной группе пациентов.

Пациентам с СЖЯ, обусловленным дисфункцией ВНЧС, проведено одно- и двухэтапное ортопедическое лечение с применением окклюзионной шины. Метод окклюзионного депрограммирования, основанный на выполнении лечения окклюзионными шинами, направлен на достижение наиболее функционального и анатомически стабильного положения суставных головок и миорелаксирующего эффекта на жевательную мускулатуру.

Целью окончательного ортопедического лечения явилось восстановление пространственного положения нижней челюсти, способствующее равномерному распределению жевательной нагрузки и давления на зубные ряды, оптимизации функции глотания и речи, а также устранению травмирующего действия жевания на ткани пародонта и ВНЧС.

Проведённое двухэтапное ортопедическое лечение с применением окклюзионной шины способствовало выраженному снижению интенсивности жжения слизистой оболочки языка (по данным визуальной аналоговой шкалы) со второй до первой степени, а также уменьшению клинических симптомов в височно-нижнечелюстных суставах в 4 раза (по данным индекса дисфункции ВНЧС), подтвердило данные литературы и наши клинические наблюдения о значительном улучшении состояния пациентов после комплексного лечения.

Помимо этого, отмечено существенное улучшение вкусовой чувствительности языка, что выражалось в отсутствии нарушения восприятия вкуса к солёному и кислому раздражителям у 26% обследованных, а также полное её восстановление в большинстве клинических случаев (74%).

Результаты исследования смешанной слюны свидетельствовали об улучшении функциональных показателей слюнных желёз у пациентов с СЖЯ и дисфункцией ВНЧС после ортопедического лечения, что проявлялось усилением скорости секреции смешанной слюны при незначительном уменьшении её вязкости.

Также установлено повышение содержания Na^+ и уменьшение K^+ , что является закономерным при усилении скорости секреции слюны, помимо этого полученные данные согласуются с литературными сведениями некоторых авторов.

Ортопедическое лечение пациентов с СЖЯ, обусловленным дисфункцией ВНЧС, с применением окклюзионной шины оказало положительное влияние на состояние микроциркуляции слизистой оболочки языка, свидетельствующее о существенном повышении среднего показателя перфузии во всех точках исследования (рис. 28, 29). По нашему мнению, оптимизация указанного показателя у обследованных пациентов связана с восстановлением межальвеолярной высоты и объёма собственно полости рта, а также положением языка после проведения ортопедического лечения.

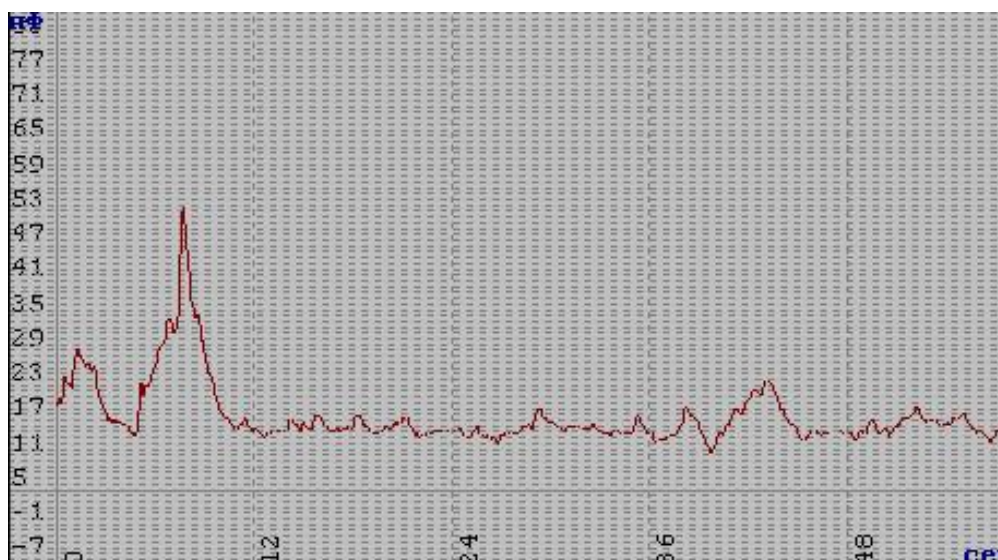


Рисунок 28–ЛДФ-грамма пациентки А. слизистой оболочки
кончика языка до ортопедического лечения



Рисунок 29–ЛДФ-грамма пациентки А. слизистой оболочки
кончика языка после ортопедического лечения

При двухэтапном ортопедическом лечении пациентов с СЖЯ, обусловленным дисфункцией ВНЧС, положение челюстей в максимальной окклюзии зафиксировано с помощью окклюзионной шины, используемой для оптимизации расположения суставных головок. Применение шины-регистратора обеспечивает наиболее точное воспроизведение окклюзии на гипсовых моделях челюстей, установленных в артикулятор (рисунок 30).



Рисунок 30– Гипсовые модели челюстей, установленные в артикулятор с помощью окклюзионной шины-регистратора

После второго этапа комплексного лечения (протетическое восстановление дефектов зубов и зубных рядов) пациентам с СЖЯ выполнена МСКТ ВНЧС для контроля положения мыщелков. Анализ серии сагиттальных и коронарных срезов осуществлялся в центральном положении суставной головки и рассчитывался с обеих сторон для установления симметрии или же её отсутствия.

Симметричное положение височно-нижнечелюстных суставов на сагиттальных и коронарных срезах, а также одинаковые размеры суставной щели способствуют равномерному распределению нагрузки на связки, капсулу и мениск сустава, а также исключают травму сосудистых образований, таких как биламинарная зона, что в совокупности соответствует нормальной лучевой картине.

Подводя итог всем представленным в диссертации результатам, можно констатировать, что под влиянием ряда негативных местных и общих факторов

происходят значительные морфологические и функциональные нарушения как в тканях полости рта, так и в височно-нижнечелюстных суставах.

Эффективность комплексного лечения пациентов с СЖЯ оказывает положительное влияние на клинические, лабораторные и рентгенологические показатели.

Методы диагностического обследования и лечение согласно предложенному алгоритму оказывают благоприятное воздействие на вкусовую рецепцию языка, скорость секреции слюны, состояние микроциркуляторного русла слизистой оболочки языка и височно-нижнечелюстных суставов. А это, в свою очередь, приводит к значительному улучшению состояния пациентов с СЖЯ, а в ряде клинических случаев – их стойкой ремиссии, что способствует длительной ремиссии и предотвращению повторного развития заболевания.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с синдромом жжения языка регистрируется лёгкая степень тяжести воспаления по индексу РМА (36%) и кровоточивости дёсен по Muhleman, Son (24%), нарушение вкусовой чувствительности языка, снижение значений индекса дифференцировки эпителиоцитов, ухудшение среднего показателя микроциркуляции слизистой оболочки языка на 28%. Значения визуальной аналоговой шкалы боли и клинического индекса дисфункции височно-нижнечелюстных суставов соответствуют средней степени тяжести. У 59% пациентов синдром жжения языка сочетался с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов.

2. Согласно результатам мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС у пациентов с синдромом жжения языка определяются: дистальное смещение мыщелков нижней челюсти, их асимметричное расположение на сагиттальных и коронарных срезах. Предложенный способ ортопедического лечения способствует оптимизации расположения внутрисуставных элементов у 53%, а у 47% – к их нормализации.

3. Предложенный способ ортопедического лечения пациентов с синдромом жжения языка, сочетанным с дисфункцией ВНЧС, обеспечивающий нормализацию пространственного расположения нижней челюсти, оказывает положительный эффект на состояние органов и тканей полости рта, подтверждающийся полным восстановлением вкусовой чувствительности языка у 85% обследованных лиц, уменьшением интенсивности неприятных ощущений в языке по данным визуальной аналоговой шкалы на 87%, значений индекса дисфункции ВНЧС в 4 раза, увеличением значений индекса дифференцировки эпителиоцитов, улучшением среднего показателя перфузии слизистой оболочки языка на 21%, положительной динамикой ионного состава смешанной слюны и усилением её скорости секреции на 46%. В итоге, определяется значительное улучшение состояния у 35% и стойкая ремиссия у 65% пациентов в течение 1 года после завершения лечения.

4. Разработанный и применённый алгоритм комплексного обследования пациентов с синдромом жжения языка позволяет выявить причины его развития у 94% обследованных лиц и, тем самым, способствует повышению эффективности их комплексного лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам-стоматологам для установления причины развития синдрома жжения языка у пациентов, наряду с изучением анамнеза, микробиологическим исследованием полости рта, определением совместимости с используемыми конструкционными материалами, необходимо проведение мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС.

2. В комплексную реабилитацию пациентов с синдромом жжения языка необходимо включать ортопедическое лечение, направленное на нормализацию пространственного расположения нижней челюсти, осуществляемую, под контролем мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС.

3. Адаптированную окклюзионную шину, полученную путём многократного пришлифовывания, использовать в дальнейшем как фиксатор окклюзии при ортопедическом лечении пациентов с синдромом жжения языка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдикаримов С.Ж. Уровень стоматологического здоровья у больных глоссалгией. Сборник научных трудов XI Конгресса стоматологов СНГ «Инновации в стоматологии» (15-17 мая). Алматы. – 2013. – С. 98-105.
2. Абуладзе В.Ш. Премедикация пациентов с синдромом жжения полости рта на фоне дисциркуляторной энцефалопатии в амбулаторной практике / В.Ш. Абуладзе, Л.И. Ларенцова, М.Н. Пузин // Российский стоматологический журнал. – 2003. – № 3. – С. 29-33.
3. Анютин Р.Г. Нормативные значения параметров микроциркуляции крови в слизистой оболочке полости носа и ротоглотки по данным лазерной доплеровской флоуметрии / Р.Г. Анютин, С.В. Ивкина, М.А.Апраксин // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2008. – Том 7. - № 3 (27). – С. 23-27.
4. Анализ консультативного приёма на кафедре терапевтической стоматологии АГМУ и современные технологии в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта /С.И. Токмакова, Т.Н. Улько, О.В. Сысоева, О.В. Бондаренко, Л.Ю. Старокожева // Кафедра. – 2009. – № 30-31. – С. 42-46.
5. Артюшенко Н.К. Изменение скорости кровотока при лечении зубочелюстных аномалий / Н.К. Артюшенко, Е.В. Кирсанова, Д.Ш. Девдариани // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 42-43.
6. Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки рта / Г.В. Банченко, Е.В. Боровский, И.М. Рабинович // Терапевтическая стоматология. М.:Медицинское информационное агентство, 2003. – 840с.
7. Борисова Э.Г. Определение скорости кровотока языка изотопным методом у больных глоссалгией / Э.Г. Борисова // Компьютеризация в медицине. – Воронеж, 1996. – С. 16-19.

8. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова // Воронеж: Издательско-полиграфический центр ВГУ, 2011. – 128 с.
9. Борисова Э.Г. Клиническая оценка симптомов глоссалгии у больных с металлокерамическими ортопедическими конструкциями / Э.Г. Борисова, Т.А. Гордеева // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. – № 17 (май). – С. 76-77.
10. Борисова Э.Г. Клинические результаты изучения качества жизни больных с глоссалгией // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1. – С. 20-21.
11. Борисова Э.Г. Немедикаментозная коррекция боли при синдроме жжения полости рта (СЖПР) с использованием фототерапии / Э.Г. Борисова // Институт стоматологии. – 2012. – № 1. – С. 104-105.
12. Будылина С.М. Влияние эмоционально-напряженной деятельности на сенсорные и секреторные процессы в полости рта / С.М. Будылина и др. // Физиология человека. – 2006. – Том 32. №6. – С. 129-132.
13. Булычёва Е.А. Изучение рентгенологических изменений при дисфункциях височно-нижнечелюстных суставов, осложнённых парафункцией жевательных мышц / Е.А. Булычёва // Институт стоматологии. – 2008. – № 1. – С. 42-43.
14. Булычёва Е.А., Трезубов В.Н. Использование механической аксиографии у больных с дисфункциями височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), осложнёнными парафункциями жевательных мышц. Часть 1. / Е.А. Булычёва, В.Н. Трезубов // Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 78-81.
15. Булычёва Е.А. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц (часть III) / Е.А. Булычёва, С.О. Чикун, В.Н. Трезубов, А.С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2012. – № 2 (55). – С. 62-64.
16. Вдовина Л.В. Предварительные клинические результаты применения препарата «Ликозоль» в комплексном лечении глоссалгии / Л.В. Вдовина // Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции «Труды VII съезда СТАР» (9-12 сентября). – М., 2002. – С. 255-256.

17. Влияние гальваноза на развитие кандидоза полости рта / Л.Д. Гожая, Я.М. Ножницкая, Т.Г. Исакова // Стоматология для всех. – 2007. – № 1. – С. 22-26
18. Ганисик А.В. Оптимизация процесса адаптации к съёмным пластиночным протезам женщин в постменопаузальный период / А.В. Ганисик, О.В. Орешака, А.И. Гальченко, И.В. Щербаков // Институт стоматологии. – 2012. – №2 (55). – С. 74-75.
19. Гелетин П.Н. Сравнительная характеристика способов лучевой визуализации височно-нижнечелюстного сустава / П.Н. Гелетин, Д.В. Рогацкий // Институт стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 56-57.
20. Герасименко М. Ю., Кувшинов Е. В., Турбина Л. Г., Филатова Е. В., Гришина Н. В. Комплексная реабилитация больных с миофасциальными болевыми синдромами височно-нижнечелюстного сустава / М.Ю. Герасименко, Е.В. Кувшинов, Л.Г. Турбина, Е.В. Филатова, Н.В. Гришина // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 10-13.
21. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства / В.Я. Гиндинкин // – М., 2001. – 256 с.
22. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии / Л.Д. Гожая // М.: Медицина, 1988. – 160 с.
23. Гожая Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов / Л.Д. Гожая // Методическое пособие для врачей. М., 2000. – 32 с.
24. Гожая Л.Д. Функциональные нарушения слюны при токсико-химическом стоматите, обусловленном металлическими протезами / Л.Д. Гожая, Т.Ю. Талай, Т.И. Арунов // Стоматология для всех. – 2010. – № 3. – С. 17-19.
25. Гоман М.В. Влияние окклюзионных шин на изменение положения мышечков ВНЧС, определяемые ArcusDigma (KAVO) / М.В. Гоман, Т.В. Азиев, З.А. Матаев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3-4. – С. 19-21.

26. Гордеева В.А. Обоснование применения гирудотерапии в лечении парестезии слизистой оболочки рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Гордеева. – 2005. Санкт-Петербург. – 25 с.
27. Гришина Н.В. Психологические и нейрофизиологические особенности пациентов с синдромом жжения полости рта / Н.В. Гришина // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. – М.: Медицина, 1999. – Т.1. – С. 39-41.
28. Гришков М.С. Комплексная лечебно-реабилитационная программа при миофасциальной болевой дисфункции лица / М.С.Гришков // Клиническая неврология. – 2010. – № 2 – С. 32-36.
29. Губайдулина Е.Я. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстных суставов / Е.Я. Губайдулина, Л.Н. Цегельник, Ю.И. Чергештов // Стоматология. – 2000. – № 1. – С. 27-30.
30. Густов А.В., Котов С.А., Контрщикова К.Н., Потехина Ю.П. Озонотерапия в неврологии / А.В. Густов, С.А. Котов, К.Н. Контрщикова, Ю.П. Потехина // Н. Новгород, 1999. – 179 с.
31. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний // М.: Стоматология, 2001. – 272 с.
32. Джаханара С., Персии Л.С., Матвеев В.М. Нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дистальной окклюзией / С. Джаханара, Л.С. Персии, В.М. Матвеев // М.: Ортодонтия, 2003. — № 2 (22). – С. 33-37.
33. Духовская Н.Е. Особенности планирования ортопедического лечения больных с непереносимостью акриловых пластмасс: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Е. Духовская. – 2002. Ставрополь. – 24 с.
34. Ефанов О.Н., Дзаганова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических заболеваний / О.Н. Ефанов, Т.Ф. Дзаганова // М.: Медицина, 1980. – 296 с.

35. Жолудев С.Е. Козицина С.И., Баньков В.И. Использование импульсных сложномодулированных электромагнитных полей при лечении воспалительных явлений слизистой оболочки протезного ложа / С.Е. Жолудев, С.И. Козицина, В.И. Баньков // Стоматология. – 1996. – Спец. вып. – С. 56-57.

36. Зайцева А.Г. Диагностика и лечение гальванизма в полости рта / А.Г. Зайцева // Современные проблемы стоматологии: пути решения. – СПб: ГОУ ДПО СПбМАПО, 2008. – С. 64-68.

37. Золотарёв А.С., Кипарисова Е.С. Клинические особенности стомалгии / А.С. Золотарёв, Е.С. Кипарисова // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2011. – № 1. – С. 67-68.

38. Ивасенко П.И., Савченко Р.К., Мискевич М.И., Фелькер В.В. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / П.И. Ивасенко, Р.К. Савченко, М.И. Мискевич, В.В. Фелькер // СПб: ООО «МЕДИ издательство», 2007. – 80 с.

39. Иорданишвили А.К. Клинико-функциональное состояние слизистой оболочки полости рта у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, Е.В. Филиппова, Д.А. Либих, Г.А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С. 80-81.

40. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили // М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.

41. Иорданишвили А.К. Стомалгии у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения / А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих, Г.А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 50-53.

42. Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Воложин А.И. – Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение: монография / Л.Н. Казарина, Л.В. Вдовина, А.И. Воложин // Издательство Нижегородской госмедакадемии. – 2008. – 124 с.

43. Казарина Л.Н., Пылаева С.И., Вдовина Л.В. Состояние микробиоценоза слизистой оболочки языка у больных глоссалгией / Л.Н.

Казарина, С.И. Пылаева, Л.В. Вдовина // Нижегородский медицинский журнал, специальный выпуск № 2. – Нижний Новгород, 2003. – С. 112-114.

44. Казарина Л. Н., Сашкина Т. И., Воложин А. И. Роль механизмов резистентности полости рта в патогенезе глоссалгий / Л.Н. Казарина, Т.И. Сашкина, А.И. Воложин // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 32-34.

45. Казарина Л.Н., Толкачева Н.И., Маянская И.В. Состояние реактивности ротовой жидкости у больных глоссалгией / Л.Н. Казарина, Н.И. Толкачева, И.В. Маянская // Нижегородский медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С.13-16.

46. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твёрдых тканей зубов / Х.А. Каламкаров // М.: МИА, 2004. – 172 с.

47. Караев З.О., Лебедева Т.Н. Патогенез кандидоза и аллергии к грибам рода *Candida* / Баку: Тэбиб // 2007. – 215 с.

48. Карлов В.А. Неврология лица / В.А. Карлов // М.: Медицина, 1991. – 287 с.

49. Кожевников С.В., Вальков В.А. Синдром жжения полости рта: причины, дифференциальная диагностика / С.В. Кожевников, В.А. Вальков // Институт стоматологии. – 2012. – № 1. – С. 96-97.

50. Колмогоров С.Н., Новиков В.П., Семенников В.И. Рентгенологические методы исследования в стоматологии / С.Н. Колмогоров, В.П. Новиков, В.И. Семенников // Методическое пособие. Барнаул, 1997. – 35 с.

51. Колтунов А.В. Топографо-анатомические взаимоотношения связочного аппарата и капсулы височно-нижнечелюстного сустава при различных состояниях окклюзии / А.В. Колтунов // Институт стоматологии. – 2010. – № 1– С. 96-98.

52. Крашенюк А.И. Волновые эффекты медицинских пиявок / А.И. Крашенюк, С.В. Крашенюк, К.Г. Коротков, Д.И. Фролов // Сборник: Гирудотерапия и гирудотерапия. – 2002. – Т.4. – С. 79-96.

53. Крупаткина А.И., Сидорова В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови / А.И. Крупаткина, В.В. Сидорова // М.: Медицина, 2005. – 125 с.
54. Куликов В.П. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / В.П. Куликов // 1-е издание. М.: ООО Фирма «СТРОМ», 2007. – 512 с.
55. Куприянов И.А. Глоссалгия при дисплазии соединительной ткани / И.А. Куприянов, О.Н. Куприянова, И.Г. Пономарёва, П.В. Лысаков // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XIV. – № 3. – С. 100-102.
56. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы / Г.Н. Крыжановский // М.: Медицина, 1997. – 349 с.
57. Ларенцова Л.И. Антидепрессанты для терапии синдрома жжения полости рта // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и Труды I-го Общеευропейского стоматологического конгресса. – М. – 2007. – С. 20-24.
58. Лебедев К.А. Непереносимость зубопротезных материалов / К.А. Лебедев, А.В. Митронин, И.Д. Понякина // – М.: Либроком, 2010. – 208 с.
59. Лебеденко И.Ю. Проведение комплексной реабилитации у пациента с повышенным генерализованным стиранием зубов с синдромом дисфункции ВНЧС / И.Ю. Лебеденко, М.М. Антоник, Ю.А. Калинин // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 42 - 46.
60. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М. Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы / И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник // М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 80 с.
61. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М., Ступников А.А. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы / И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник, А.А. Ступников // М: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.
62. Лиманский Ю.П. Физиология боли / Ю.П. Лиманский // Киев: Здоровье, 1986. – 96 с.

63. Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологии / Н.К. Логинова // – М.: «Партнёр», 1994. – 80 с.
64. Люлякина Е.Г. Заболевания полости рта у лиц пожилого и старческого возраста / Е.Г. Люлякина, Ю.В. Чижов // Клиническая геронтология. – 2011. – № 1-2. – С. 35-39.
65. Маренкова М.Л. Значение показателей цитокинов ротовой жидкости в развитии воспалительных процессов в тканях полости рта при явлениях непереносимости зубных протезов / М.Л. Маренкова, С.Е. Жолудев, М.В. Григорьева // Институт стоматологии. – 2007. – № 3 (36). – С. 56-57.
66. Минаев С.С., Малый А.Ю., Джириков Ю.А. Конструкционные особенности цельнолитых металлокерамических протезов для дифференциальной диагностики этиологии аллергической реакции // Dental Forum. – 2008. – №2. – С. 68-72.
67. Михайлова Е.С. Современные возможности диагностики непереносимости стоматологических конструкционных материалов / Е.С. Михайлова // Пародонтология. – 2013. – № 1 (66). – С. 64-67.
68. Михайлова Е.С. Соматический статус и психоэмоциональное состояние больных с синдромом ротового жжения, возникшим после ортопедического лечения / Е.С. Михайлова, И.В. Кулик, Н.В. Катковник // Российский семейный врач. – 2006. – Том 10. – № 2. – С. 31-34.
69. Мороз Б.Т. Изменение психоэмоционального статуса больных парестезией слизистой оболочки полости рта старших возрастных групп / Б.Т. Мороз, Б.В. Андреев, Л.В. Миргородская, И.В. Кулик, Е.Ю. Пономарева // Институт Стоматологии. – 2003. – № 18. – С. 24-26.
70. Морозова С.В. Перспективные направления медикаментозной терапии воспалительных заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки / С.В. Морозова // Южно-Российский медицинский журнал. – 2003. – № 5-6. – С. 9-12.
71. Морфологическая оценка дисфункции височно-нижнечелюстного сустава по данным лучевой диагностики / А.В. Цимбалистов, Т.А.

Лопушанская, И.В. Войтяцкая, А.В. Колтунов, М.Е. Макогонова // Институт стоматологии. – 2010. – № 2. – С. 19 – 21.

72. Назаров В.М., Трошин В.Д., Степанченко А.В. Нейростоматология / В.М. Назаров, В.Д. Трошин, А.В. Степанченко // М.: Академия, 2008. – 256 с.

73. Николаенко Е.В. Психокоррекция при синдроме жжения полости рта /Е.В. Николаенко, М.Н. Пузин, М.В. Голубев // Клиническая неврология. – 2009. – № 4. – С. 18-20.

74. Николенко Л.В. Коррекция нарушений височно-нижнечелюстного сустава при дистальных сдвигах нижней челюсти / Л.В. Николенко, В.В. Коннов, В.Н. Николенко, А.В. Лепилин, Л.В. Музурова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 2. – С. 21-23.

75. Олешко В.П. Методы индивидуального подбора и изучения влияния на организм пациентов конструкционных стоматологических материалов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / В.П. Олешко. – Екатеринбург, 2000. – 28 с.

76. Онопа Е.Н. Использование трехмерной визуализации челюстно-лицевой области при исследовании височно-нижнечелюстного сустава / Е.Н. Онопа, С.А. Печенин //Российский стоматологический журнал. – 2004. – №6. – С. 34-39.

77. Онопа Е.Н., Евдокимов С.Н. Изменение относительной оптической плотности костной ткани головки нижней челюсти у больных с частичным отсутствием зубов, снижением высоты нижнего отдела лица и дистальной окклюзией при наличии и отсутствии дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Е.Н. Онопа, С.Н. Евдокимов // Институт стоматологии. – 2013. – №1 (58). – С. 72-75.

78. Орлов М.Н. Изменение дискриминационной чувствительности слизистой оболочки языка у больных глоссалгией, получающих лечение с применением чрескожной электростимуляции / М.Н.Орлов // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы клинической стоматологии». Ставрополь, 1997. – С. 54-56.

79. Ортопедическое лечение при дистальном смещении нижней челюсти / Х.А. Каламкар, Ф.Ф. Лосев, С.О. Чикунов, В.В. Маргелашвили и др. // Стоматология. – 1993. – С. 49-53.

80. Писаревский Ю.Л., Хышиктуев Б.С., Белокриницкая Т.Е., Семенюк В.М., Холмогоров В.С. Современные представления о патогенезе болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин / Ю.Л. Писаревский, Б.С. Хышиктуев, Т.Е. Белокриницкая, В.М. Семенюк, В.С. Холмогоров // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 40-42. .

81. Подкорытов Ю.М. Использование методики ЧЭНС в комплексном лечении нейростоматологических заболеваний / Ю.М. Подкорытов, Е.Ю. Подкорытов, О.В. Ключников, Д.С. Бессчастный // Вести стоматологии. – 2011. – 1 (03). – С. 67-68.

82. Потапов В.П. Комплексный подход к диагностике и лечению нарушений функциональной окклюзии / В.П. Потапов // Институт стоматологии. – 2008. – № 4. – С. 44 – 45.

83. Потапов И.В. Клинико-рентгенологические особенности диагностики окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома височно-нижнечелюстного сустава / И.В. Потапов, В.П. Потапов, М.И. Садыков // Институт стоматологии. – 2008. – № 3. – С. 44-45.

84. Правдивцев В.А. Патологические процессы, инициированные металлокерамическими зубными протезами / В.А. Правдивцев, В.Р. Шашмурина, С.К. Кириллов, Н.С. Савашинская, А.В. Иванов, Г.А. Морозова // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 3. – С. 30-33.

85. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания / М.Н.Пузин // М.: Медицина, 1997. – 367 с.

86. Пузин М.Н., Голубев М.В. Психофармакотерапия и психотерапия при синдроме жжения полости рта / М.Н. Пузин, М.В. Голубев // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С. 10-12.

87. Пузин М.Н. Клинические подходы к диагностике и лечению синдрома жжения полости рта в стоматологической практике / М.Н. Пузин, Е.С. Кипарисова, М.А. Котова, А.Г. Гараева // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 32-35.

88. Пузин М.Н., Степанченко А.В., Турбина Л.Г. Нервные болезни / М.Н. Пузин, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина // М.: Медицина, 1997. – 334 с.

89. Пузин М.Н. Центральные и периферические механизмы синдрома жжения в полости рта / М.Н. Пузин, О.С. Шубина, Р.Г. Марулиди // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 34-40.

90. Рабинович И.М. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки полости рта / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко, О.Ф. Рабинович, Е.В. Иванова, Е.Г. Сабанцева, О.И. Ефимович // Стоматология. – 2002. – №5. – С. 48-50.

91. Рединов И.С. Интерпретация стоматологической и соматической характеристик пациентов с непереносимостью металлических включений в полости рта / И.С. Рединов, С.В. Кожевников // Институт стоматологии. – 2012. – № 4. – С. 70-71.

92. Рединов И.С. Критерии непереносимости металлических конструкций в полости рта / И.С. Рединов, С.В. Кожевников // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 40-41.

93. Рединова Т.Л. Информативность диагностических методов оценки «непереносимости металлических включений» в полости рта / Т.Л. Рединова, С.В. Егорова, Г.Я. Камашев, О.О. Биктимерова и др. // Практическая медицина. – Казань, 2009. – № 1(33). – С. 95-97.

94. Рединова Т.Л., Никифорова Ю.Н. Частота неблагоприятных местных и общих факторов при глоссалгии / Т.Л. Рединова, Ю.Н. Никифорова // Материалы научно-практической конференции «Достижения и перспективы в стоматологии». – М., 2000. – С. 219-223

95. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова // М.: Медицина, 2004. – 408 с.

96. Самедов Т.И., Иванов Ю.В. Двигательная дисфункция нижней челюсти / Т.И. Самедов, Ю.В. Иванов // СПб: СпецЛит, 2008. – 46 с.
97. Сёмкин В.А., Рабухина Н.А., Волков С.И. Патология височно-нижнечелюстных суставов / В.А. Сёмкин, Н.А. Рабухина, С.И. Волков // М.: Практическая медицина, 2011. – 168 с.
98. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека / Р.Д. Синельников // М.: Медицина, 2008. – Том III. – 216 с.
99. Скуридин П.И., Пузин М.Н. Клиническое изучение электросна и возможности его применения в качестве средства терапии при синдроме жжения полости рта / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин // Новое в стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 63-65.
100. Скуридин П.И. Психоземotionalные нарушения и личностные характеристики больных с синдромом жжения полости рта / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин, М.В. Голубев // Клиническая неврология. – 2010. – № 2. – С. 26–28.
101. Скуридин П. И. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин, Е.В. Николаенко // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 28-30.
102. Скуридин П.И. Синдром жжения полости рта как психосоматическая проблема / П.И. Скуридин, М.Н. Пузин, Г.Л. Сорокоумов // Стоматология для всех. – 2010. – № 3. – С. 16-19.
103. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильев // МЕДпресс-информ. – 2006. – 128 с.
104. Степанченко А. В., Гречко В. Е., Нейматов Э. М. Краниальные нервы в норме и при патологии / А.В. Степанченко, В.Е. Гречко, Э.М. Нейматов // М.: МНПИ, 2001. – 239 с.
105. Сурдина Э.Д. Сопоставление гистоморфологической картины слизистой оболочки рта больных красным плоским лишаем с показателями оптической когерентной томографии и лазерной доплеровской флоуметрии

(часть II) / Э.Д. Сурдина, А.В. Цимбалистов, А.М. Герасимов, И.Ю. Якубов // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С. 92-93.

106. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнёв Л.М., Фадеев Р.А. Отропедическая стоматология (факультетский курс) / В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнёв, Р.А. Фадеев // Учебник для студентов медицинских вузов. Под ред. Заслуженного деятеля науки РФ проф. В.Н. Трезубова. – 8-е изд., перераб. и доп. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2010. – 656 с.

107. Тулкин В.Н. Органы вкуса и диагностика нарушений вкусовой чувствительности / В.Н. Тулкин, В.И. Бабияк // Российская оториноларингология. – 2009. – №3. – С. 103-112.

108. Успенская О.А., Плишкина А.А., Казарина Н.В., Шевченко Е.А. Сухость в полости рта: учебное пособие / О.А. Успенская и др. // – Н. Новгород, НГМА, 2007. – 32 с.

109. Филиппова Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка у людей пожилого и старческого возраста. Е.В Филиппова, А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих // Пародонтология. – 2013. – № 2 (67). – С. 69-72.

110. Хайрутдинова А.Ф. Электромиографическое исследование функционального состояния жевательной группы мышц при мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.Ф. Хайрутдинова, Л.П. Герасимова, И.Н. Усманова // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88. – № 5. – С. 440-443.

111. Харитонова М.П. Дифференциально-диагностические признаки чувствительных синдромов языка / М.П. Харитонова // Сборник научных трудов Всероссийского симпозиума «Стоматология XXI: новейшие технологии и материалы». – Пермь. – 2000. – С. 107-109.

112. Харитонова М.П. К вопросу о лечении глоссопатии / Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова, Н.В. Грачева, С.С. Григорьев // Труды VI Съезда стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 283-285.

113. Хватова В.А. Клиническая гнатология / В.А. Хватова // – М.: Медицина, 2008. – 296 с.

114. Хватова В.А. Оклюзионные шины (современное состояние проблемы). – М.: МИГ «Медицинская книга», 2012. – 56 с.
115. Хитров В.Ю. Особенности течения миофасциального болевого дисфункционального синдрома у лиц с шейным остеохондрозом / В.Ю. Хитров В, Е.Н. Силантьева // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 13-15.
116. Хитров В. Ю., Хамидуллина С.А. Глоссалгия: (Клиника, диагностика, лечение) / В.Ю. Хитров, С.А. Хамидуллина // – Казань, 1998. – 72 с.
117. Цимбалистов А.В. Проблема диагностики и лечения гальванизма в полости рта / А.В. Цимбалистов, В.Л. Ласка, А.Г. Быстров, А.Г. Зайцева, А.А. Лобановская, Е.С. Михайлова // Панорама ортопедической стоматологии. – 2001. – июнь. – С. 13-16.
118. Цимбалистов А.В. Факторы местной иммунореактивности у больных с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов / А.В. Цимбалистов, Е.С. Михайлова, Н.В. Шабашова, Е.В. Фролова, С.М. Игнатьева // Институт стоматологии. – 2005. – № 26. – С. 66-68.
119. Шабашова Н.В. Оценка монотерапии иммуномодулятором «Гепон» у пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов / Н.В. Шабашова, Е.С. Михайлова, Е.В. Фролова, А.В. Цимбалистов // Клиническая стоматология. – 2006. – С. 50-54.
120. Шашмурина В.Р. Роль цитокинов в патогенезе синдрома жжения рта, инициированного ортопедическим лечением / В.Р. Шашмурина, В.А. Правдивцев, Е.В. Слабкая, Н.С. Савашинская // Российский стоматологический журнал. – 2012. – №2. – С. 35-37.
121. Шилов С.Н. Патофизиология для стоматолога / С.Н. Шилов, И.Г. Рагинене, Л.В. Федюкович, Е.Ю. Сергеева, Ю.А. Фефелова, Г.М. Климина, Я.В. Бардецкая // Учебное пособие. – Красноярск. Университет, 2005. – 204 с.

122. Шумский А.В., Мацкевич А.А., Юрченко С.Ю. Синдром жжения полости рта / А.В. Шумский, А.А. Мацкевич, С.Ю. Юрченко // Монография. Самара, СМИ «РЕАВИЗ». –2011. – 132 с.
123. Юрченко С.Ю. Нарушение окклюзионных взаимоотношений как причина синдрома жжения полости рта / С.Ю. Юрченко, А.В. Шумский, А.А. Мацкевич // Клиническая стоматология. – 2011. – № 3 (58). – С.75-78.
124. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е.С. Яворская // – К.: Медкнига, 2007. – 56 с.
125. Ямашев И.Г. Клиническая лингвалогия / И.Г. Ямашев // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с.
126. ADA. Burning mouth syndrome. J Am. Dent. Assoc., 136:1191, 2005.
127. Al Quran FA. Psychological profile in burning mouth syndrome // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2004. –Mar; 97[3]: 339-44.
128. Basker R. M., Main D. M. // Spec. Care Dentistry. – 1991. – Vol. 11, № 3. – P.89-96.
129. Bergdahi J.,Anneroth G.,Perris H. Gognitive therapy in the treatment of patiens with resistant burning mouth syndrome. J Oral Pathol Med: 1995,24:5:213-215.
130. Bogette F., Maina G., Ferre G. Psihiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome//Psychosom. M e d – 1998. – Vol. 60, №3. – P. 378-385.
131. Bonfils P., Peignard P., Malinvaud D. Cognitive-behavioral therapy in the burning mouth syndrome—a new approach // Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2005 Jun; 122(3): 146-9.
132. Botha P.J, van der Bijl P, van Eyk AD. A literature review and pilot study to characterise the treatment of burning mouth syndrome // SADJ. 2001 Aug; 56[8]: 353 – 358.
133. Buchanan J., Zakrzewska J. Burning mouth syndrome. //Clin Evid. 2004. – Dec; [12]: 1899–905.

134. Bumann A., Lotzmann U. Color atlas of dental medicine – TMJ disorders and orofacial pain. Thieme. – 2003.
135. Cann A.L. Maintaining women's oral health / A.L. Cann, L. Bonci // USA Dent. Clin. North Am J. – 2001. – Vol. 45. – № 3. – P. 571-601.
136. Carlson C.R, Miller C.S, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. //J Orofac Pain. 2000 Winter; 14[1]:59 – 64.
137. Chen, Q.; Xia, J.; Lin, M.; Zhou, H. and Li, B. Serum interleukin-6 in patients with burning mouth syndrome and relationship with depression and perceived pain. Mediators Inflamm., 2007:45327, 2007.
138. Danhauer S.C, Miller C.S, Rhodus N.L, Carlson CR. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. //J Orofac Pain. 2002. Fall; 16[4]: 305 – 11.
139. Friedlander A.H. The physiology, medical management and oral implications of menopause / A.H. Friedlander // J. Am Dent. Assoc. – 2002. – Vol. 133, № 1. – P. 73-81.
140. Giudice. M. Mouths on fire: Drug induced burning mouth syndrome. C P J / R PC; 141:132-4. 2008.
141. Glossodynia: Personality, characteristics and psychopathology / G. Trikkas, O. Nicolatou, C. Samara et al. // Psychoter Psychosom. – 1996. – Vol. 65. – P. 163-8.
142. Gremeau-Richard C, Woda A, Navez M.L. Topical clonazepam in stomatodynia: a randomised placebo-controlled study. //Pain. 2004 Mar; 108(1-2): 51-7.
143. Hakeberg M, Hallberg LR, Berggren U. Burning mouth syndrome: experiences from the perspective of female patients. //Eur J Oral Sci. 2003 Aug; 111[4]: 305 – 11.
144. Ide Y, K.Nakazawa, T.Hongo ,J.Tateishi. Anatomical Atlas of the Temporomandibular Joint. 2001 by Quintessence Co., Ltd. Tokyo, Japan. 116 p.

145. Kanchan, R.; Patil, K. R. and Sathawane, R. S. Burning mouth syndrome: Clinical Dilemma? J. Oral Med. Oral Radiol. 20: 129-33, 2008.
146. Kuttilla M. et al. // J. Orofac. Pain. – 1998. – Vol. 12, № 1. – P. 67-74.
147. Lamey P.L., Lewis M.A. Oral medicine in practice: Burning mouth syndrome// British Dental Journal. – 1989. – Vol. 167. – 6. – P. 196 - 200.
148. Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F., Lucero-Berdugo M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. //J Oral Pathol Med. 2008 Aug; 37(7): 389-94.
149. Maina G, Vitalucci A, Gandolfo S, Bogetto F. Comparative efficacy of SSRIs and amisulpride in burning mouth syndrome: a single-blind study. //J Clin Psychiatry. 2002 Jan; 63[1]:38–43.
150. McDonald J.S. The burning mouth. // J Calif Dent Assoc. 2007 Jun; 35[6]:397 – 404.
151. McEwen B.S. Estrogen actions in the central nervous system / B.S. McEwen, S. E. Alves // Endocr Rev 1999. – Vol. 20, № 3. – P. 279–307.
152. Maresky K. S., Van der Biyl P., Gird I. // Oral Surg. – 1993. – Vol. 75, № 3. – P. 308-311.
153. Marino R., Capaccio P., Pignataro L., Spadari F. Burning mouth syndrome: the role of contact hypersensitivity. //Oral Dis. 2009 May; 15[4]:255 – 258.
154. Marxkors M. – Psychosomatik in der Zahnheilkunde, M: Newdent, 2008, 141 p.
155. Moore PA, Guggenheimer J, Orchard T. Burning mouth syndrome and peripheral neuropathy in patients with type 1 diabetes mellitus // J Diabetes Complications. 2007 Nov-Dec; 21[6]: 397 – 402.
156. Moura MD, Senna MI, Madureira DF, et al. Oral adverse effects due to the use of Nevirapine //J Contemp Dent Pract. 2008 Jan 1; 9[1]: 84 – 90.
157. Nasri C, Teixeira MJ, Okada M, et al. Burning mouth complaints: clinical characteristics of a Brazilian sample // Clinics 2007 Oct; 62[5]: 561 – 566.

158. Pokupec-Gruden JS, Cekić–Arambasin A, Gruden V. Psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis // Coll Antropol. 2000 Jul; 24 Suppl 1: 119–26.
159. Pekiner FN, Gumru B, Ozbayrak S. Efficacy of moclobemide in burning mouth syndrome: a nonrandomized, open-label study // J Orofac Pain. 2008 Spring; 22[2]: 146–52.
160. Pinto A, Sollecito TP, DeRossi SS. Burning mouth syndrome. A retrospective analysis of clinical characteristics and treatment outcomes. //N Y State Dent J.2003 Mar; 69[3]:18–24.
161. Regezi J.A. Patologia bucal / J.A. Regezi, J. Sciubba. – Mexico: Interamericana S.A. – Mc Graw-Hill Editores, 1995. – 346 p.
162. Sandyk R. Estrogen's impact on cognitive functions in multiple sclerosis / R. Sandyk // Int. J. Neurosci. – 1996. – Vol. 86. – P. 23–31.
163. Terai, H. and Shimahara, M. Tongue pain: burning mouth syndrome vs Candida associated lesion. Oral Dis., 13:440-2, 2007.
164. Ueda N, Kodama Y, Hori H, Umene W, Sugita A, Nakano H, Yoshimura R, Nakamura J. Two cases of burning mouth syndrome treated with olanzapine. //Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Jun;62[3]: 359–61.
165. Vimpari S. S., Knuuttila M. L., Sakki T. K., Kivelea S. L. // Psychosom Med. – 1995. – Vol. 57, № 5. – P.439-444.
166. Zakrzewska J.M. Glenny A.M. Intervention for treatment of burning mouth syndrome // Oral. Surg. - 2003. - Vol. 43, №3. - P. 125-137.
167. Zakrzewska J.M. Women as dental patients: Are there any gender differences? / J.M. Zakrzewska // Int. Dent. J. – 1996. – Vol. 46. – P. 548-57.
168. Gao J, Chen L, Zhou J, Peng J (2009). A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. J Oral Pathol Med, 38 (1): 24-28.
169. Oh R, Brown DL (2003). Vitamin B₁₂ deficiency. Am Fam Physician, 67 (5): 979-986.

170. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A (2007). Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 103 (Suppl 1): 539.e1-539.e13.

171. Paul F. Introduction mechanisms of metal toxicity special issue. Chem. Res. Toxicol. 2010; 23 (2): 292-3.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2517943

СПОСОБ РЕГИСТРАЦИИ МАКСИМАЛЬНОЙ
ОККЛЮЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛОССОДИНИЕЙ

Патентообладатель(ли): *Защихин Евгений Николаевич (RU),
Орешака Олег Васильевич (RU), Мартянова Людмила
Ивановна (RU)*

Автор(ы): *Защихин Евгений Николаевич (RU), Орешака Олег
Васильевич (RU), Мартянова Людмила Ивановна (RU)*

Заявка № 2013113491

Приоритет изобретения 26 марта 2013 г.

Зарегистрировано в Государственном реестре
изобретений Российской Федерации 07 апреля 2014 г.

Срок действия патента истекает 26 марта 2033 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Б.П. Симонов



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ГБОУ ВПО АГМУ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ)
пр. Ленина, 40, г. Барнаул, 656038
Тел. (3852) 368848, факс (3852) 366091
E-mail: rector@agmu.ru; http://www.agmu.ru
ОКПО 01962853, ОГРН 1022201762164;
ИНН 2225003156, КПП 222501001

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ГБОУ ВПО «Алтайский
государственный
медицинский
университет»

Министерства здравоохранения России

д.м.н., проф. В.М. Брюханов

«6» сентября 2013 г.



АКТ

внедрения в учебную работу студентов

стоматологического факультета результатов

научно-исследовательской работы Зашихина Евгения Николаевича

«Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических
показателей при лечении пациентов с глоссодинией»

Мы, ниже подписавшиеся, комиссия в составе: председателя – заместителя проректора по учебной работе, к.м.н., доцента И.Е. Бабушкина, и членов – заведующей кафедрой ортопедической стоматологии, д.м.н., профессора Л.Н. Тупиковой, доцента кафедры ортопедической стоматологии, к.м.н. М.В. Швеца, удостоверяем, что результаты научно-исследовательской работы аспиранта Е.Н. Зашихина, касающиеся вопросов оптимизации комплексного лечения пациентов с глоссодинией, обусловленной дисфункцией ВНЧС, с применением окклюзионной шины и под контролем мультиспиральной компьютерной томографии, используются в подготовке студентов на кафедре ортопедической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета при чтении лекций и проведении семинарских занятий. Выпущено учебное пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов стоматологического факультета «Ортопедическое лечение при заболеваниях слизистой оболочки рта».

Председатель:
Заместитель проректора по учебной работе
к.м.н., доцент

И.Е. Бабушкин

Члены комиссии:
заведующая кафедрой ортопедической стоматологии,
д.м.н., профессор

Л.Н. Тупикова

доцент кафедры ортопедической
стоматологии, к.м.н.

М.В. Швец



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ГБОУ ВПО АГМУ)
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ
пр. Ленина, 40, г.Барнаул, 656038
Тел.(3852)368848, факс (3852) 366091
E-mail: rector@agmu.ru; http://www.agmu.ru
ОКПО 01962853, ОГРН 1022201762164;
ИНН 2225003156, КПП 222501001



УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГБОУ ВПО «Алтайский
государственный
медицинский
университет»

Министерства здравоохранения России
д.м.н., проф. В.М. Брюханов

«6» сентября 2013 г.

АКТ

внедрения в постдипломную подготовку врачей-интернов и
клинических ординаторов результатов

научно-исследовательской работы Зашихина Евгения Николаевича

«Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических
показателей при лечении пациентов с глоссодинией»

Мы, ниже подписавшиеся, комиссия в составе: председателя – проректора по лечебной работе и постдипломному образованию, д.м.н., профессора А.И. Алгазина, и членов – заведующей кафедрой ортопедической стоматологии, д.м.н., профессора Л.Н. Тупиковой, доцента кафедры ортопедической стоматологии, к.м.н. М.В. Швеца, удостоверяем, что результаты научно-исследовательской работы аспиранта Е.Н. Зашихина, касающиеся вопросов оптимизации комплексного лечения пациентов с глоссодинией, обусловленной дисфункцией ВНЧС, с применением окклюзионной шины и под контролем мультиспиральной компьютерной томографии, используются в подготовке врачей-интернов и клинических ординаторов на кафедре ортопедической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета при чтении лекций и проведении семинарских занятий. Выпущено учебное пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов стоматологического факультета «Ортопедическое лечение при заболеваниях слизистой оболочки рта».

Председатель:
проректор по лечебной работе
и постдипломному образованию
д.м.н., профессор

А.И. Алгазин

Члены комиссии:
заведующая кафедрой ортопедической стоматологии,
д.м.н., профессор

Л.Н. Тупикова

доцент кафедры ортопедической
стоматологии, к.м.н.

М.В. Швеца

Главное
Управление Алтайского края
по здравоохранению
и фармацевтической деятельности
**КГБУЗ «КАМЕНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**
658706, г. Камень-на-Оби, ул. Гоголя, 91
тел. 8-38584-3-56-17, факс 8-38584-3-62-00
E-mail: kamzrb@ab.ru; http://www.kguzdent.ru

Главный врач КГБУЗ
«Каменская центральная
районная больница»



Федорюк К.М.
«14» октября 2013г.

АКТ

внедрения практических результатов научно-исследовательской работы

Зашихина Евгения Николаевича

**«Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических
показателей при лечении пациентов с глоссодинией»**

1. Наименование объекта, на котором внедрено мероприятие: КГБУЗ «Каменская центральная районная больница» г. Камня-на-Оби.

2. Наименование внедрения: «Дифференциально-диагностические показатели при лечении пациентов с глоссодинией».

3. ФИО, ученая степень и должность, место работы ответственного за внедрение методики в данном учреждении: Зашихин Е.Н., аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ.

4. Дата внедрения: «14» октября 2013 г.

5. Результаты применения метода: Наиболее значимые дифференциально-диагностические показатели при лечении пациентов с глоссодинией были определены на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ д.м.н., проф. Орешакой О.В.

Разработанный алгоритм диагностики и лечения был успешно использован у 65 пациентов с глоссодинией. Алгоритм включает в себя:

1. дентальное фото
2. изучение стоматологического статуса
3. исследование вкусовой чувствительности языка
4. мультиспиральная компьютерная томография ВНЧС (в качестве скрининг-метода использовалась рентгенография ВНЧС по Шюллеру)
5. определение высоты нижнего отдела лица при физиологическом покое нижней челюсти и в центральном соотношении челюстей, исследование функциональной окклюзии

6. микробиологическое и цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки языка
7. изучение функциональных параметров слюнных желёз
8. лазерная доплеровская флоуметрия слизистой оболочки языка
9. оценка качества ортопедических конструкций
10. бифункциональная органометрия по Р. Фолло.

6. Заключение об эффективности: внедренный в практику работы стоматологической поликлиники КГБУЗ «Каменская центральная районная больница» алгоритм диагностики и лечения пациентов с глоссодинией позволяет определить наиболее информативные дифференциально-диагностические показатели, среди которых клинические (вкусовая чувствительность языка), лабораторные (индекс дифференцировки эпителиоцитов, средний показатель перфузии микрососудов слизистой оболочки языка) и рентгенологические (мультиспиральная компьютерная томограмма), что способствует улучшению не только диагностики, но и повышению эффективности лечения пациентов с глоссодинией.

Данные разработки является частью комплексного научно-практического исследования Зашихина Е.Н. «Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических показателей при лечении пациентов с глоссодинией».

Акт выдан для представления в диссертационный совет.

Ответственный за внедрение:

Заведующий стоматологической поликлиникой
КГБУЗ «Каменская центральная районная больница»,
врач-стоматолог-ортопед первой квалификационной категории  Дудников Е.В.

Авторы внедрения:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ

 Орешака О.В.

аспирант кафедры ортопедической
стоматологии

 Зашихин Е.Н.

Главное управление
Алтайского края по здравоохранению
и фармацевтической деятельности
Краевое государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
**«КРАЕВАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»
(КГБУЗ «КСП»)**

ул. Деповская № 13-а, г. Барнаул, 656015,
тел. (3852) 624063, факс (3852) 624061.

K-S-P@ab.ru

№ _____ от _____

Главный врач поликлиники
КГБУЗ

«Краевая стоматологическая поликлиника»

Долматов В.Д.

15 октября 2013 г.



АКТ

внедрения практических результатов научно-исследовательской работы

Защихина Евгения Николаевича

**«Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических
показателей при лечении пациентов с глоссодинией»**

1. **Наименование объекта, на котором внедрено мероприятие:** КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» г. Барнаул.
2. **Наименование внедрения:** «Способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с глоссодинией».
3. **ФИО, ученая степень и должность, место работы ответственного за внедрение методики в данном учреждении:** Защихин Е.Н., аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России.
4. **Дата внедрения:** «15» октября 2013 г.
5. **Результаты применения метода:** Способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с глоссодинией с применением окклюзионной шины и под контролем мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС был разработан на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России д.м.н., проф. Орешакой О.В.

Способ успешно использован при ортопедическом лечении 38 пациентов с глоссодинией, обусловленной дисфункцией ВНЧС. Положительный результат достигался тем, что оптимизировали положение суставных головок нижней челюсти с помощью окклюзионной шины, используемой в качестве регистрата максимальной окклюзии. Предложенный способ оказался более эффективным по сравнению с традиционным методом ортопедического лечения.

6. Заключение об эффективности: внедрённый в практику работы КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с глоссодинией обладает высокой эффективностью, улучшая клинические (уменьшение жжения в языке, восстановление вкусовой чувствительности), лабораторные (стабилизировался индекс дифференцировки эпителиоцитов, улучшались показатели кровотока в микрососудах слизистой оболочки языка и др.) и рентгенологические (оптимизация положения мышечков) показатели, тем самым, способствует значительному улучшению, а в ряде случаев полному выздоровлению пациентов с глоссодинией.

Данный способ является частью комплексного научно-практического исследования Зашихина Е.Н. «Диагностическая ценность клинических, лабораторных и рентгенологических показателей при лечении пациентов с глоссодинией».

Акт выдан для представления в диссертационный совет.

Ответственный за внедрение:

Заведующий ортопедическим отделением № 1
КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»,
врач-стоматолог-ортопед высшей квалификационной категории

 Никифоров Н.Г.

Авторы внедрения:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России

 Орешака О.В.

аспирант кафедры ортопедической
стоматологии

 Зашихин Е.Н.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПОЛИКЛИНИКА
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
(Поликлиника ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава
России «Стоматологическая поликлиника»)**
656031, г.Барнаул
Тел.(3852)680212, факс (3852) 680212
E-mail: stompolka@mail.ru
ОКПО 01962853, ОГРН 1022201762164;
ИНН 2225003156, КПП 222501001

Главный врач поликлиники
ГБОУ ВПО АГМУ

Минздрава России

«Стоматологическая поликлиника»

Ковалёв О.А.

«20» сентября 2013 г.



« _____ » 2013 г. № _____

на № _____

АКТ

внедрения практических результатов научно-исследовательской работы

Зашихина Евгения Николаевича

«Дифференцированный подход к лечению пациентов с синдромом жжения языка»

1. Наименование объекта, на котором внедрено мероприятие: поликлиника ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России «Стоматологическая поликлиника» г. Барнаула.

2. Наименование внедрения: «Способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с синдромом жжения языка».

3. ФИО, ученая степень и должность, место работы ответственного за внедрение методики в данном учреждении: Зашихин Е.Н., аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России.

4. Дата внедрения: «20» сентября 2013 г.

5. Результаты применения метода: Способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с синдромом жжения языка с применением окклюзионной шины и под контролем мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС был разработан на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России д.м.н., проф. Орешакой О.В.

Способ успешно использован при двухэтапном рациональном протезировании 38 пациентов с синдромом жения языка, обусловленной дисфункцией ВНЧС. Положительный клинический результат достигался тем, что применение окклюзионной шины приводило к оптимизации расположения суставных головок нижней челюсти, и регистрация максимальной окклюзии осуществлялась используемой шиной. Предложенный способ оказался более эффективным по сравнению с традиционным методом ортопедического лечения.

6. Заключение об эффективности: внедрённый в практику работы ортопедического отделения поликлиники ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России «Стоматологическая поликлиника» способ регистрации максимальной окклюзии у пациентов с синдромом жения языка обладает высокой эффективностью и приводит к улучшению клинических (уменьшение жения в языке, восстановление вкусовой чувствительности), лабораторных (стабилизировался индекс дифференцировки эпителиоцитов, улучшались показатели кровотока в микрососудах слизистой оболочки языка и др.) и рентгенологических (оптимизация положения мышечков) показателей, тем самым, способствует значительному улучшению, а в ряде случаев полному выздоровлению пациентов с синдромом жения языка.

Данный способ является частью комплексного научно-практического исследования Зашихина Е.Н. «Дифференцированный подход к лечению пациентов с синдромом жения языка».

Акт выдан для представления в диссертационный совет.

Ответственный за внедрение:

заведующий ортопедическим отделением, к.м.н.,
врач-стоматолог-ортопед высшей квалификационной категории



Серебряков Е.Н.

Авторы внедрения:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России



Орешака О.В.

аспирант кафедры ортопедической
стоматологии АГМУ



Зашихин Е.Н.