

Особенности клинического течения и комплексного лечения синдрома жжения полости рта при гальванозе

Е.Н. ЖУЛЕВ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой

Н.В. ТИУНОВА**, к.м.н., доц.

И.А. ЛЕВИН, клинический ординатор кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

*Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

**Кафедра терапевтической стоматологии

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Clinical course and complex treatment of burning mouth syndrome with galvanosis

E.N. ZHULEV, N.V. TIUNOVA, I.A. LEVIN

Резюме: Рассмотрены особенности клинического течения и алгоритм действий при синдроме жжения полости рта, вызванном гальванозом. В комплексном лечении данной патологии необходимы совместные усилия стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда и врача-невропатолога.

Ключевые слова: синдром жжения полости рта, гальваноз, комплексное лечение.

Abstract: The peculiarities of clinical course and algorithm of actions at a burning mouth syndrome the caused galvanic syndrome are presented. In complex treatment of this pathology joint efforts of the stomatologist-therapist, stomatologist-orthopedist and doctor-neuropathologist are necessary.

Key words: burning mouth syndrome, galvanic syndrome, complex treatment.

Синдром жжения полости рта (СЖПР) – это хроническое заболевание, основным проявлением которого является боль в сочетании с чувством жжения в языке или других участках слизистой оболочки полости рта, которое обычно не сопровождается поражением слизистой (Пузин М. Н., 2000; Скуридин П. И., Пузин М. Н., Николаенко Е. В., 2010; Aravindhan J. R. et al., 2014; Spanemberg J. C. et al., 2014).

По данным Скуридина П. И. (2010), в возникновении и развитии синдрома жжения полости рта участвуют местные, системные и психологические группы факторов. К местным факторам относят раздражение слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, обильными отложениями зубного камня, некачественно изготовленными протезами, явления гальванизма, снижение межальвеолярного расстояния при повышенной стираемости, полной или частичной потере зубов. (Михайлова Е. С., 2006; Minguez-Sanz M. P., Salort-Llorca C., Silvestre-Donat F. J., 2011).

Среди системных факторов можно выделить заболевания пищеварительной системы, эндокринные нарушения, анемию, обменно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, сосудистые нарушения, аллергия, иммунологические нарушения (Максимова М. Ю. с соавт., 2014).

Важную роль в возникновении и прогрессировании СЖПР играют психологические факторы (Скуридин П. И., Пузин М. Н., Николаенко Е. В., 2010).

Среди местных факторов развития синдрома жжения полости большое значение имеют явления гальванизма – наличие в полости рта гальванических токов. Они могут развиваться из-за разности электрического потенциала различных металлов в составе сплава, что оказывает сложное рефлекторное воздействие на рецепторный аппарат полости рта, а

также из-за различного состава одинаковых сплавов металлов, из-за различного структурного состояния одинаковых сплавов металлов (Лебедев К. А. с соавт., 2012; Рединов И. С., Кожевников С. В., 2012). Явления гальванизма приводят к развитию гальванического синдрома или гальваноза, в клинической картине которого наблюдаются «металлический» привкус, жжение языка, боли в языке и твердом небе, неприятные ощущения при прикосновении металлической ложкой к протезам, ощущение горечи и кислотовато-солонятого привкуса, ощущение прохождения электрического тока, изменение слюноотделения, ухудшение общего состояния, головные боли, раздражительность, головокружение (Тимофеев А. А., 2010; Банченко Г. В., Флейшер Г. М., Суворов К. А., 2012).

Под нашим наблюдением находились 50 больных (43 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 45 до 64 лет с синдромом жжения полости рта, вызванного гальваническим синдромом. Пациенты предъявляли жалобы на жжение в области языка, губ, ощущение металлического привкуса, изменение вкусовой чувствительности, сухость в ротовой полости. При осмотре полости рта выявлены ортопедические конструкции из разнородных металлов, штампованно-паянные протезы. При осмотре полости рта мы отмечали бледность слизистой оболочки полости рта и неба, отсутствие блеска слизистой оболочки, симптом «залипания зеркала». Видимых патологических изменений на слизистой оболочке полости рта не отмечалось.

Всем пациентам проводили определение pH слюны в полости рта с помощью тест-полосок, определение величины микротоков с помощью мультиметра, оценивали психоэмоциональное состояние по личностной шкале тревоги Taylor J. (1955) в модификации Немчи-

Таблица 1. Уровень тревоги до и после комплексного лечения

Уровень тревоги до лечения, баллы	Уровень тревоги после лечения, баллы	P	Снижение уровня тревоги, %
39,5 ± 1,7	23,4 ± 1,5	P < 0,001	40,8

Таблица 2. Уровень боли до и после комплексного лечения

Уровень боли до лечения, баллы	Уровень боли после лечения, баллы	P
6,8 ± 1,2	1,8 ± 1,3	P < 0,001

на Т. А. (1966) и уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли – Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990).

Тест-опросник личностной шкалы тревоги Teylor J. (1955) в модификации Немчина Т. А. (1966) состоит из 50 утверждений. Оценка результатов исследования проводилась путем подсчета количества ответов обследуемого, которые свидетельствовали об уровне тревоги. Суммарная оценка 40-50 баллов рассматривалась как показатель очень высокого уровня тревоги; 20-40 баллов свидетельствовала о высоком уровне тревоги; 15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0-5 баллов – о низком уровне тревоги.

По вербальной описательной шкале оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990) возможны шесть вариантов оценки боли: 0 баллов – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, ее уровень оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями.

В результате исследования установлено, что присутствие металлических включений в полости рта изменяет pH слюны в среднем до 6,2-6,4 единиц и способствует появлению микроотоков в среднем до 26,0 ± 3,4 мкА.

В ходе опроса больных выявлены чувство беспокойства, страха, растерянности, напряженности, эмоциональная лабильность, канцерофобия различной степени.

Исходный уровень тревоги у больных в первой группе составил 39,5 ± 1,7 балла. Количество больных с очень высоким уровнем тревоги составило 20%, с высоким уровнем тревоги – 28% и со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому – 12%.

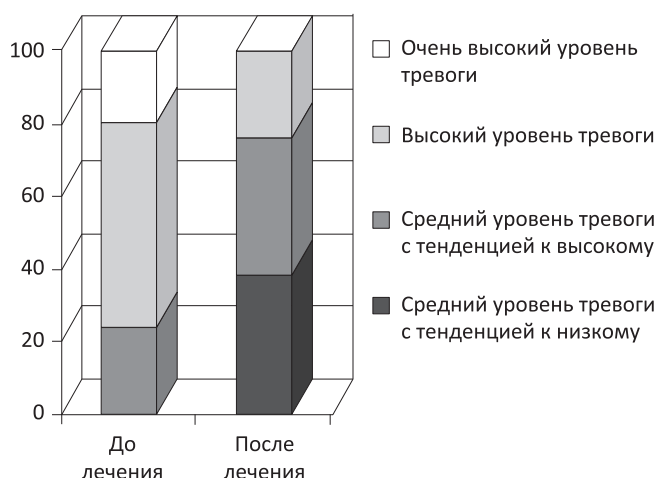


Рис. 1. Структура психоземotionalной сферы больных в динамике

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил 6,8 ± 1,2 балла.

Всем пациентам назначено комплексное этиопатогенетическое лечение, которое начинали с неотлагательного снятия всех ортопедических конструкций. Далее всем больным проводилась профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санация полости рта и рациональное протезирование, включающее два этапа:

– **1-й этап.** Временное протезирование – изготовление имедиат-протеза.

– **2-й этап.** Рациональное протезирование. Желательно использовать цельнолитые ортопедические конструкции, драгметаллы, металлокерамические протезы. При изготовлении съемных ортопедических конструкций предпочтение следует отдать бесцветной либо безмономерной пластмассе.

После снятия конструкций и восстановления кислотно-щелочного баланса полости рта назначали иммуномодулятор имудон до пяти таблеток в день, в течение 16 дней, на курс лечения 80 таблеток. А после курса имудона – иммуномодулятор деринат 0,25% раствор, закапывать по две-три капли в каждую ноздрю и полость рта, два-три раза в день, в течение трех-четыре недель. При сухости в полости рта назначаем отвар мать-и-мачехи внутрь по 1/2 стакана три-четыре раза в день.

При сохранении чувства жжения в языке и других участках слизистой оболочки полости рта после снятия нерациональных ортопедических конструкций и рационального протезирования рекомендуем следующую схему комплексного этиопатогенетического лечения:

1) Анксиолитик тенотен по одной-две таблетке три раза в день, две недели (удерживать во рту до полного растворения); далее по одной-две таблетки два раза в день, две недели; затем по одной-две таблетки один раз в день, две недели, два-три курса лечения в год.

2) Мильгамма по 2 мл внутримышечно, через день, 10-15 инъекций на курс лечения.

3) Лечебная гимнастика (регулярно).

4) Массаж (профессиональный) головы, шеи, спины, №20, два-три раза в год.

5) Самомассаж головы, шейного отдела позвоночника и спины, ежедневно (регулярно).

6) Консультация, лечение и динамическое наблюдение у врача-невропатолога.

7) Кавинтон (либо трентал, танакан, стугерон, циннаризин, актовегин) по одной таблетке три раза в день, в течение одного месяца, два курса лечения в год либо внутривенно капельно.

После комплексного этиопатогенетического лечения отмечено снижение уровня тревоги до 23,4 ± 1,5 баллов (табл. 1).

Очень высокий уровень тревоги не отмечался, количество больных с высоким уровнем тревоги в первой

группе составило 38%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому – 38%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому – 24% (рис. 1).

После проведенного курса комплексного с включением в схему тенотена отмечен выраженный лечебный эффект у всех больных, что выражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности, канцерофобии.

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил $1,8 \pm 1,3$ балла (табл. 2). Всем пациентам в дальнейшем рекомендовали регулярное назначение анксиолитика тенотена в комплексе лечебной гимнастикой и сосудистыми препаратами.

Таким образом, в комплексном этиопатогенетическом лечении синдрома жжения полости рта, вызванного гальваническим синдромом, необходимы совместные усилия стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда и врача-невропатолога. И только такой командный подход будет способствовать повышению эффективности лечения и повышению качества жизни больных.

Поступила 10.04.2015

Координаты для связи с авторами:
603005, Нижний Новгород, ул. Минина, д. 20а
НижГМА, кафедра терапевтической стоматологии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлова Е. С. Состояние гигиены полости рта и заболевания пародонта у больных с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов // Пародонтология. 2006. Т. 38. №1. С. 49-54.
2. Милайлова Е. С. Sostojanje gigijeny polosti rta i zaboljevanja parodonta u bol'nyh s neperenosimost'ju stomatologicheskikh konstrukcionnyh materialov // Parodontologija. 2006. T. 38. №1. S. 49-54.
3. Пузин М. Н. Нейростоматологические заболевания. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
4. Puzin M. N. Nejrostomatologicheskie zaboljevanija. – M.: Medicina, 2000. – 368 s.
5. Рединов И. С., Кожевников С. В. Интерпретация стоматологической и соматической характеристик пациентов с непереносимостью металлических включений в полости рта // Институт стоматологии. 2012. №4. С. 70-71.
6. Redinov I. S., Kozhevnikov S. V. Interpretacija stomatologicheskoi i somaticheskoi harakteristik pacientov s neperenosimost'ju metallicheskih vkljuchenij v polosti rta // Institut stomatologii. 2012. №4. S. 70-71.
7. Синдром жжения полости рта (глоссалгия) / М.Ю. Максимова и др. // Терапевтический архив. 2014. №1. С. 107-110.
8. Sindrom zhzenija polosti rta (glossalgija) / M.Ju. Maksimova i dr. // Terapevticheskij arhiv. 2014. №1. S. 107-110.
9. Скуридин П. И., Пузин М. Н., Николаенко Е. В. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта // Российский стоматологический журнал. 2010. №2. С. 31-34.
10. Skuridin P. I., Puzin M. N., Nikolaenko E. V. Effektivnost' kompleks-

nogo lechenija bol'nyh s sindromom zhzenija polosti rta // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2010. №2. S. 31-34.

6. Скуридин П. И. Патогенетические варианты и дифференцированная терапия синдрома жжения полости рта: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. – 178 с.

Skuridin P. I. Patogeneticheskie varianty i differencirovannaja terapija sindroma zhzenija polosti rta: Dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2010. – 178 s.

7. Сочетание высоких гальванических токов и очага воспаления – основная причина возникновения синдрома гальванизма / К.А. Лебедев и др. // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. 2012. №42. С. 30-38.

Sochetanie vysokih gal'vanicheskikh tokov i ochaga vospaleniya – osnovnaja pricina vzniknovenija sindroma gal'vanizma / K.A. Lebedev i dr. // Cathedra – kafedra. Stomatologicheskoe obrazovanie. 2012. №42. S. 30-38.

8. Тимофеев А. А. Гальванизм – это патологическое состояние или болезнь? // Современная стоматология. 2010. №3. С. 108-110.

Timofeev A.A. Gal'vanizm – eto patologicheskoe sostojanie ili bolezni? // Sovremennaja stomatologija. 2010. №3. S. 108-110.

9. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach / R. Aravindhan et al. // J. Pharm. Bioallied. Sci. 2014. №6 (Suppl 1). P. 856-860.

10. Burning mouth syndrome: update / J.C. Spanemberg et al. // Oral Health Dent. Manag. 2014. Vol. 13. №2. P. 418-424.

11. Minguez-Sanz M. P., Salort-Llorca C., Silvestre-Donat F. T. Etiology of burning mouth syndrome: a review and update // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2011. Vol. 16. №2. P. 144-148.

ВСЕ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ФОТОГРАФИИ

зеркала, контрасторы и другие аксессуары в интернет-магазине

тел.: 8 800 200 6131, e-mail: sale@stomprom.ru, www.stomprom.ru

The advertisement features a collection of dental photography equipment arranged on a reflective surface. Items include several dental mirrors of different sizes, some with handles, and various contrastors (used to enhance the appearance of teeth). A Nikon DSLR camera is prominently displayed, along with its lens and a white diffuser. A small open case shows a dental mirror. The background is a stylized, swirling graphic. At the bottom right, the logo for STOMPROM.RU is shown, consisting of a gear-like icon and the text 'STOMPROM.RU'.

STOMPROM.RU
интернет-магазин
стоматологического оборудования и материалов