

# Сочетанная патология: десквамативный глоссит и синдром «пылающего рта» в практике врача-стоматолога

О.А. УСПЕНСКАЯ, д.м.н., доцент, зав. кафедрой

Н.В. ТИУНОВА, к.м.н., доцент

М.Л. ЖДАНОВА, к.м.н., доцент

\*Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО

«Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

## Combination desquamative glossitis and burning mouth syndrome in practice dentists

O.A. USPENSKAYA, N.V. TIUNOVA, M.L. ZHDANOVA

### Резюме

Десквамативный глоссит является достаточно распространенной патологией в практике врача-стоматолога. Большинство больных предъявляет жалобы на боли и жжение в языке, усиливающиеся при приеме раздражающей пищи. В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа больных с наличием сочетанной патологии – десквамативный глоссит и синдром «пылающего рта». Литературные данные о патогенезе этих заболеваний свидетельствуют о схожести факторов риска развития данных патологий. Изучение психологического состояния у больных с сочетанием десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта» выявило наличие клинически выраженной тревоги, субклинически выраженной депрессии. Для эффективного лечения данной сочетанной патологии целесообразно привлечение специалистов разных направлений: стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога, врача-невропатолога.

**Ключевые слова:** десквамативный глоссит, синдром «пылающего рта», лечение сочетанной патологии, слизистая оболочка полости рта, язык.

### Abstract

Desquamative glossitis widespread language of defeat. Some patients complain of pain and burning sensation in the tongue, worse when taking irritating foods. In recent years we note the increase in the number of patients with a combination of desquamative glossitis and burning mouth syndrome. Literature data on the pathogenesis of these diseases suggest the similarity of risk factors for this disease. The study of the psychological state of patients with a combination of desquamative glossitis and burning mouth syndrome revealed the presence of clinically significant anxiety, severe subclinical depression.

**Key words:** desquamative glossitis, burning mouth syndrome, treatment of comorbidity, the mucous membrane of the mouth, tongue.

Десквамативный глоссит («географический язык») – это воспалительно-дистрофическое заболевание языка, имеющее доброкачественное течение и связанное с десквамацией рогового слоя эпителия и нитевидных сосочков. Среди причин заболевания: эмоциональный стресс, неполноценное питание, наследственная предрасположенность [5, 13]. По данным ряда авторов, десквамативный глоссит симптомом различных заболеваний и в первую очередь – желудочно-кишечного тракта, а также нейродистрофических изменений, заболеваний кровеносных органов, эндокринной системы, нарушения витаминного баланса, сенситизации и аутоинтоксикации [2, 4, 12].

Десквамативный глоссит – довольно распространенное поражение языка, его наблюдают примерно у 1% населения, чаще у женщин и молодых людей. Заболевание может протекать бессимптомно и обнаруживаться случайно при осмотре у врача-стоматолога, отоларинголога либо самим пациентом [1]. Часть

с десквамацией рогового слоя эпителия и нитевидных больных предъявляют жалобы на боли и жжение в языке, усиливающиеся при приеме раздражающей пищи.

Изменения слизистой оболочки языка ограничиваются спинкой и передними двумя третями его краев, они затрагивают лишь нитевидные сосочки и не распространяются на грибовидные. Для «географического» языка характерны три типа изменений, проявляющихся в виде: 1) очагов десквамации нитевидных сосочков; 2) очагов десквамации округлой формы, очерченных тонкими приподнятыми белесоватыми краями; и 3) очагов десквамации нитевидных сосочков с окаймляющими их белесоватыми краями или без них, но окруженных эритематозным пояском воспаления. Первые два типа изменений обычно не беспокоят пациентов, в то время как воспалительный процесс при третьем типе изменений становится причиной болез-

ненных ощущений, особенно при приеме раздражающей пищи. Все три типа изменений обычно сочетаются, могут переходить один в другой и мигрировать [2].

Жжение в языке наблюдается также при таких заболеваниях, как кандидоз и лептотрихоз, гальванический синдром, аллергический стоматит, глоссит Гентера-Миллера и синдром «пылающего рта».

При кандидозе и лептотрихозе слизистая оболочка полости рта гиперемирована, недостаточно увлажнена, имеется более или менее обильный налет на языке белого цвета. При бактериоскопическом исследовании выявляется обилие гриба рода *Candida*, мицелий, бластоспоры или лептотрихии.

Для гальванического синдрома, возникающего в полости рта при наличии разнородных металлов, характерны неприятные ощущения во время еды, привкус металла, соли, горечи, кислоты, усиливающиеся при прикосновении металлической ложкой к протезам. Парестезии могут сопровождаться головными болями, нарушением сна, аллергическими реакциями со стороны слизистой оболочки полости рта. В некоторых случаях имеется отек, гиперемия, гиперкератоз в местах соприкосновения с протезами, может быть потемнение металлических протезов или места спайки. Отмечается увеличение микротоков в полости рта свыше 10 мкА и сдвиг pH в кислую сторону.

Аллергический стоматит в полости рта может возникнуть при непереносимости акриловой пластмассы. При этом пациентов беспокоят чувство жжения и сухости, слизистая оболочка протезного поля гиперемирована, отечна, на ней могут быть кровоизлияния, эрозии. Кожные и аллергические пробы на пластмассу положительны. Удаление протеза из полости рта, как правило, приводит к значительному улучшению состояния.

Глоссит Гентера-Миллера при B12-фолиеводефицитной анемии возникает на фоне ахилического гастрита. При осмотре «лакированный» язык, ярко-красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек, резкие боли при приеме раздражающей пищи. При парентеральном введении витамина B12 наступает быстрый лечебный эффект.

При синдроме «пылающего рта» наблюдается феномен «пищевой доминанты» — исчезновение боли и жжение в языке при приеме пищи.

В последнее время мы отмечаем увеличение количества больных с сочетанием десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта». Данные литературы о патогенезе этих заболеваний свидетельствуют о схожести факторов риска развития данных патологий. Так, среди причин развития десквамативного глоссита — эмоциональный стресс. Пусковым фактором, провоцирующим развитие синдрома «пылающего рта», является стрессовый фактор [6, 8, 9, 11, 14]. По данным Скуридина П. И. (2010), развитию патологии предшествовали психотравмирующие ситуации: острая стрессовая ситуация, смерть или тяжелая болезнь близких родственников, психотравмирующая ситуация в семье, изменение социального положения, изменение жизненного стереотипа, хроническая психотравма, конфликтные отношения в семье, конфликтная ситуация на работе, нехватка денежных средств, проблемы с детьми [15].

Большое значение в патогенезе десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта» играют заболевания желудочно-кишечного тракта, а также нарушения трофики [16].

Наши наблюдения показали, что у пациентов с десквамативным глосситом в 42% случаев выражена канцерофобия. При этом пациенты постоянно разглядывают свой язык в зеркало, считают количество желобоватых сосочков, фотографируют меняющиеся участки десквамации на телефон. У таких больных постепенно происходит трансформация жалоб: жалобы на чувство жжения в языке, которое усиливалось при приеме пищи, сменяются на жалобы на жжение, которое уменьшается при приеме пищи. Постоянный страх, канцерофобия, тревожность приводит к развитию симптомов синдрома «пылающего рта» у данной группы больных, а именно к появлению жгучей боли с локализацией преимущественно на кончике и по краям языка, с распространением на глотку, губы, иногда твердое небо [3, 7], парестезий различных оттенков (зуд, ощущение «посыпания перцем», покалывание, пощипывание и ощущение тяжести и увеличение языка) [10, 17].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить психологическое состояние пациентов при сочетании десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта», а также определить алгоритм действий при данной патологии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 32 женщины в возрасте от 25 до 57 лет с сочетанием десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта». Пациенты предъявляли жалобы на жжение и покалывание в области языка, губ, изменение вкусовой чувствительности, сухость в ротовой полости. Болевые ощущения уменьшались при приеме пищи. При осмотре полости рта мы отмечали участки десквамации ярко-красного цвета, окруженные ободком из сосочков на фоне бледной слизистой оболочки полости рта и неба, отсутствие блеска слизистой оболочки.

У всех пациентов оценивали психологическое состояние по госпитальной шкале тревоги и депрессии (the hospital anxiety and depression Scale (HADS), Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983).

Шкала HADS состоит из 14 утверждений, разделенных на две подшкалы: «тревога» (нечетные пункты) и «депрессия» (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по степени нарастания симптоматики от 0 баллов (отсутствие) до 3 баллов (максимальная выраженность). Пациенты самостоятельно заполняли опросник в течение 10-15 минут. При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале. Суммарная оценка от 0 до 7 баллов расценивалась как «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги или депрессии), с 8 до 10 баллов свидетельствовала о субклинически выраженной тревоге или депрессии, от 11 баллов и более расценивалась как клинически выраженная тревога или депрессия.

Всем больным проводилась профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санация полости рта и рациональное протезирование.

Комплексное лечение включало:

1) анксиолитик тенотен по 1-2 таблетке 3 раза в день в течение 2-х недель; далее по 1-2 таблетке 2 раза в день в течение 2-х недель; затем по 1-2 таблетке 1 раз в день также 2 недели;

- 2) солкосерил по 2 мл внутримышечно, ежедневно, 20-25 инъекций на курс;
- 3) мильгамма по 2 мл внутримышечно, через день, 10-15 инъекций на курс лечения;
- 4) для улучшения местной микроциркуляции в схему лечения включали актовегин 10 мл внутривенно капельно в 200 мл физиологического раствора, через день, 5 инъекций на курс лечения;
- 5) психотерапию;
- 6) профессиональный массаж головы, шеи, спины (№20);
- 7) консультацию, лечение и динамическое наблюдение у врача-гастроэнтеролога, невропатолога.

Местное лечение при сильном жжении включало ротовые ванночки с белком перепелиного яйца и 2% раствора лидокаина и аппликации солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе клинико-психологической беседы с больными выявлены чувство беспокойства (100% пациентов), страха (72%), растерянности (31%), напряженности (68%), эмоциональная лабильность (89%), канцерофобия (87%).

Исходный уровень тревоги по шкале HADS по подшкале тревога у больных составил  $12,5 \pm 1,6$  балла, уровень депрессии по подшкале депрессия –  $9,7 \pm 1,5$  балла, что свидетельствует о клинически выраженной тревоге и субклинически выраженной депрессии.

После курса комплексного этиопатогенетического лечения отмечено снижение уровня тревоги до  $6,32 \pm 2,57$  балла, уровня депрессии до  $7,30 \pm 2,54$  балла.

После проведенного курса комплексного этиопатогенетического лечения отмечен выраженный лечебный эффект у всех больных, что выражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности, канцерофобии.

К концу наблюдения уровень тревоги в основной группе снизился на 48,6%, а во второй группе уровень тревоги снизился лишь на 25,6%. Уровень депрессии в основной группе снизился на 31,5%, а в группе сравнения – на 20,6%.

Обсуждение результатов. Данные шкалы HADS свидетельствуют об отсутствии достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии после комплексного этиопатогенетического лечения.

Всем пациентам в дальнейшем рекомендовали регулярное назначение описанной схемы лечения (один раз в 6 месяцев).

Таким образом, изучение психологического состояния у больных с сочетанием десквамативного глоссита и синдрома «пылающего рта» показало наличие клинически выраженной тревоги, субклинически выраженной депрессии. Комплексное этиопатогенетическое лечение с включением анксиолитика, психотерапии, сосудистых препаратов, препаратов, направленных на эпителизацию, способствует уменьшению выраженных симптомов тревоги и депрессии. В комплексном этиопатогенетическом лечении необходимы совместные усилия стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога, врача-невропатолога.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаев И. А., Зейналова Н. В. Принципы лечения десквамативных глосситов // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. 2010. №1 (43). С. 100-101.
2. Агаев И. А., Зейналова Н. В. Principy lechenija deskvamativnyh glossitov // Zhurnal nauchnyh publikacij aspirantov i doktorantov. 2010. №1 (43). С. 100-101.
3. Болезни полости рта. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2004. – 510 с.
4. Bolezni polosti rta. – N. Novgorod: Izd-vo NizhGMA, 2004. – 510 s.
5. Борисова Э. Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса: Дис. ... д-ра мед. наук. – Воронеж, 2014. – 225 с.
6. Borisova E. G. Hronicheskie bolevye i paresteticheskie sindromy jazyka: klinika, diagnostika, lechenie, profilaktika i organizacija lecebnoho processa: Dis. ... d-ra med. nauk. – Voronezh, 2014. – 225 s.
7. Гожая Л. Д., Мамедова Г. Ф. Десквамативный глоссит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (клинический случай) // Dental Forum. 2013. №4 (50). С. 43-44.
8. Gozhaja L. D., Mamedova G. F. Deskvamativnyj glossit, associirovannyj s *Helicobacterpylori* (klinicheskij sluchaj) // Dental Forum. 2013. №4 (50). С. 43-44.
9. Диагностика и лечение различных форм десквамативного глоссита / Т.Н. Модина, А.В. Шумский, Е.В. Мамаева, В.А. Железняк // Вестник современной клинической медицины. 2010. Т. 3. №1. С. 26-32.
10. Diagnostika i lechenie razlichnyh form deskvamativnogo glossita / T.N. Modina, A.V. Shumskij, E.V. Mamaeva, V.A. Zheleznyak // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. 2010. Т. 3. №1. С. 26-32.
11. Жулев Е. Н., Лукиных Л. М., Тиунова Н. В. Коррекция психоэмоционального состояния больных стомалгией // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. №3. С. 55-57.
12. Zhulev E. N., Lukinyh L. M., Tiunova N. V. Korrekciya psihojemocional'nogo sostojanija bol'nyh stomalgiej // Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik 2015. №3. С. 55-57.
13. Жулев Е. Н., Тиунова Н. В., Левин И. А. Особенности клинического течения и комплексного лечения синдрома жжения полости рта // Эндодонтия today. 2015. №2. С. 9-11.
14. Zhulev E. N., Tiunova N. V., Levin I. A. Osobennosti klinicheskogo techenija i kompleksnogo lechenija sindroma zhzhenija polosti rta // Endodontija today. 2015. №2. С. 9-11.
15. Жулев Е. Н., Трошин В. Д., Тиунова Н. В. Особенности патогенеза хронической стомалгии (стомалгической болезни) // Эндодонтия today. 2015. №3. С. 62-64.
16. Zhulev E. N., Troshin V. D., Tiunova N. V. Osobennosti patogeneza hronicheskoy stomalgii (stomalgicheskoy bolezni) // Endodontija today. 2015. №3. С. 62-64.
17. Защихин Е. Н. Оценка динамики клинических, лабораторных и рентгенологических показателей при лечении пациентов с глоссодинией / Е.Н. Защихин, О.В. Орешака // Пародонтология. – 2012. – №4. – С. 72-75.
18. Zashchihin E. N., Oreshaka O. V. Ocenka dinamiki klinicheskikh, laboratornyh i rentgenologicheskikh pokazatelej pri lechenii pacientov s glossodiniej // Parodontologija. 2012. №4. С. 72-75.
19. Иорданишвили А. К. Стомалгии: проблемы и возможности их лечения // Пародонтология. 2001. №1-2. С. 51-61.
20. Iordanishvili A. K. Stomalgii: problemy i vozmozhnosti ih lechenija // Parodontologija. 2001. №1-2. С. 51-61.
21. Казарина Л. Н., Вдовина Л. В. Роль озонотерапии в комплексном лечении глоссалгии // Медицинский альманах. 2013. №3. С. 175-176.
22. Kazarina L. N., Vdovina L. V. Rol' ozonoterapii v kompleksnom lechenii glossalgii // Medicinskij al'manah. 2013. №3. С. 175-176.
23. Косюга С. Ю., Лукиных Л. М., Варванина С. Э. Клинический случай десквамативного глоссита у пациента со слабой степенью обсемененности желудка *Helicobacter pylori* // Клиническая стоматология. 2015. №2 (74). С. 10-13.
24. Kosjuga S. Ju., Lukinyh L. M., Varvanina S. E. Klinicheskij sluchaj deskvamativnogo glossita u pacienta so slaboj stepen'ju obsemenennosti zheludka *Helicobacter pylori* // Klinicheskaja stomatologija. 2015. №2 (74). С. 10-13.

**Полный список литературы находится в редакции**

**Поступила 19.01.2017**

**Координаты для связи с авторами:**  
603005, г. Нижний Новгород,  
пл-дь Минина и Пожарского, д. 10/1