

УДК 616.31-009.613

Г.В. Адкина, Е.В. Честных, Е.Б. Ольховская, Л.А. Горева, Ю.Н. Карташева

ПАРЕСТЕЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России

В статье, адресованной практическим врачам, освещены имеющиеся в настоящее время основные данные о распространенности, этиологии, патогенезе и клинике парестезии. Изложены способы диагностики и комплексного лечения данного заболевания, а также возможности их практического применения.

Ключевые слова: парестезия, лечение.

PARESTHESIA OF THE ORAL MUCOSA

G.V. Adkina, E.V. Chestnyh, E.B. Olhovskaya, L.A. Goreva, Yu.N. Kartasheva

Tver State Medical University

The article, addressed to practitioners, describes the currently available basic data on the prevalence, etiology, pathogenesis and clinic of paresthesia. It sets out methods of the diagnosis and complex treatment of this disease, as well as possibilities of their practical application.

Key words: paresthesia, treatment.

Рассматриваемое состояние в литературе обсуждается как синдром жжения полости рта, глоссалгия, глоссодиния, стомалгия, вегетоневроз, дизестезия, сенсорный невроз языка, глоссопероз, синдром обожженного языка [1–4]. На кафедре терапевтической стоматологии ТГМУ утвердился термин «парестезия слизистой оболочки полости рта», характеризующий неприятные или болевые ощущения в языке или других участках слизистой оболочки полости рта (СОПР) без видимых патологических изменений. Код по МКБ-10 – К 14.6. Глоссодиния.

Пациенты с болями в области лица и СОПР составляют 20% стоматологических пациентов. Их возраст колеблется от 20 до 80 лет с преобладанием в границах 40–60 лет. В последние годы заболевание «помолодело» и нередко за помощью обращаются люди в возрасте от 35 лет [2]. Женщины страдают в 5–7 раз чаще мужчин [1–3].

В последнее время вопросам парестезии СОПР уделялось недостаточно внимания в клинической практике и научных исследованиях. Наиболее значимые современные исследования датируются 2003-м [5] и 2008 годами [1].

В **патогенезе парестезии** большую роль играют изменения в периферической и центральной нервной системе, нарушения микроциркуляции и тонуса сосудов [1].

Полость рта богата не только соматической, но и вегетативной иннервацией, и всякое психоэмоциональное напряжение может вызвать функциональные и трофические нарушения тканей полости рта. Парестезия признана нейростоматологическим заболеванием [1, 6–7]. Данные исследований неврологического статуса с помощью нейрофизиологических методов с компьютерным анализом, электроэнцефалография (ЭЭГ) и электромиография подтвердили психосоматическую природу заболевания. Среди многообразия эмоциональных расстройств главными являются тревога, депрессия, ипохондрия. Иног-

да возникают их комбинации в виде астено-ипохондрического и астено-депрессивно-ипохондрического синдромов. Они сопряжены с активирующими системами мозга (таламокортикальной, ретикулокортикальной, гипоталамосепто-кортикальной). Возникающие дисциркуляторные энцефалопатии приводят к диффузному поражению головного мозга. На ЭЭГ можно установить снижение биологической активности головного мозга разной степени. Изучая неврологический статус, у 30–100% пациентов можно отметить умеренные нарушения аккомодации и конвергенции, дистонию сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга, вялость зрачковых реакций и др. [7].

С помощью капилляроскопии и реографии, лазерной доплеровской флоуметрии установлены нарушения тонуса сосудов, изменения гемодинамики со снижением кровотока в СОПР, что приводит к значительным нарушениям метаболических процессов в тканях полости рта.

Гормонально-метаболические нарушения объясняются возрастной нейроэндокринной перестройкой, снижением уровня половых гормонов и катехоламинов. У женщин в период менопаузы нередко наблюдается парестезия и ксеростомия, хотя органических изменений в паренхиме слюнных желез не установлено. Назначение эстрогенов значительно снижает интенсивность оральных симптомов.

Стресс с его влиянием на нервную и эндокринную регуляцию приводит у данной категории больных и к снижению иммунного статуса. Проводились исследования, которые подтвердили иммунодефицит с ослаблением Т-клеточного звена иммунитета, клеточных и секреторных механизмов местной реактивности у больных парестезиями СОПР [3].

В происхождении парестезии существенную роль отводят функциональным нарушениям центральной нервной системы, а соматическим выражением считают сенестопатии в области рта. Общепризнанным

пусковым механизмом считают стресс, увеличивающий активность симпатической нервной системы с одновременным нарушением антиноцицептивной системы организма [1, 7].

Ряд исследователей в возникновении парестезий ведущее значение придают местным факторам полости рта (несанированная полость рта, хроническая травма, разнородные металлы, нарушение прикуса и др.), которые, изменяя локальный иммунитет, микробиоценоз с последующим накоплением метаболитов микроорганизмов, вызывающих образование свободных радикалов кислорода и продуктов перекисного окисления липидов, оказывают раздражающее влияние на ноцицептивные рецепторы [1–2, 8].

Что касается роли соматических заболеваний (патология желудочно-кишечного тракта, шейный остеохондроз, сердечно-сосудистая патология, гиповитаминозы, особенно витаминов группы В, анемии, сахарный диабет и др.), то они формируют парестезии, но они рассматриваются как симптом основного заболевания, требующего лечения специалистами [1–2].

Клиническая картина парестезии. Жалобы больных сводятся к жжению, саднению, покалыванию, онемению, чувству неловкости, набухания, «ошпаренности», тяжести в языке, ощущению инородного тела – перца, раскаленной проволоки и др. В запущенной стадии возникает и болевая реакция. Ощущения усиливаются к концу дня и нередко сопровождаются расстройством вкуса (дисгевзией), сухостью в полости рта. Ощущения эти могут распространяться на другие отделы СОПР (зев, пищевод), кожу лица. Во время приема пищи эти неприятные ощущения исчезают или значительно притупляются [1–2, 6, 9].

Временное исчезновение парестезии объясняется подавлением болевой доминанты ее более сильными вариантами – пищевой доминантой и доминантой положительных эмоций (по И.П. Павлову) [1, 3]. Почти все пациенты страдают канцерофобией, сифилофобией, ВИЧ-фобией как проявлением невроза навязчивых состояний (страха, тревоги) [1, 3].

Общие симптомы заболевания также определяются, главным образом, состоянием тревоги, ипохондрией, психической депрессией с повышенной возбудимостью, нарушениями ночного сна и особенностями личности (тревожно-мнительный характер) и поведенческими реакциями со склонностью придавать значение незначительным ощущениям, плаксивостью, привычкой рассматривать язык и полость рта перед зеркалом [1, 5].

Заболевание обычно начинается после травмы языка острым краем зуба, протеза, удаления зуба (особенно травматичного), зубопротезирования, приема горячей пищи, вмешательства на ЛОР-органах, перенесенного инфекционного заболевания, длительного приема лекарственных препаратов, на фоне переутомления или перенесенного стресса и др. При этом местная травма и общие заболевания выполняют роль триггера на фоне вегетативной

дисфункции. Заболевание длится годами, протекая с обострениями. Давность болезни утяжеляет клинику и затрудняет лечение, что связано с формированием стойкой патологической цепи: ощущение – концентриация психики – усиление ощущений [1–3].

Обследование и диагностика должны осуществляться, прежде всего, врачом-стоматологом. Беседа с больным должна быть детальной, доверительной и с подробным выяснением состояния всех систем организма пациента с учетом особенностей его психики (это снижает страх и напряжение); лучше проводить ее в отдельном кабинете. Это помогает расположить пациента и сократить бесцельные, раздражающие хождения по врачам. На основании собранного анамнеза решается вопрос об обследовании у других специалистов (по показаниям – у невролога, психоневролога, эндокринолога, ЛОР-врача, гинеколога, уролога, иммунолога, кардиолога, гастроэнтеролога и др.). Стоматолог может направить пациента на клинический анализ крови, уровень гликемии, общий анализ мочи, микроскопическое исследование мазка со слизистой полости рта на грибковую или общую микрофлору. Углубленное обследование проводится специалистами по направлению участкового врача.

Характер жалоб, как правило, не совпадает с данными осмотра СОПР, каких-либо серьезных изменений при осмотре можно не обнаружить: как правило, выявляется абсолютная норма, либо умеренная атрофия или гипертрофия сосочков языка. Иногда наблюдается сухость слизистой (пенистость ротовой жидкости; прилипание зеркала к слизистой оболочке – симптом «зеркала»). Иногда язык бывает отечным с отпечатками зубов на боковых его поверхностях. Нарушение трофики тканей в данном случае подтверждается данными капилляроскопии, реографии, лазерной доплеровской флоуметрии.

Сухость СОПР можно объяснить возбуждением симпатического отдела центральной нервной системы. Такие нарушения саливации встречаются примерно у 20% больных. Однако ксеростомию при парестезиях следует дифференцировать с симптомами таких заболеваний, как сахарный диабет, болезнь Симмондса, синдром Шегрена, гипотиреоз, гипогонадизм, уремия, анемия, гиповитаминоз, лихорадочные состояния, анацидный гастрит, а также следствием прием ряда лекарственных препаратов (снотворные, гипотензивные и др.) [1–2, 9].

При осмотре полости рта нередко отмечается ее плохое гигиеническое состояние (больные щадят зубы при чистке), выявляется патологическая стираемость, снижение прикуса, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в виде похрустывания в области суставной головки при ее пальпации, частичная адентия, ортопедические конструкции из разных металлов и металлические пломбы, вызывающие гальваноз.

Кроме того, иногда наблюдаются изменения двигательной активности мышц языка: мелкое дрожание, тремор, быстрая утомление языка, тяжесть в языке, затрудненное движение языком в разгово-

ре, особенно к концу дня, затрудненное глотание. Все они представляют сенестопатию. У больных парестезией рефлекторное нередко регистрируется снижение или утрата занавесочного или глоточного рефлексов [1–2, 4, 8].

Изменение вкусовых восприятий в виде их снижения отмечается у 30% больных парестезиями и чаще всего в зоне передних двух третей языка. Нарушение вкусовой чувствительности возникает в результате изменения функциональной мобильности вкусовых сосочков языка. Однако следует учитывать, что вкусовые функции языка могут нарушаться и при заболеваниях желудка, печени, органов дыхания, эндокринной патологии и поражении периферической иннервации.

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями.

- Травма языка (острая и хроническая). В отличие от парестезии при ней обнаруживается причинный фактор и типичные морфологические изменения (гиперемия, отек, эрозия, язва). Типично усиление боли при приеме раздражающей пищи.
- Невралгия язычного нерва, протекающая с приступообразной иррадиирующей болью с внезапным началом; наличие курковых (триггерных) зон.
- Неврит язычного нерва характеризуется поражением соответствующей половины языка, выпадением болевой, тактильной и температурной чувствительности. Симптом щипка провоцирует боль.
- Аллергия на пластмассу с отеком, гиперемией, болью. Симптомы исчезают после замены протеза.
- Десквамативный глоссит. Боль, если она есть, появляется и усиливается при приеме раздражающей пищи на участках десквамации эпителия нитевидных сосочков.
- Кандидоз. Отличается налетом на языке, легко или трудно снимаемым, гиперемией, атрофией сосочков языка. Бактериоскопия содержимого сосочка выявляет обилие псевдомицелия и бластоспоры гриба.
- Глоссит Миллера–Гюнтера возникает как проявление В₁₂-фолиеводефицитной анемии, нередко на фоне атрофического гастрита. Язык малинового цвета с атрофичными сосочками («лакированный»). Излечивается после инъекций витамина В₁₂ и назначения фолиевой кислоты.
- Опухоль и абсцесс языка характеризуются наличием плотного, болезненного пальпируемого образования в толще языка, что делает речь нечеткой.
- Невралгия языкоглоточного нерва. Боль возникает при глотании, может носить приступообразный характер и иррадиирует в шею, лопатки, плечо.
- Болезнь Шегрена – системное заболевание соединительной ткани с нарушением общего состояния больных и признаками воспалительной

реакции организма, сопровождается поражением слюнных желез, иногда и слезных желез их гипосекрецией («сухой синдром»).

- Дисфункция ВНС: помимо односторонней парестезии сопровождается снижением прикуса, щелканьем в суставах патологией органов слуха (шум в ушах, тупые боли, снижение слуха).
- Болезни внутренних органов (патология пищеварительной системы и печени; почек; эндокринная патология – сахарный диабет; анемии и др.) выясняются при тщательном сборе анамнеза, обследовании у соответствующих специалистов [1–2, 8–9].

Лечение. Для лечения парестезии СОПР необходим комплексный подход, который включает в себя этиотропную, патогенетическую, симптоматическую, психотерапевтическую терапию.

Выбор метода лечения определяется тяжестью заболевания. В комплексном лечении должна соблюдаться определенная последовательность.

1. Оказание неотложной помощи, а именно, уменьшение болевых ощущений и снижение уровня нейропсихических расстройств.
2. Нормализация стоматологического статуса: обучение или коррекция гигиены полости рта, снятие назубных отложений; лечение заболеваний пародонта, кариозных зубов, шлифовывание острых краев зубов; устранение супраконтактов с целью выравнивания окклюзионного смыкания зубов; рациональное протезирование; профилактика травм и гальваноза и т. д.
3. Лечение неврологических нарушений и соматических заболеваний у специалистов соответствующего профиля.
4. Динамическое наблюдение за выполнением назначенного лечения.

С целью снижения уровня нейропсихических расстройств необходимо назначить психотерапевтические и седативные средства: транквилизаторы, антидепрессанты, седативные, вегетотропные средства, анксиолитики; психотерапию, гипнотерапию, аутотренинги. Рекомендуются следующие препараты: для снятия тревоги, страха – транквилизаторы, такие как диазепам (5–10 мг) или феназепам (0,5–1 мг) 2–3 раза в день. Показано назначение и других анксиолитиков, в частности, фабомотизола (афобазол) по 10 мг 3 раза в день после еды. Указанное лечение проводят в течение 1–1,5 месяца. Стоматолог помимо малых транквилизаторов может назначить седативную терапию – настойку корня валерианы, пустырника, препараты, содержащие мяту и Melissa (персен). Они снимут эмоциональное напряжение и нормализуют сон. Противопоказаниями служат сильная астенизация, тяжелая соматическая патология, слабость мочевого пузыря, патология печени и почек, беременность, аденома предстательной железы, глаукома, артериальная гипотензия. В более тяжелых случаях показано назначение антидепрессантов либо нейролептиков, которое индивидуально подбирает невролог или психиатр [1–2].

Для снижения тонуса гладкой мускулатуры у больных с патологией органов пищеварения назначают спазмолитики (но-шпу); для улучшения микроциркуляции – никотиновую кислоту, никошпан, винпоцетин, пентоксифиллин (300–600 мг в сутки). Пентоксифиллин с анестетиком рекомендуют в виде инъекций вводить под слизистую.

Витаминотерапия для нормализации деятельности нервной системы: инъекции витаминов В₁₂ и В₁ внутримышечно; можно назначать витаминный комплекс Мильгамма, содержащий витамины В₁, В₂, В₆ и В₁₂ курсами по десять инъекций.

Для стимуляции слюноотделения назначают внутрь 3% р-р иодида калия (по одной столовой ложке 3 раза в день после еды, запивая молоком); 1% р-р пилокарпина по 3–4 капли в небольшом количестве воды.

Для обезболивания применяют аппликационные методы (10% взвесь анестезина в глицерине или персиковом масле); аэрозоль 10% раствора лидокаина; 2–5% раствор лидокаина; 1% р-р цитраля.

Можно делать блокады язычного нерва. С этой целью вводят 6% раствор витамина В₁ с 1% раствором новокаина по типу мандибулярной анестезии. Снизить чувствительность слизистой языка можно аппликациями масляных растворов облепихового масла, витаминов А и Е, а также применением масляных аэрозолей олазол и гипозоль.

Для лучшего проникновения медикаментов через мембранный барьер СОПР можно указанные выше вещества применять в сочетании с димексидом. При треморе языка и болезненности у его корня в виде аппликаций рекомендуют следующие сочетания с димексидом. Например, димексид – 30,0; мята перечная; вода – 70,0; лидокаин 2% – 100,0. Возможно сочетание димексида с метилурациловой мазью (димексид – 10,0; метилурациловая мазь 10% – 100,0), с гепариновой мазью (димексид – 16,0; масло мятное – 2–3 капли, мазь гепариновая – 100,0). В состав гепариновой мази входят бензокаин и никотиновая кислота. Благодаря этому составу препарат действует антитромбически, оказывает обезболивающий эффект и улучшает микроциркуляцию крови в тканях. Аппликации делают по 10 минут ежедневно на марлевой салфетке в течение 10 дней.

Гирудотерапия – один из эффективных методов активизации кровоснабжения тканей СОПР с антитромбическим, обезболивающим, противовоспалительным, иммуностимулирующим действием сложного состава слюны лечебных пиявок. Назначают по 1–2 пиявки через день курсом от 5 до 10 процедур [1–2, 10].

Из физических методов лечения назначают электросон, гальванический воротник с магнием, иодом, бромом; электрофорез лекарственных веществ; ультрафонофорез; лазеротерапию; лечебную физкультуру; массаж; общие ванны; Дарсонвализацию на область верхних шейных симпатических узлов; озонотерапию; кислородотерапию. При сильной

боли в языке можно назначить ультрафонофорез с 10% метамизоловой (анальгиновой) мазью с одновременным воздействием ультразвуком на шейный отдел позвоночника и шейные симпатические узлы. Гипнотерапия и аутотренинг показаны к проведению в условиях стационара [1–2, 6, 8].

Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо соблюдать режим труда и отдыха, наблюдаться у врача-стоматолога не реже 2 раз в год. Обязательное систематическое лечение соматической патологии.

Литература/References

1. Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Воложин А.И. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение. – Нижний Новгород: Нижегородская медицинская ассоциация. – 2008. – 124 с.

Kazarina L.N., Vdovina L.V., Volozhin A.I. Glossalgija: jetiologija, patogenez, klinika, lechenie. – Nizhnij Novgorod: Nizhegorodskaja medicinskaja asociacija. – 2008. – 124 s.

2. Терапевтическая стоматология: Национальное руководство. Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с. – (Серия «Национальные руководства»).

Terapevtičeskaja stomatologija: Nacional'noe rukovodstvo. Pod red. L.A. Dmitrievoj, Ju.M. Maksimovskogo. – M.: GJeOTAR-Media, 2009. – 912 s. – (Serija «Nacional'nye rukovodstva»).

3. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – зеркало организма. – М.: Бизнес Центр «Стоматология», 2000. – С. 57–64.

Bančenko G.V., Maksimovskij Ju.M., Grinin V.M. Jazyk – zerkalo organizma. – M.: Biznes Centr «Stomatologija», 2000. – S. 57–64.

4. Герасименко М.Ю., Турбина Л.Г., Гришина Н.В. Синдром жжения рта: некоторые патогенетические особенности и возможности лечения // Медицинский алфавит. – 2002. – № 4. – С. 14–15.

Gerashimenko M.Ju., Turbina L.G., Grishina N.V. Sindrom zhzhennija rta: nekotorye patogeneticheskie osobennosti i vozmozhnosti lechenija // Medicinskij alfavit. – 2002. – № 4. – S. 14–15.

5. Гараева А.Г. Клинические аспекты синдрома жжения полости рта в стоматологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Гараева. – М., 2003. – 25 с.

Garaeva A.G. Klinicheskie aspekty sindroma zhzhennija polosti rta v stomatologičeskoj praktike: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / A.G. Garaeva. – M., 2003. – 25 s.

6. Никифорова Ю.Н. Изменение психологического статуса больных глоссалгией в процессе комплексного лечения // Современные вопросы стоматологии: материалы XII Межрегион. науч.-практ. конф. стоматологов. – Ижевск. – 2000. – С. 188–190.

Nikiforova Ju.N. Izmenenie psihologičeskogo statusa bol'nyh glossalgiej v processe kompleksnogo lechenija // Sovremennye voprosy stomatologii: materialy XII Mezhhregion. nauch.-prakt. konf. stomatologov. – Izhevsk. – 2000. – S. 188–190.

7. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания с ведущим алгическим синдромом: автореф. дис. ... докт. мед. наук / М.Н. Пузин. – М., 1990. – 44 с.

Puzin M.N. Nejrostomatologičeskie zabojevanija s vedušhim algičeskim sindromom: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk / M.N. Puzin. – M., 1990. – 44 s.

8. Казарина Л.Н. Патогенетическое лечение глоссалгии с учетом влияния стрессорных факторов // Нижегород. мед. журн. – 2000. – № 1. – С. 51–54.

Kazarina L.N. Patogeneticheskoe lechenie glossalgii s uchetom vlijaniya stressornyh faktorov // Nizhegorod. med. zhurn. – 2000. – № 1. – S. 51–54.

9. *Ценов Л.М., Ценова Е.Л., Ценов А.Л.* 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ. – М.: МЕДпресс-информ. – 2012. – 224 с.

Серов Л.М., Серова Е.Л., Серов А.Л. 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ. – М.: МЕДпресс-информ. – 2012. – 224 с.

10. *Казарина Л.Н., Воложин А.И.* Озоно- и гирудотерапия в комплексном лечении глоссалгии. – Нижний

Новгород: Нижегородская медицинская ассоциация. – 2002. – 48 с.

Kazarina L.N., Volozhin A.I. Ozono- i girudoterapija v kompleksnom lechenii glossalgii. – Nizhnij Novgorod: Nizhegorodskaja medicinskaja asociacija. – 2002. – 48 s.

Честных Елена Валерьевна (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России. 170642, г. Тверь, ул. Советская, 4. Тел. (4822) 34-86-41; e-mail: elenachestnyh@mail.ru.