

УДК 616-071.2

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ И ПАРЕСТЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ЯЗЫКА

Борисова Э.Г.

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: pobedaest@mail.ru*

В специализированном стоматоневрологическом центре проведено комплексное обследование 283 пациентов с хроническими болевыми и парестетическими синдромами языка, объединяющими в себе достаточно неоднородные группы заболеваний. Обследуемые были разделены на 4 группы. Группа I – пациенты с глоссодинией, группа II – пациенты с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, преобладающей жалобой которых были болевые ощущения в языке, группа III – пациенты с гальванозом и группа IV – пациенты с невропатией язычного нерва. В ходе проведенного исследования было установлено, что пациенты с хроническими болевыми синдромами языка предъявляли достаточно схожие жалобы, при этом клинические проявления заболевания также во многом были тождественны. Алгоритм исследования подтвердил и позволил выявить специфические клинические проявления, отличительные характеристики каждой клинической формы, установить нозологическую самостоятельность различных форм хронических болевых и парестетических синдромов языка и отметить патопсихологические нарушения, присущие всему контингенту пациентов. Полученные данные позволили разработать принципиально новый подход к проведению комплексной диагностики и соответствующего специализированного лечения пациентов с хроническими болевыми и парестетическими синдромами языка.

**Ключевые слова:** хронические болевые синдромы, язык, тревожность, депрессия

## CLINICAL FEATURES OF PAIN AND PARESTHETICS SYNDROMES OF TONGUE

Borisova E.G.

*N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, Voronezh, e-mail: pobedaest@mail.ru*

The article discusses a comprehensive survey of 283 patients with chronic pain and paresthetic syndromes of the tongue which was conducted in a specialized Dental-Neurology Centre. The subjects were divided into 4 groups. Group I includes patients with glossodynia. Group II includes patients with pain syndrome of TMJ dysfunction, whose prevalent complaint was pain in the tongue. Group III includes patients with galvanosis. Group IV includes patients with lingual nerve neuropathy. The study has revealed that patients with chronic pain syndromes of the tongue had similar presenting complaints, and clinical manifestations of the disease were also largely identical. The study has also defined specific clinical manifestations and distinctive characteristics of each clinical form. It has proved nosological independence of various forms of chronic pain and paresthetic syndromes of the tongue. It has been noted that pathopsychological disturbance is typical for all patients. These results suggest a new approach to integrated diagnostics and specialized treatment of patients with chronic pain and paresthetic syndromes of the tongue.

**Keywords:** chronic pain syndromes, tongue, anxiety, depression

В практике врачей-стоматологов по-прежнему имеют место случаи, когда боли и парестезии в языке у пациентов не укладываются в типичную клиническую картину.

По мнению ряда авторов, хронические болевые и парестетические синдромы языка (ХБПСЯ) объединяют достаточно неоднородную группу заболеваний, таких как глоссалгия или глоссодиния, невропатия язычного нерва, невралгия язычного нерва, глосситы и целый ряд других, менее известных синдромов, требующих дальнейшей клинической интерпретации [2, 3, 5, 7, 9, 10, 11].

При этом в работах, посвященных изучению проблемы ХБПСЯ, справедливо отмечается, что вопросы, относящиеся к основным разделам болевых синдромов лица и полости рта – этиологии, патогенезу, клинике этих форм, до настоящего времени остаются нерешенными [3, 4, 6, 8, 11]. Кроме того, вследствие высокой персональной значимости, патологические процессы области полости рта, как правило, усугубля-

ются различными невротическими проявлениями, что также значительно усложняет постановку диагноза [2, 3, 5, 7, 10].

**Целью исследования** явилось уточнение клинических особенностей хронических болевых и парестетических синдромов языка.

### Материалы и методы исследования

Исследования были проведены на базе стоматологической клиники и стоматоневрологического центра Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко. Для достижения поставленной цели было проведено комплексное обследование 283 пациентов с хроническими болевыми и парестетическими синдромами языка.

Все обследованные пациенты были разделены на 4 группы. Группа I – пациенты с глоссодинией (119 чел.), группа II – пациенты с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, преобладающей жалобой которых были болевые ощущения в языке (62 чел.), группа III – пациенты с гальванозом (54 чел.) и группа IV – пациенты с невропатией язычного нерва (48 чел.).

Отбор пациентов проводился в соответствии с диагностическими критериями международной классификации болезней (МКБ-10). Стоматологическое обследование предусматривало оценку объективного стоматологического статуса: сохранность зубных рядов, особенности прикуса, состояние твердых тканей зубов, оценку состояния пародонта, оценку окклюзионных взаимоотношений, визуально-пальпаторную оценку функционирования височно-нижнечелюстных суставов.

Для оценки болевых и парестетических ощущений нами был использован «Многомерный вербально-цветовой болевой тест» (МвцБТ) [1].

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования было установлено, что пациенты с ХБПСЯ предъявляли достаточно схожие жалобы, при этом клинические проявления заболевания также во многом были тождественны. Вместе с тем комплексное клиническое обследование, проведенное по разработанному нами алгоритму, подтвердило и позволило выявить отличительные характеристики каждой клинической формы ХБПСЯ, соответствующие этиологической гетерогенности заболевания.

Основными жалобами пациентов с глоссодинией были жалобы на боль и ощущение жжения в полости рта. Характер парестезий у 37 пациентов (31,09%) представлялся в виде ощущения «перца», у 26 (21,85%) – в виде «кипятка», у 21 (17,45%) – в виде «пощипывания», у 17 (14,29%) – в виде «онемения», у 7 (5,88%) – в виде «зуда», у 6 (5,04%) – в «виде инородного тела» и у 5 (4,40%) – в виде ощущения «жара».

По локализации боли и парестезий в области языка 62 (52,10%) пациента испытывали жгучую боль на кончике языка, 41 (34,45%) – на спинке, 16 (13,45%) – на боковых поверхностях языка.

Наряду с этим боль и иные неприятные ощущения локализовались в губах (49 чел. – 41,18%), небе (33 чел. – 27,73%), деснах (20 чел. – 16,80%), в щеках (17 чел. – 14,29%).

Интенсивность боли, по результатам оценки визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла в среднем  $5,41 \pm 1,62$  балла.

У 53 (44,54%) пациентов боль и парестезии впервые появились на языке, постепенно распространились на щеки, десны, небо, губы и др. области.

Характерно, что у 104 (87,39%) пациентов все неприятные ощущения в полости рта исчезали или значительно ослабевали во время приема пищи. Минимальная выраженность всех указанных проявлений была после пробуждения и нарастала в течение дня до максимальной в вечернее время.

В ночное время неприятные ощущения со стороны полости рта сводились, как правило, к ощущению сухости. Многие больные постоянно рассматривают язык в зеркале, что вскоре становится привычкой. На этой почве развивается канцерофобия. У 88,23% пациентов был нарушен сон, появилась тревожность, раздражительность, неверие в успех лечения. Нами была выявлена сезонная зависимость обострения при глоссодинии. Так, у большинства пациентов (89 чел. – 74,79%) болевые приступы чаще обострялись в осенне-зимний и весенний период. Как правило, обострение заболевания возникало на фоне ОРВИ (42 чел. – 35,24%), обострения хронических заболеваний ЖКТ (51 чел. – 42,86%).

Основной жалобой всех обследованных больных невралгией язычного нерва также являлась боль и парестезии в языке. Обычно боль, усиливаясь приступообразно, продолжалась до нескольких часов, после приема пищи постепенно снижая интенсивность или сменяясь ощущением зуда или онемения. Характерно, что у большинства пациентов – 39 человек (81,25%) – обычная длительность приступов составляла около 0,5 часа, тогда как у остальных обследованных – 9 чел. (18,75%) – средняя продолжительность болевого приступа составляла около 1 часа.

В большинстве случаев у каждого пациента приступы боли возникали в одно и то же время, в 72,92% – 35 чел. – после приема пищи, курения, приема даже небольших доз алкоголя, очень редко пациенты просыпались от боли или с ощущением боли.

Как правило, болевой синдром не носил отчетливой вегетативной окраски. Вместе с тем боли по характеру расценивались пациентами как «мучительные», «ноющие», «мозжащие», «глубинные», при этом большинство (39 чел. – 81,25%) пациентов не отмечали или отмечали незначительный терапевтический эффект от ранее назначенного неврологом приема препаратов типа карбамазепина. Интенсивность боли, по результатам оценки визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла в среднем  $6,54 \pm 2,90$  баллов.

Наиболее часто пациенты отмечали боль и парестезии не только в языке, но и в области зубов нижней челюсти (32 чел. – 66,67%). В ряде случаев (11 чел. – 22,91%) отмечалась иррадиация боли в область дна ротовой полости. Интересен тот факт, что 23 пациента (47,92%) отмечали парестезии в языке, а боли на месте ранее удаленных зубов, 9 пациентов (18,75%) – в области депульпированных и запломбированных зубов. Отсутствие четких топографических

границ, возможно, объясняется наличием многочисленных иннервационных взаимосвязей периферических ветвей тройничного нерва. Характерно, что в наших наблюдениях триггерные зоны у пациентов не отмечались ни в одном случае.

Болевые и парестетические ощущения в языке у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, как правило, носили ноющий, тянущий, ломящий характер, усиливались при жевании и эмоциональном стрессе, иррадиировали в нижнюю челюсть, околоушную область.

У 7 (11,29%) пациентов болевой синдром носил двусторонний характер. В целом превалировало поражение правой стороны – у 42 (67,74%) пациентов. Соответственно и парестезии языка имели правостороннюю локализацию.

Интенсивность боли, по результатам оценки визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла в среднем  $5,32 \pm 3,61$  баллов.

У 25 (46,30%) пациентов с гальванозом на фоне жгучей монотонной боли возникала интенсивная боль стягивающего, сжимающего характера по всей поверхности языка. Все пациенты связывали это с приемом раздражающей (кислой, соленой, острой) пищи.

Характерно, что все пациенты отмечали усиление болей и парестезий в языке при возникновении простудных заболеваний, а также при повышении артериального давления. У всех пациентов с гальванозом боли и парестезии полностью исчезали ночью.

Длительность заболевания варьировалась от 2 месяцев до 3 лет и составила в среднем  $1,9 \pm 0,8$  года.

Большинство пациентов возникновения парестезий и болей отмечали после посещения стоматолога. Так, у 46 (85,19%) пациентов боли появились после протезирования, у 8 (14,81%) – после лечения зубов.

Интенсивность боли, по результатам оценки визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла в среднем  $2,35 \pm 1,12$  балла.

Использование принципов доказательной медицины, в частности, компьютеризированной программы с МвцБТ, позволило нам оценить степень выраженности таких поведенческих компонентов, связанных с восприятием боли, как тревожность, эмоциональная лабильность, агрессия, депрессия, ипохондрические и вегетативные проявления во всех группах обследуемых.

Большинство пациентов из всех четырех групп (261 чел. – 92,23%) высказывали жалобы на выраженную общую слабость, по-

давленность, снижение работоспособности. На этом фоне у пациентов нередко отмечались повторные эпизоды плохого самочувствия, сопровождающиеся головной болью, головокружением, нарушением сна. Анализ выбранных ответов по факторам тревожности, эмоциональной лабильности, агрессии, депрессивным, ипохондрическим, вегетативным проявлениям позволил нам получить дополнительную информацию для более углубленного психологического обследования пациента и, при необходимости, направления его к психоневрологу.

Как известно, высокий уровень невротизации значительно снижает эффективность любой проводимой терапии, поэтому в комплекс лечения необходимо включать средства и методы, направленные на нормализацию эмоционального состояния пациента.

По нашему мнению, патопсихологические нарушения можно рассматривать как самостоятельные дополнительные факторы риска в развитии ХБПСЯ, присущие всему контингенту пациентов.

Полученные в ходе нашего исследования данные позволили разработать принципиально новый подход к проведению комплексной диагностики и соответствующего специализированного лечения пациентов с ХБПСЯ, что отразилось в методических рекомендациях для врачей-стоматологов практического здравоохранения.

### Выводы

Результаты проведенного исследования выявили специфические клинические проявления, позволили установить нозологическую самостоятельность различных форм хронических болевых и парестетических синдромов языка и уточнить ведущий механизм развития заболевания для каждой нозологической формы.

### Список литературы

1. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой болевой тест // Боль. – 2005. – № 1 (6). – С. 26–33.
2. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение глоссалгии в условиях специализированного нейростоматологического кабинета: дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 1993. – 121 с.
3. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях. – Воронеж: Изд.-полиграф. центр ВГУ, 2011. – 128 с.
4. Борисова Э.Г. Клинические результаты изучения качества жизни больных глоссалгией // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1. – С. 20–21.
5. Борисова Э.Г. Клиническая оценка симптомов глоссалгии у больных с металлокерамическими ортопедическими конструкциями // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. – № 17. – С. 76–77.
6. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Основные направления профилактики и устранения боли в амбулаторной стоматологии.

логии // Российская стоматология. – 2008. – Т. 1. – № 1. – С. 22–28.

7. Казарина Л.Н., Вдовина Л.М., Воложин А.И. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение. – Нижний Новгород, 2008. – 124 с.

8. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области. – К.: Медкнига, 2007. – 56 с.

9. Borisova E.G. Clinical evaluation of the use of laser radiation in complex treatment and activities of preventive of the burning mouth syndrome // J. The DPPP Symposium under the EPMA (meeting findings). – Voronezh, Russia, February 24-th 2012. – P. 96–100.

10. Bogette, F. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome / F. Bogette, G. Maina, G. Ferre // Psychosom. Med. – 1998. – Vol.60, № 3. – P. 378–385.

11. Helton J. Glossodynia / J. Helton, F. Storrs // J. Amer. Acad. Dermatol. – 1994. – Vol. 31, № 2, pt2. – P. 201–205.

### References

1. Adashinskaya G.A, Mejzerov E. E. Mnogomernyj verbal'no-cvetovoj bolevoj test/ «Bol'». 2005. no. 1 (6). pp. 26–33.

2. Borisova E'.G. Diagnostika i lechenie glossalgii v usloviyax specializirovannogo nejrostomatologicheskogo kabineta: dis. ... kand. med. nauk / E'.G. Borisova. Voronezh, 1993. 121 p.

3. Borisova E'.G. Diagnostika i lechenie bolevyx sindromov lica i polosti rta v ambulatornyx usloviyax / Voronezh: Izd.-poligraf. centr VGU, 2011. 128 p.

4. Borisova E'.G. Klinicheskie rezul'taty izucheniya kachestva zhizni bol'nyx glossalgiej // «Klinicheskaya stomatologiya». 2012. no. 1. pp. 20–21.

5. Borisova E'.G. Klinicheskaya ocenka simptomov glossalgii u bol'nyx s metallokeramicheskimi ortopedicheskimi konstrukcijami // «Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya». 2012. no. 17. pp. 76–77/

6. Zoryan E.V., Rabinovich S.A. Osnovnye napravleniya profilaktiki i ustraneniya boli v ambulatornoj stomatologii // «Rossijskaya stomatologiya». 2008. T. 1. no. 1. pp. 22–28.

7. Kazarina L.N., Vdovina L.M. Volozhin A.I. Glossalgija: e'tiologiya, patogenez, klinika, lechenie. Nizhnij Novgorod, 2008. 124 p.

8. Yavorskaya E.S. Bolevye i paresteticheskie sindromy chelyustno-licevoj oblasti. K.: Medkniga, 2007. 56 p.

9. Borisova E.G. Clinical evaluation of the use of laser radiation in complex treatment and activities of preventive of the burning mouth syndrome. / J. The DPPP Symposium under the EPMA (meeting findings), Voronezh, Russia, February 24-th 2012. pp. 96–100.

10. Bogette, F. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome / F. Bogette, G. Maina, G. Ferre // Psychosom. Med. 1998. Vol.60, no. 3. pp. 378–385.

11. Helton, J. Glossodynia /J. Helton, F. Storrs //J. Amer. Acad. Dermatol. 1994. Vol. 31, no. 2, pt2. pp. 201–205.

### Рецензенты:

Ипполитов Ю.А., д.м.н., заведующий кафедрой детской стоматологии с ортодонтией, ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж;  
Шумилович Б.Р., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии ИПМО, ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж.

Работа поступила в редакцию 06.03.2014.