

**Костюк Н.Г., Рябоконт Р.Є., Джаффал Мохамад**  
**ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЯВИЩАМИ ГЛОСОДИНІЇ У**  
**СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Лікування пацієнтів з явищами глосодинії є складним, тривалим і не завжди успішним. За даними деяких авторів при коректній діагностиці та лікуванні успіх сягає 32% випадків. Пояснюється це серйозними метаболічними, нейрогуморальними зрушеннями; зниженнями адаптивних можливостей організму та ін. [1-5], що у поєднанні з провокуючими місцевими факторами є причиною звернення до лікаря стоматолога. Характерними ознаками захворювання є парестезії кінчика та бічних поверхонь язика, що минають при прийомі їжі.

Парестезії згодом можуть локалізуватись у ділянці губ, глотки, шкіри обличчя та голови. Спостерігається тремор язика, порушення функції слиновиділення та ковтання тощо. За даними українських спостерігачів [2-5] у більшості випадків до глосодинії схильні жінки постклімактеричного періоду, які мають в анамнезі загальні хронічні захворювання, що потребує їх поглибленого обстеження та залучення суміжних лікарів. Задля коректної діагностики та лікування загальної патології таких хворих направляють до терапевта, гастроентеролога, кардіолога, нефролога, уролога, психоневролога та інш. Рекомендовані додаткові обстеження – загальний аналіз крові та сечі; біохімічний аналіз крові, бактеріальні посіви на наявність дисбактеріозу та кандидозу зокрема. Також провадять аналізи шлункового та дуоденального соку, гастроскопію, електрокардіографію, доплеровську флоуметрію тощо. З метою корекції виявлених порушень шлунково-кишкового шляху хворим рекомендують дотримуватись відповідної дієти. При цьому призначають оmez, плантаглюцид, мезим-форте, фестал, карсил, настої лікувальних трав тощо. При виявленні дисбактеріозу призначають пробіотики та еубіотики.

Сумісно застосовують вітамінотерапію - парентеральне введення вітамінів групи В (мільгаму) та інш. Використовують вегетотропні (беласпон), антигістамінні (лоратадін, фенкарол) засоби. У разі потреби застосовують серцево-судинні препарати. Для покращання мікроциркуляції призначають кавінтон, серміон, трентал тощо. З метою психокорекції ефективні транквілізатори - гідазепам по 20 мг 3 рази в день, феназепам по 0,75-1,5 мг в день. Глосодинія може бути симптомом скритої депресії, шизофренії. Найчастіше зустрічається у хворих іпохондрічного складу. Тому седативні засоби – валеріану, пустирник призначають рідше та після ретельного обстеження. Пустирник може посилювати явища ксеростомії. Не бажані броміди. Для психокорекції успішно застосовуються антидепресанти (амітриптилін по 25-100 мг в день). Для зняття явищ парестезії на ніч призначають ноофен [1-5].

При обстеженні щелепно-лицевої області застосовують такі сучасні методи діагностики як визначення показників місцевого імунітету порожнини рота, електроміографію, ферментативний та біохімічний аналіз ротової рідини, визначення її рН тощо. Обов'язковим є проведення гальванометрії, за потребою мікробіологічне дослідження на грибки рода *Candida*. При місцевому лікуванні глосодинії застосовують анестетики – новокаїн, лідокаїн, тримекаїн у вигляді аплікацій; у тяжких випадках провадять провідникові блокади. Усувають місцеві травмуючі фактори. Відшліфовують гострі краї зубів; провадять корекцію пломб та зубних протезів, коригують порушення оклюзії. Усувають явища гальванізму. У разі токсико-алергічних реакцій замінюють пломбувальні та зубопротезні матеріали на індиферентні. Проводять професійну гігієну та санацію ротової порожнини. При ксеростомії – призначають штучні замінники слини (Біотене), олійний розчин ретинолу, каротиноїди, олію обліпихи та шипшини. Рекомендують антисептичні ротові полоскання, протигрибкові препарати (ністатін) – у вигляді мазів та таблеток для розсмоктування, пробіотики [1].

**Метою** нашої роботи було встановити ефективність комплексного індивідуального лікування пацієнтів з явищами глосодинії.

Під нашим наглядом упродовж 1-3-х років знаходилося 12 пацієнтів з явищами глосодинії віком 36-75 років, 9-жінок та 3-чоловіки. Хворі були клінічно обстежені, консультовані у лікарів суміжних спеціальностей, поставлені на облік. Усі хворі мали коморбідну загальну патологію. Хронічну патологію шлунково-кишкового шляху виявлено в 11 випадках, захворювання крові (анемію) - 2, гіпертонічну хворобу - 8, урогенітальні захворювання (хронічний пієлонефрит, хронічний цистит, аденома простати, штучний клімакс внаслідок оваріоектомії) - 7, психоневрологічні розлади - 10. У більшості пацієнтів при дослідженні зішкрябу з поверхні язика виявлені грибки роду *Candida* у підвищеній кількості; в 1 випадку - уреазплазма. При обстеженні у 7 хворих були виявлені явища гальванізму. Показники гальванометрії при цьому становили 100-120 мВ. У пацієнтів в анамнезі мала місце психологічна травма, найчастіше хронічна. В деяких випадках пусковим моментом розвитку глосодинії являлось відвідування стоматологічного кабінету з приводу видалення, протезування зубів.

Пацієнтам проведено місцеве лікування – професійна гігієна, санація порожнини рота з ліквідацією травмуючих факторів та заміною металевих конструкцій; корекція прикусу, протигрибкова терапія, місцеве знеболення тощо. Лікарями-інтерністами проведено загальне лікування фонові патології.

**Результати.** У разі проходження 2-3-х курсів комплексного індивідуального лікування вдалося досягти ремісії упродовж 6-9 місяців у 8 хворих(67 %), що спостерігалися.

**Висновки.** При лікуванні пацієнтів з явищами глосодинії ефективним є комплексний індивідуальний підхід: виявлення та фахове лікування загальних хвороб лікарями-інтерністами у поєднанні з усуненнями місцевих стоматологічних чинників.

## **Література.**

1. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. Т. 4. Київ. Медицина. 2010. 640 с.
2. Дичко Є.Н., Ковач І.В. Етіологія та патогенез глосалгії. *Вісник стоматології*. 2008. №1. С.27-29.
3. Павлоцкая Л.Ф. Некоторые биохимические показатели в клинической характеристике глоссалгии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков. 1970. 18с.
4. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области. *Вестник стоматологии*. 1996. С. 316-321.
5. Дычко Е.Н., Срибник, П.Л., Миротина Н.В. Эффективность диспансеризации нейростоматологических больных. *Актуальні питання медицини. Сб. конф.* 2013. С.107-108.