

енергетичному обміні. Зі збільшенням інтенсивності окисного стресу, очевидно, відбувається декомпенсація антипероксидного захисту і часткова втрата бар'єрних функцій епітеліальними клітинами, що збільшує можливість виникнення запального процесу в яснах.

3. Перспективи подальших досліджень ми бачимо у визначенні методів корекції оксидативного стресу в тканинах слизової оболонки ясен, що виникає на тлі гастроудоденальної патології та апробації цих методів у клініці.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоклицкая Г.Ф. Возможности антиоксидантной коррекции перекисного окисления липидов при заболеваниях пародонта разной тяжести / Г.Ф. Белоклицкая // Современ. стоматология. – 2000. – № 1. – С. 38–41.
2. Гончаренко М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов / М.С. Гончаренко, А.М. Латина // Лаб. дело.-1985.- №1.- С.60-61
3. Зинчук В.В. Роль кислородсвязующих свойств крови в поддержании прооксидантно-антиоксидантного равновесия организма / В.В. Зинчук, М.В. Борисюк // Успехи физиол. наук. – 1999. – Т. 30, № 3. – С. 38–48.
4. Зенков Н.К. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты / Н.К. Зенков, В.З. Лапкин, Е.Б. Меньщикова. - М.: Наука, Интерпериодика, 2001. - 343с.
5. Казимирко В.К. Антиоксидантная система и ее функционирование в организме человека / В.К. Казимирко, В.И. Мальцев // Здоровье Украины. – 2004. - № 98. – С. 40-45.
6. Коровина Н.А. Антиоксиданты при обострении хронических гастроудоденитов у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Е.В. Скоробогатова // Врач.-2007.-№9.-С.79-81.
7. Королук М.А. Метод определения активности каталазы / М.А.Королук, Л.И.Иванова, И.Г. Майорова // Лаб. дело.-1988.- №1.- С.16-19.
8. Макаренко Е.В. Комплексное определение супероксиддисмутазы и глутатионредуктазы в эритроцитах у больных с хроническими заболеваниями печени / Е.В.Макаренко // Лаб. дело.-1988.- №11.- С.48-50.
9. Петрина С.Н. Роль липидов в адаптационных реакциях организма на экстремальные воздействия / С.Н. Петрина, Л.В. Юшина // Патол. физиология. и эксперим. терапия. - 1989. - № 2. - С.51 - 53.
10. Подходы к пониманию механизмов образования эндогенного кислорода / М.Ф., Тимочко Я.И., Алексевич Л.И., Кобылинская Е.А. Коваленко // Neuroxia Medical J. – 1996. – № 2. – С. 65.
11. Скулачев В.П. Кислород в живой клетке: добро или зло? / В.П. Скулачев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. – 1999. – № 1. – С. 12–18.
12. Стальная И.Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И.Д.Стальная, Т.Г. Гаришвили // Современные методы в биохимии.- М.: Медицина, 1977. – С.66-68.
13. Чеснокова Н.П. Молекулярно-клеточные механизмы инактивации свободных радикалов в биологических системах / Н.П. Чеснокова, Е.В. Понукалина, М.Н. Бизенкова // Успехи современ. естествознания. – 2006. – № 7 – С. 29-36.
14. Halliwell B. Free radicals in biology and medicine / B. Halliwell, J.M. Gutteridge. – Oxford: Clarendon Press, 1985. – 346p.



УДК 616.311 : 616 – 071.4 : 616.8 – 009.613 : 001.4

*Є.Н. Дичко,  
А.В. Самойленко*

## ТЕРМІНОЛОГІЯ БОЛЬОВОГО ТА ПАРЕСТЕТИЧНОГО СИНДРОМУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра терапевтичної стоматології  
(зав.- д. мед. наук, проф. А.В. Самойленко)*

**Ключові слова:** *термінологія, синдром, «глосалгія», «глосодинія»*  
**Key words:** *terminology, syndrome, "glossalgia", "glossodynia"*

**Резюме.** *Нейростоматологические заболевания проявляются в полости рта и на коже лица разнообразными болевыми ощущениями и парестезиями. Если невралгия, неврит и каузалгия сопровождаются интенсивными болевыми пароксизмами, то глоссалгия и глоссодиния – относительно терпимыми, но постоянными и изматывающими болевыми ощущениями. Это выводит больного из привычного образа жизни, а нередко вводит в депрессивное состояние признаками канцерофобии. Есть разные представления о патогенезе болевого феномена. Особенно*

обоснованным следует признать нейрогенные и сосудистые изменения в организме с участием вегетативной иннервации и реализации боли в конкретных отделах СОПР и на коже лица больного. Пробелы в понимании природы возникновения и развития глоссалгии и глоссодинии породили разные названия такого патогенетического процесса, от чего он изобилует различной терминологией. Чаще всего терминами пытаются объяснить этиологию или патогенез болевого феномена. Исследовано существующее в настоящий момент терминология болевого и парестетического синдрома представленного в научной литературе неврологами, психиатрами и нейростоматологами. Этот синдром насчитывает около двадцати наименований, нередко они отражают лишь клинические признаки и топик проявления. И лишь некоторые из них несут в своём наименовании элементы этиологии, в большинстве случаев без глубокого обоснования. В связи с этим, возникают сложности в наименовании патологического процесса в СОПР, точно отображающего природу заболевания, что вносит разногласие среди специалистов. Авторы рекомендуют обозначить феномен как «глоссалгия» и «глоссодиния».

**Summary.** *Neurosomatic diseases manifestations in the oral cavity and on the skin of the face are various in pain and paresthesia sensations. Neuralgia, neuritis and causalgia are accompanied by intensive pain paroxysms, glossalgia and glossodynia by relatively tolerant, but constant and exhausting pain sensations. This drives patient out of habitual way of life, and often drives into depressive state with signs of cancerophobia. There exist various notions on pathogenesis of pain phenomenon. Neurogenic and vascular changes in the body with vegetative innervation and realization of pain in specific parts of oral cavity mucosa and on the skin of the face should be considered as specifically grounded. Gaps in understanding of nature of appearance and development of glossalgia and glossodynia gave rise to different names of these pathogenetic processes with further abundance of terminology. More often it is etiology or pathogenesis of pain syndrome that is explained by terms. Terminology of pain and paresthetic syndrome, presented in scientific literature by neurologists, psychiatrists and neurodentists, existing nowadays is investigated. This syndrome has about twenty names, often they reflect only clinical signs and topic character of manifestations. Only some of them have elements of etiology in their designation, in the majority of cases without profound justification. Due to this fact there appear difficulties in designation of pathologic process in oral cavity mucosa, which precisely reflect nature of the disease; this brings difference of specialists' opinion. The authors recommend to define this phenomenon as "glossalgia" and "glossodynia".*

Відомості про больовий та парестетичний феномен слизової оболонки порожнини рота (СОПР) мають свою історію і беруть початок ще з часів Гіпократата. Але глибокі наукові дослідження з природи виникнення цього патологічного явища та механізму його розвитку з'явилися лише в останні десятиріччя. При цьому подібні болісні відчуття виникають у покривних тканинах порожнини рота, найбільш часто в язиці, щоках, губах, зіві, піднебінні, яснах, а в низці випадків можуть мати більш віддалену локалізацію, знаходячись на шкірі обличчя, живота, на стегнах і навіть статевих органах. Хворі можуть відчувати неприємні больові та парестетичні явища в очах, порожнині носа. Нестерпні та постійні неприємні відчуття без елементів ураження на покривних тканинах чи інших

видимих змін мають певною мірою загадковий характер як для хворого, так і лікаря. І від цього виникає підозра про можливе тяжке захворювання прихованого інфекційного чи навіть онкологічного характеру. Тому хворий знаходиться в постійній напрузі та очікуванні загрози здоров'ю і навіть життю, що можна розцінити як стан неврастенії, психастенії та депресії.

Існує декілька думок щодо природи появи та механізму розвитку і формування больового та парестетичного феномену СОПР, особливо ґрунтовними дослідження московської школи неврологів В.О. Смирнова, Л.Г. Єрохіної та В.Є. Гречко (1973, 1974, 1976). Разом з тим у докторських дослідженнях українських вчених-стоматологів О.С. Яворської, Є.Н. Дичка, Л.Ю. Серебренікова (1966, 1978, 1982, 2012) достатньо аргументовані

етіологія і патогенез глосалгії і глосодинії, що дозволяє в комплексному лікуванні використати засоби етіотропного та патогенетичного спрямування. Грунтовний комплексний підхід до лікування парестетичного та больового синдрому СОПР має високу результативність – у межах 60-90% випадків, що підтверджує обґрунтованість пояснення природи патологічних змін, доведених цими дослідженнями. Проте, глибинні зміни в організмі хворих з подібними больовими синдромами на рівні центральної, вегетативної нервової, серцево-судинної чи ендокринної системи, поламок у системі адаптації організму до постійно мінливих умов життя ще залишаються поза увагою досліджень. Особливо невивченим залишається питання імунної системи в деяких ланках ланцюга патогенезу больового феномену, вірогідність чого досить висока.

Таким чином, залишаючись виключно складною проблемою в нейростоматології, больовий та парестетичний феномен СОПР до того ще має значну кількість найменувань, відомих неврологам, психіатрам та стоматологам. Терміни глосалгії та глосодинії через надто широкий спектр їх визначень може викликати певні труднощі не тільки у хворого, але й лікаря, оскільки з одного боку відображає клінічні прояви та топіку виникнення, а з іншого – уявну природу їх появи. Водночас необхідно погодитись з думкою теоретиків медицини, що в назві захворювання повинна бути відображена його етіологія або, у винятковому випадку разі, патогенез.

Перше клінічне вивчення глосалгії провів Boisson<sup>1</sup> (1854) під назвою «глосодинія», тобто парестетичний феномен в язиці. Цей термін було прийнято більшістю вітчизняних та зарубіжних дослідників (Ю.Ю. Платонов, 1933; Я.С. Пеккер, 1948; О.І. Марченко, 1965; Е. Schvimmer, 1988; Sch.F.Giplin, 1936; М. Кореску, 1945; М. Skach, 1952; Н.Е. Simpson, 1984; І.Н. Quinn, 1966). Але нерідко при цьому парестезії поєднувались з больовими відчуттями, тому у вітчизняній науковій літературі з'явився термін «глосалгія» (С.В. Боровський, 1957; Б.М. Лісовецький, 1986). У той же час київські вчені Ю.М. Судаков (1964) та О.С. Яворська (1967) категорично заперечували змішування цих двох термінів як захворювань з різними патогномонічними ознаками та субстратом патології при глосодинії і глосалгії, що дає право вважати їх різними нозологічними одиницями.

Враховуючи, що парестезії в порожнині рота часто носять надмірно гострий характер і ви-

никають не тільки в язиці, глосалгію називають «пекучими болями в язиці» (Ю.Ю. Платонов, 1951; К.А. Орлова, 1963), «парестезіями порожнини рота» (Т.Т. Школяр, 1957), «синдромом ротової печії» (S.I. Silverman, 1967), «ідіопатичним стоматитом» (D.A.Kerr, 1973), «печією порожнини рота» (I.-V. Wagner, 1974), «печією язика» A.Elfenbaum, 1969). Разом з тим, використання дослідниками терміну «неврози язика» (А.С. Верлоцький, 1948), «нейрогенні ураження язика» (Є.Д. Котляр, 1955), «рефлекторно підвищена чутливість язика» (G.Morelli, 1928) підкреслює неврогенний характер глосалгії та глосодинії. Не знаходячи причин виникнення парестезії в СОПР, D.E. Fiskin et R.Moulton (1946) запропонували іменувати глосалгію «ідіопатичним оролінгвальним болем».

У низці випадків підкреслюють значення трофічних порушень у тканинах язика при глосалгії і тому визнають доцільним та більш відповідним термін «глосогра» або «глосопіроз» (Z. Ianczuk, 1960).

На думку неврологів, найбільш доцільним слід вважати термін «стомалгія», оскільки назви «глосалгія» чи «глосодинія» недостатньо повно характеризують локалізацію больового процесу, а термін «парестезія» не є діагнозом, оскільки все це є симптомами (В.В. Міхєєв, 1966). Враховуючи, що в клініці глосалгії домінує печія та зуд (тобто категорії болю), термін «стомалгія», за його уявленням, найбільш точно відображає дійсний зміст захворювання.

У наступні роки дослідники більше схиляються до думки, що глосалгія є складним симптомокомплексом з неясним механізмом розвитку, тому її краще іменувати «різноманітними болісними синдромами порожнини рота» (P.Dumas, M.Drouin, 1961) або «синдромом глосалгії» (О.І. Євдокимов, 1974).

Проте слід визнати правомірність двох термінів, що визначають парестетичний та больовий синдром в СОПР – це «глосалгія» і «глосодинія». По-перше, локалізація болісних явищ у порожнині рота виникає в більшості випадків у слизовій оболонці язика (кінчик, спинка, бічні поверхні) і значно менше на інших ділянках СОПР. І, по-друге, що дуже важливо в розумінні природи больового феномену, якщо глосодинія – це вісцерорефлекторний бульбарний синдром у вигляді парестезій (О.С. Яворська, 1966), то глосалгія – це ішемія СОПР вегетативного генезу у вигляді категорій болю переважно на фоні симпатотонії (С.Н. Дичко, 1982).

<sup>1</sup> – термінологія глосалгії та глосодинії рекомендована іншими дослідниками, цитується за С.Н.Дичко [ 6 ]

### ПІДСУМОК

Підсумовуючи свідчення з термінології больового та парестетичного феномену в СОПР, слід зауважити, що до цього часу існує понад 20 термінів, якими користуються дослідники в неврології, психіатрії та стоматології. На жаль, жоден з термінів не задовольняє вимоги фунда-

ментальних медичних дисциплін, які вимагають ввести в назву хвороби зміст її природи, а не клінічні ознаки. Тому слід позначити такі феномени термінами «глосалгія» та «глосодинія», враховуючи, що вони недосконалі і потребують подальшого визначення.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дычко Е.Н. Глоссалгия (аспекты патогенеза и лечения): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.0 1.22 «Стоматология» / Е.Н. Дычко. – М., 1982. – 39с.
2. Дычко Е.Н. Значение калликреин-кининовой системы в патогенезе глоссалгии / Е.Н. Дычко., И.В. Ковач, И.А. Романюта // Медичні перспективи. – 2012. – № 1. – С. 110-113.
3. Дычко Е.Н. Особенности вкусовой чувствительности при глоссалгии / Е.Н. Дычко, П.Л. Срибник, Н.О. Лисюк // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII, № 2. – С. 71-74.
4. Дычко Е.Н. Психоэмоциональные состояния у больных с глоссалгией / Е.Н. Дычко., А.В. Штомпель, П.Л. Срибник // Сб. работ науч.-практ. конф. ДМИТиНМ. – Д., 2012. – С. 36-38.
5. Смирнов В.А. Заболевания нервной системы лица / В.А. Смирнов. – М., 1976. – 239 с.
6. Срибник П.Л. Метаболізм катехоламінів в зоні інервації ВПШВ при його подразненні в експерименті / П.Л. Срибник, А.В. Вербицька, Є.Н. Дичко // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII, № 2. – С.18-21.
7. Rex John N. Clinical Infection Diseases / N. Rex John, I. Thomas, I. Walsh // Ann. Rev. Immunol. –2000. – Vol. 14. – P. 662-673.
8. Michal Stroka. Периодонтология 2000 / Michal Stroka // Новое в стоматологии. – 2000 – № 4. – С. 24-38.
9. Selving K.A. Periodontal Wound healing and regeneration / K.A. Selving // Periodontology. – 1999. – P.21-39.

