



Зиновенко О.Г.<sup>1</sup> ✉, Пискунов С.В.<sup>2</sup>, Таращук О.И.<sup>3</sup>, Климович Т.В.<sup>4</sup>, Шардыко В.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Стоматология «БелВентура», Минск, Беларусь

<sup>3</sup> 30-я городская клиническая поликлиника г. Минска, Минск, Беларусь

<sup>4</sup> 8-я городская клиническая стоматологическая поликлиника г. Минска, Минск, Беларусь

## Глоссодиния в стоматологической практике

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Вклад авторов:** концепция, текст, редактирование – Зиновенко О.Г., набор клинического материала – Зиновенко О.Г., Пискунов С.В., Таращук О.И., Климович Т.В., Шардыко В.А.

Подана: 09.10.2023

Принята: 24.11.2023

Контакты: [olia.zinovenko@yandex.by](mailto:olia.zinovenko@yandex.by)

### Резюме

В исследовании проведено изучение общесоматического и стоматологического статуса пациентки с проявления глоссодинии. Пациентка не может указать точное время появления первых симптомов заболевания. Связывает с перенесенной травмой шейного отдела позвоночника и сильной стрессовой ситуацией около 6 лет назад. Вначале возникали неприятные ощущения в языке на температурные (горячее) и химические (кислое, острое) раздражители. Около 3 лет назад был поставлен внутрикостный имплантат в области отсутствующего зуба 3.5. После перенесенного операционного вмешательства и протезирования характер ощущений в языке стал меняться в сторону быстрее нарастающей боли в вечернее и ночное время, чувства тяжести и даже иногда затрудненности речи.

Пациентка наблюдается у врача-гастроэнтеролога продолжительное время. Выставленные диагнозы по МКБ-10 – K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом. K29.3 Хронический поверхностный гастрит.

При стоматологическом осмотре были выставлены предварительные диагнозы: K07.26 Смещение зубных дуг от средней линии. K14.6 Глоссодиния. K14.1 «Географический» язык. F45.8 Бруксизм. K03.0 Повышенное стирание зубов.

Рекомендовано наблюдение и лечение у врача-гастроэнтеролога продолжать. Дано направление на консультацию к врачу-неврологу, врачу – стоматологу-ортодонт, врачу – стоматологу-ортопеду. Пациентка взята на динамическое наблюдение.

**Ключевые слова:** глоссодиния, жжение, боль в языке, стоматологический и общесоматический статус

Zinovenko O.<sup>1</sup>✉, Piskunov S.<sup>2</sup>, Tarashchuk O.<sup>3</sup>, Klimkovich T.<sup>4</sup>, Shardyko V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Educational Institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus

<sup>2</sup> BelVentura Dentistry, Minsk, Belarus

<sup>3</sup> 30<sup>th</sup> City Clinical Polyclinic of Minsk, Minsk, Belarus

<sup>4</sup> 8<sup>th</sup> City Clinical Dental Polyclinic of Minsk, Minsk, Belarus

## Glossodynia in Dental Practice

**Conflict of interest:** nothing to declare.

**Authors' contribution:** concept, text, editing – Zinovenko O., set of clinical material – Zinovenko O., Piskunov S., Tarashchuk O., Klimkovich T., Shardyko V.

Submitted: 09.10.2023

Accepted: 24.11.2023

Contacts: olia.zinovenko@yandex.by

### Abstract

The study examined the general somatic and dental status of a patient with glossodynia. The patient cannot specify the exact time of the appearance of the first symptoms of the disease. It is associated with a trauma to the cervical spine and a severe stressful situation about 6 years ago. Initially, there were unpleasant sensations in the tongue on temperature (hot) and chemical (sour, acute) stimuli. About 3 years ago, an intraosseous implant was placed in the area of the missing tooth 3.5. After undergoing surgery and prosthetics, the nature of sensations in the tongue began to change towards a rapid increase in pain in the evening and at night, a feeling of heaviness and even sometimes difficulty in speech. The patient is observed by a gastro-enterologist for a long time. The diagnoses according to ICD-10 are K21.0 Gastroesophageal reflux with esophagitis. K 29.3 Chronic superficial gastritis.

During the dental examination, preliminary diagnoses were made: K07.26 Displacement of the dental arches from the midline. K14.6 Glossodynia. K14.1 «Geographical» language. F45.8 Bruxism. K03.0 Increased tooth erasure.

It is recommended to continue monitoring and treatment with a gastroenterologist. A referral was given for consultation with a neurologist, an orthodontist, and an orthopedic dentist. The patient was taken for dynamic observation.

**Keywords:** glossodynia, burning sensation, pain in the tongue, dental and general somatic status

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Впервые термин «глоссалгия» встречается в литературе в 1837 г. (Veisse) и 1845 г. (Buisson), а определение понятия «глоссодиния» дал в 1896 г. Oppenheim [16]. Однако единого определения «глоссалгия/глоссодиния» до сих пор не сформулировано [15].

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) для этой патологии применяет термин «синдром горящего рта» (burning mouth syndrome) и определяет как «хроническое внутриротовое жжение, которое не имеет идентифицируемой причины ни местного, ни системного состояния или заболевания» [15].

Согласно 3-му изданию Международной классификации головной боли (ICHD-3, 2018), синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) относится к 13-й главе «Краниальные невралгии и другие лицевые боли» (13.11 Burning mouth syndrome). Сформулированы диагностические критерии: оральная боль, повторяющаяся ежедневно в течение 2 ч и более в течение 3 и более месяцев; ощущение жжения; ощущается поверхностно в слизистой оболочке полости рта; слизистая оболочка полости рта не имеет повреждений или изменений, включая сенсорное тестирование [13].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) одобряет аналогичное определение в своей системе классификации 2016 г. (код МКБ-10). Здесь глоссалгия (K14.6) включает дополнительные термины, такие как «глоссодиния», «глоссопироз» и «болезненный язык», описывается как «болезненные ощущения в языке, включая жжение» [15]. В неврологической адаптации классификации отражено понятие синдрома «пылающего рта» (G44.847) [16].

Для определения болевого симптома в полости рта используют различные термины: синдром жжения полости рта, глоссалгия, глоссодиния, стомалгия, глоссопироз, стоматопироз, стоматодиния, кортико-висцеро-бульбарный синдром, вегеталгия, симпаталгия, болезненный рот, болезненный язык и оральная дизестезия, вегетоз языка, сенсорный невроз языка, синдром «пылающего языка», «пылающего рта», синдром «горящего рта» [1, 13, 16].

Одной из причин такой разницы в терминологии является недостаточное изучение этиологии и патогенеза данного заболевания. На сегодняшний день, исходя из классификации МКБ-10, для определения данного заболевания при локализации болевых ощущений в области языка применяют термин «глоссодиния», а при локализации болевых ощущений в области языка, неба, губ, задней стенки глотки – термин «синдром «пылающего рта» [10, 13, 16, 17].

Вопрос этиологии глоссодинии до сих пор является открытым и не имеет общего мнения [1, 2]. Согласно клиническим наблюдениям и экспериментальным данным ряда авторов, патогенез глоссодинии рассматривается как висцеро-рефлекторный стволочный синдром, развивающийся вследствие поражения группы ядер ствола мозга при висцеральной патологии на фоне вегетативной дисфункции [7]. Существует мнение, что данная патология является мономорфным собирательным понятием, обозначающим парестезии и другие нарушения чувствительности по сегментарному типу в совокупности с бульбарными явлениями [10]. Другие же исследователи считают, что глоссодиния может появляться вследствие поражения центрального или периферического звена центральной нервной системы, т. е. заболевание может возникнуть вследствие травматических поражений ЦНС, опухолевых и опухолеподобных поражений, инфекционных факторов, сосудистых расстройств [1]. Также в качестве причин глоссалгии выявили повышение активности симпатико-адреналовой и серотониновой систем, угнетение ферментативных систем на этапах биосинтеза биологических активных веществ [15].

Ряд ученых-стоматологов считают глоссалгию и глоссодинию различными заболеваниями. Глоссалгия обычно рассматривается как сборное название соматических и вегетативных болевых феноменов языка и смежных участков слизистой полости рта. Причинами возникновения глоссалгии считают заболевания центральной и периферической нервной системы инфекционного и травматического происхождения. Считается, что глоссодиния возникает вследствие поражения чувствительных

и двигательных ядер понто-бульбарного отдела ствола головного мозга. При этом нарушение поверхностной чувствительности по сегментарному диссоциированному типу указывает на поражение бульбо-спинальных ядер тройничного нерва; изменение вкуса – на патологию вкусового ядра; а такие нарушения, как тремор языка, быстрая его утомляемость, фасцикуляция, говорят о поражении ретикулярной формации продолговатого мозга и двигательного ядра подъязычного нерва [6].

Единого мнения о причинах возникновения глоссалгических явлений нет. Считается, что это заболевание развивается вследствие разнообразных нарушений в организме. Из основных причин выделяют: нарушение нервной регуляции языка (остеохондроз шейного отдела позвоночника, дефекты височно-челюстного сустава); повышенную нервно-психическую возбудимость; поражение внутренних органов (печень, ЖКТ,  $V_{12}$ -, железодефицитная анемии); эндокринные нарушения (преимущественно в период пери- и менопаузы); длительно действующие местные раздражители (синдром гальванизма, болезни зубов, некачественное протезирование, проблемы стоматологической имплантологии, проблемы ортодонтии (понижение или завышение высоты прикуса); токсико-аллергический фактор – длительный прием лекарственных препаратов, которые провоцируют возникновение глоссалгии и стомалгии; инфекционные процессы в челюстно-лицевой области (воспалительные процессы уха и придаточных пазух носа) [2, 14, 15]. Патология чувствительных и двигательных ядер каудального отдела ствола головного мозга при заболеваниях внутренних органов клинически проявляется висцеро-рефлекторным ствольным синдромом – глоссодинией. Преобладание интенсивности парестезии в языке является патогномичным признаком глоссодинии [7, 9, 10].

Согласно ряду авторов, глоссодиния определяется как совокупность нейропсихических расстройств и сопутствующих патологий с преимущественным сенсорным поражением слизистой оболочки полости рта и отсутствием внешних дефектов ее поверхности [6, 11, 15]. Существует мнение, что глоссодиния – комплексное заболевание, которое проявляется большим спектром различных симптомов и жалоб пациентов, встречается чаще у женщин, а также зависит от наличия ортопедических конструкций в полости рта, качества гигиены и общих заболеваний организма [1, 3, 11].

В происхождении глоссодинии существенную роль отводят функциональным нарушениям центральной нервной системы, а соматическим выражением считают сенестопатии в области рта [17]. Общепризнанным пусковым механизмом считают стресс, увеличивающий активность симпатической нервной системы, с одновременным нарушением антиноцицептивной системы организма [4, 12].

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 действие на ноцицептивные рецепторы [3, 8, 12]. 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, которые рассматриваются как симптом основного соматического заболевания [5, 9, 12].

На сегодняшний день глоссодиния остается недостаточно известным широкому кругу врачей болезненным состоянием с точки зрения как этиопатогенеза, клинической картины, так и лечебной тактики. Она представляет собой хроническое заболевание, ведущим проявлением которого является орофациальная боль или жжение. При этом, как правило, отсутствуют видимые изменения со стороны слизистой оболочки полости рта и языка. Симптомы, связанные с глоссодинией, сильно ухудшают качество жизни пациентов. Имеются определенные трудности при постановке диагноза, так как данное состояние является диагнозом исключения, а каких-либо универсальных диагностических методов не существует.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение стоматологического и общесоматического статуса пациентки с проявлением глоссодинии.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка Р., 44 года, обратилась на консультативный прием с жалобами на жжение, чувство «ошпаривания» и «одревенения» боковой поверхности языка слева. Со слов пациентки, данные ощущения нарастают с распространением на кончик языка и переходят в болевые в вечернее время, на фоне стрессовых ситуаций. Такие приступы имеют цикличность с периодическими сильными обострениями и непродолжительными ремиссиями в период нервно-психической релаксации. Пациентка отмечает субъективное ощущение отека со стороны языка, появление «пятен и кругов» на спинке языка при нарастании болевых ощущений, частые пробуждения из-за сухости во рту и жжения языка, затруднение глотания, чувство «кома» в горле, тяжести языка после длительных разговоров. Жалоб на усиление неприятных и болевых ощущений в языке при приеме пищи не предъявляет.

Вредные привычки у пациентки отсутствуют, ведет здоровый образ жизни, ответственно относится к состоянию своего здоровья. Пациентка открыта к общению и сотрудничеству с врачами. Признаков депрессивного и тревожного состояния при общении не выявлено.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка не может указать точное время появления первых симптомов заболевания. Связывает с перенесенной травмой шейного отдела позвоночника и сильной стрессовой ситуацией около 6 лет назад. Вначале возникали неприятные ощущения в языке на температурные (горячее) и химические (кислое, острое) раздражители. Пациентка неоднократно обращалась к врачам стоматологического профиля, прошла курс лечения у врача-психотерапевта. Около 3 лет назад был поставлен внутрикостный имплантат в области отсутствующего зуба 3.5. После перенесенного операционного вмешательства и протезирования характер ощущений в языке, со слов пациентки, стал меняться в сторону быстрее нарастающей боли в вечернее и ночное время, чувства тяжести и даже иногда затрудненности речи. Из-за неприятных ощущений во рту пациентка отмечала появление бессонницы, повышенной раздражительности, снижение работоспособности.

Пациентка наблюдается у врача-гастроэнтеролога продолжительное время. ГЭРБ (клинически). Недостаточность кардии. Эрозия желудка. Эритематозная проксимальная дуоденопатия. Хронический пангастрит слабовыраженный, слабоактивный, с эрозиями в антруме, hp+/- . HP-инфекция (*Helicobacter pylori*). Эрадикация HP в анамнезе. Гиперхолестеринемия с дислипидемией. Незначительные диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Выставленные диагнозы по МКБ-10: K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом. K29.3 Хронический поверхностный гастрит.

Антитела к *Helicobacter pylori* Ig A/Anti-*Helicobacter pylori* Ig A – 1,01 (сомнительный). От эрадикации решено было воздержаться в связи с реакцией со стороны языка.

Проведена ЭФГДС (09.12.2021) со следующим результатом: гистологическая картина характеризует реактивную гастропатию, наиболее вероятно, на фоне дуоденогастрального рефлюкса и/или аутоиммунного гастрита. Хронический гастрит фундальный.

Неоднократно было проведено бактериологическое исследование ротовой полости с целью выявления грибов рода *Candida* и других дрожжеподобных грибов, стрептококков, стафилококков и иных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в разных лечебных учреждениях с отрицательным результатом.

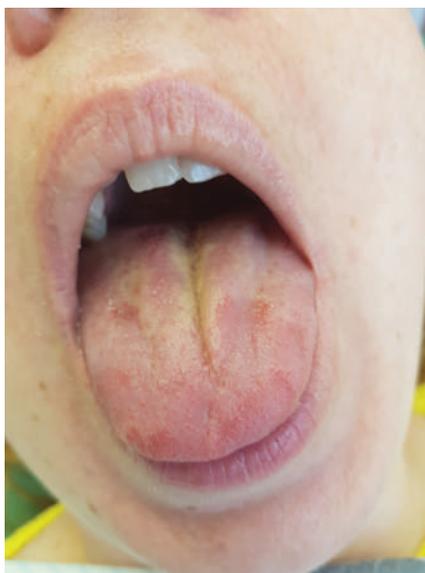
Проведено определение ДНК патогенной и условно-патогенной микрофлоры методом ПЦР-РВ от 14.03.2023. Биотоп взятия материала: соскоб эпителиальных клеток из ротоглотки, поверхности корня языка, спинки языка, небных дужек. Лабораторное заключение: качество образца для исследования адекватное. В биологическом материале из условно-патогенных микроорганизмов в диагностически значимой концентрации выявлена ДНК *Streptococcus* spp. ( $1,0 \times 10^4$  ГЭ/мл), дифференциальная диагностика – ДНК *Streptococcus epidermidis* (обнаружено). S: фторхинолоны, макролиды,  $\beta$ -лактамы. Результат клинически значимый.

При стоматологическом осмотре выраженной асимметрии лица не выявлено, кожные покровы физиологической окраски без патологических высыпаний, пальпация поднижнечелюстных лимфоузлов безболезненна, кайма губ розовой окраски, трещины в уголках губ отсутствуют, открывание рта в полном объеме, движения в височно-нижнечелюстном суставе слева S-образные, прикус перекрестный, средние линии между верхними и нижними центральными резцами не совпадают, смещены влево. Пальпация жевательных и мимических мышц лица безболезненна, триггерных точек в области лица не выявлено.

При описании локального статуса следует отметить наличие в ротовой полости металлокерамической коронки на зубе 3.6, одиночный внутрикостный имплантат в области 3.5. Индивидуальная гигиена удовлетворительная, согласно упрощенному индексу Грина – Вермиллиона (ОНИ-S=1,1).

Анализ крови на РДТК показал следующие результаты: Cr 9%, Ni 10%, Co 11%, АКР 8%.

Выявлены признаки бруксизма, функциональной перегрузки зубов: отпечатки зубов на боковой поверхности языка, фестончатый край резцов, фасетки стирания зубов, особенно выраженные на режущих краях клыков нижней челюсти, буграх жевательных зубов справа.



**Состояние языка при первичном осмотре**  
**The state of the tongue during the initial examination**

Язык несколько увеличен в размерах, отечен, бледно-розовой окраски. Дорзальная часть языка покрыта плотным желтоватым налетом, спаянным с подлежащими тканями. Кончик языка несколько гиперемирован, отечен, свободен от налета, с отпечатками зубов. На спинке языка, на боковой поверхности отмечаются очаги десквамации эпителия округлой формы, имеющие кайму беловатого оттенка (см. рисунок).

Пациентке были выставлены предварительные диагнозы: K07.26 Смещение зубных дуг от средней линии. K14.6 Глоссодиния. K14.1 «Географический» язык. F45.8 Бруксизм. K03.0 Повышенное стирание зубов.

Рекомендовано наблюдение и лечение у врача-гастроэнтеролога продолжать. Дано направление на консультацию к врачу-неврологу, врачу – стоматологу-ортодонт, врачу – стоматологу-ортопеду. Пациентка взята на динамическое наблюдение.

■ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В настоящее время глоссодиния представляет собой не до конца изученное состояние, характеризующееся сложным этиопатогенезом, полиморфной клинической картиной, динамично меняющейся и зависящей как от местных, системных и психогенных факторов, так и от коморбидного фона. Возникает множество вопросов и противоречий в терминологии, диагностике и лечении данных поражений языка. При диагностике большое внимание следует уделять консультациям смежных специалистов для сбора более полного анамнеза. Подход к лечению должен быть комплексным, а не только симптоматическим, с обязательным ослаблением или полным устранением этиологических факторов общесоматического или другого генеза.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Azarova O.A., Petrishcheva S.V. Glossodynia. *Scientific and practical journal*. 2021;24(2):9–12. (in Russian)
2. Borisova E.G. Clinical features of pain and paresthetic syndromes of the tongue. *Basic Research*. 2014;4(4):44–47. (in Russian)
3. Borisova E.G., Nikitenko V.V., Hlebnikov D.A. Methods for differential diagnosis of galvanosis and glossodynia in an outpatient setting. *Health and education in the 20th century*. 2016;18(4):29–31. (in Russian)
4. Smulevich A.B., Lvov A.N., Yuzbashyan P.G., Tereshchenko A.V., Michenko A.V., Bobko S.I., Voronova E.I., Romanov D.V. Glossalgia as a syndrome of psychodermatological pathology. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(7):7–13. (in Russian)
5. Zashchihin E.N., Oreshaka O.V. Clinical and laboratory assessment of the effectiveness of complex treatment of patients with glossodynia. *The Dental Institute*. 2014;1(1):88–89. (in Russian)
6. Iordanishvili A.K., Libih D.A., Ryzhak G.A. Stomalgia in elderly and senile people: diagnosis, classification and evaluation of treatment effectiveness. *The Dental Institute*. 2013;2(2):50–53. (in Russian)
7. Penner V.A., Borisenko V.V., Rokotyanskaya V.V., Slavnogorodskaya O.I. Clinical case of visceroreflex trunk syndrome – glossodynia: features of diagnosis and treatment. *Zahal'na patolohiya ta patolohichna fiziolohiya*. 2015;10(2):46–53.
8. Irina K. Lutsкая. Role of local physician in the early detection of maxillofacial neurogenic disorders. *Clinical Review for General Practice*. 2022;1(1):29–34. (in Russian)
9. Muhametova D.D., Nabiullina D.I., Hafizova T.A. Clinical case of glossodynia in the practice of a gastroenterologist. *Practical medicine*. 2019;17(6 issue 1):67–70. (in Russian)
10. Oreshaka O.V., Zashchihin E.N. Optimization of an integrated approach to the treatment of patients with glossodynia. *Clinical dentistry*. 2013;66(2):32–35. (in Russian)
11. Lavrovskaya Ya.A., Romanenko I.G., Lavrovskaya O.M., Buglak V.A. Features of clinical manifestations, diagnosis and treatment of glossalgia and glossodynia. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ"*. 2019(2):149–154. (in Russian)
12. Adkina G.V., Chestnyh E.V., Ol'hovskaya E.B., Goreva L.A., Kartasheva Yu.N. Paresthesia of the oral mucosa. *Upper Volga Medical Journal*. 2016;15(3):37–41. (in Russian)
13. Parhomenko E.V., Lunev K.V., Sorokina E.A. Burning mouth syndrome. Difficulties of diagnostic search. *RMJ. Medical Review*. 2020;4(9):560–565. (in Russian)
14. Popova L.G., Petrova T.G. The effectiveness of complex treatment of glossodynia. *The Siberian Scientific Medical Journal*. 2018;1(1):22–24. (in Russian)
15. Tereshchenko A.V., Dzhapueva A.Ya. Glossalgia/glossodynia as an interdisciplinary problem. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2021;20(1):19–24. (in Russian)
16. Tiunova N.V., Vdovina L.V. Issues and solutions to the terminology of the "flaming mouth" syndrome in dentistry. *Dentalforum*. 2017;4(4):73–74. (in Russian)
17. Fokina N.M., Shavlovskaya O.A. Burning mouth syndrome. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(1):76–79. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911901176> (in Russian)