

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.314.17-008.1+616.313-002.258+616.995.132.+161.993.1:576.893.161.22

*Н.Н. Савельева**Харьковский национальный медицинский университет***НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯЗЫКА И ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИЕЙ**

Изучена распространенность заболеваний языка у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) I–II ст. тяжести на фоне паразитарных инвазий (энтеробиоз, токсокароз, лямблиоз). Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости десквамативного глоссита и глоссодинии у этой категории больных. Показано, что паразитозы являются фактором риска развития не только хронического генерализованного пародонтита, но и заболеваний языка. Раскрыты некоторые стороны взаимосвязи и взаимовлияний ХГП, заболеваний языка и паразитозов. Имеются сведения, подтверждающие роль ХГП в развитии заболеваний языка – десквамативного глоссита и глоссодинии. Также установлено, что наличие заболеваний языка изменяет характер течения ХГП, утяжеляя его.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, десквамативный глоссит, глоссодиния, паразитарные инвазии, энтеробиоз, токсокароз, лямблиоз.

Без системного подхода к организму и на этапе диагностического поиска, и при выборе метода лечения невозможно создание целостного клинического образа больного, в котором получают отображение глубинные индивидуальные патогенетические механизмы патологического процесса.

Именно интегральный подход к определению состояния организма больного, при котором он рассматривается как целостная живая система, позволил врачам-стоматологам установить причину малоуспешного (а иногда и безуспешного) лечения заболеваний пародонта по общепринятой традиционной схеме у определенной категории больных, увидев ее в негативном свете.

Паразитарные заболевания и в XXI в. остаются одними из самых частых видов патологии и представляют собой медико-социальную проблему. Так, по данным ВОЗ, из 50 млн человек, которые умирают ежегодно в мире, более чем у 16 млн причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания [1]. С.А. Крамарев указывает, что ежегодный показатель гельминтизации в Украине составляет более тысячи случаев на 100 тыс.

населения [2]. В отдельных ее областях (Полтавской, Сумской, Черниговской) население поражено гельминтами более чем на 60 % [3].

Важность проблемы гельминтов и их взаимоотношений с организмом хозяина определяется не только необходимостью дальнейшего снижения заболеваемости гельминтозами, но и тем, что они могут ухудшать состояние здоровья людей, отягощают течение других патологических процессов непаразитарной природы [4]. Известно, что при паразитарных заболеваниях формируется вторичный иммунодефицит [5], имеющий большое значение как для всего организма в целом, так и, в частности, для состояния пародонта, слизистой оболочки полости рта (СОПР).

В ходе проведенных исследований, подтвердивших распространенность у паразитарных больных ХГП I–II ст. тяжести, прослеживалась выраженная тенденция к сочетанности данного заболевания и заболеваний языка, что и определило необходимость более тщательного изучения последнего.

Язык – это мышечный орган, участвующий в жевании, сосании, глотании, артикуляции, определении вкуса и речеобразовании.

© Н.Н. Савельева, 2014

Созданная Р.С. Матвеевым [6] экспериментальная модель макроглоссии, убедительно доказавшая не только остеолингвальные (применительно к лицевому скелету), но и кардилингвальные связи, влияние на эндокринную и другие системы человека, еще раз указывает на исключительную роль языка в человеческом организме. Язык – важный ключ врачебной науки: его внешний вид способствует постановке и уточнению диагноза многих патологических состояний органов и систем организма. Активно развивающаяся лингводиagnostика рассматривает рельеф слизистой оболочки языка как значимый диагностический тест, отражающий соматическую патологию с ранних функциональных фаз заболевания, что позволяет врачу-стоматологу иметь информацию о состоянии организма раньше, чем другим специалистам [7].

Как известно, различные проявления со стороны языка возможны при патологии не только органов брюшной полости, но и нервной, сердечно-сосудистой, кровяной, эндокринной систем, при патологии обмена веществ и соединительной ткани, нарушениях витаминного баланса [8].

Наиболее постоянным симптомом паразитарного заболевания – лямблиоза у детей является стойкая обложенность языка [9]. Поэтому одним из главных показателей выздоровления при лямблиозе авторы [10] считают внешний вид языка, а именно его очищение.

Однако информативен не только внешний вид языка – изменение рельефа, цвета, размеров, появление налета, трещин и т.д. По соскобу с языка и нахождению в нем цист лямблий с недавнего времени появилась возможность в кратчайшие сроки проводить диагностику лямблиоза [11].

Изучение литературных источников, касающихся состояния полости рта при паразитозах, показало, что язык не остается безучастным к присутствию в организме гельминтов. Свидетельство этому мы находим в работах врачей различных профилей, в том числе и стоматологов. Об изменении в окраске дорсальной поверхности языка, трещинах, язвах на нем при паразитозах в своих работах пишут многие авторы [12–17]. О болях в языке у инвазированных отмечается в работах [18–20], о треморе языка – [21, 22], о налете на языке – [23–28].

В связи с тем, что объектом нашего исследования являлись паразитарные больные, отягощенные ХГП, особый интерес представлял вопрос взаимосвязи между заболеванием пародонта и СОПР, а именно языка при паразитозах. Поэтому целью данного исследования явилось изучение распространенности заболеваний языка у больных ХГП I–II ст. тяжести на фоне паразитозов, а также анализ взаимосвязи между данными заболеваниями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 540 больных паразитозами (энтеробиоз, токсокароз, лямблиоз) в возрасте от 20 до 40 лет с подтвержденным диагнозом ХГП I–II ст. тяжести – основная группа, состоящая из трех подгрупп по 180 пациентов в каждой – с энтеробиозом, с токсокарозом и лямблиозом. Группу сравнения составили 90 пациентов с ХГП I–II ст. тяжести без паразитарной инвазии.

Диагностика заболеваний пародонта и СОПР проводилась в соответствии с общепринятыми клиническими и параклиническими методами обследования. Для установления диагноза использовали классификацию заболеваний пародонта и СОПР Н.Ф. Данилевского [20]. Психологическое тестирование осуществляли с применением опросника ММРІ и опросника самооценки психических состояний [29].

Результаты и их обсуждение. Клинический осмотр больных ХГП I–II ст. тяжести, инвазированных энтеробиозом, лямблиозом, токсокарозом, показал наличие изменений во внешнем виде языка: эрозии, трещины, язвы, участки поражения, меняющие формы и место расположения, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, складчатость, налет (различной окраски и плотности). При опросе было установлено, что у больных имеются жалобы в отношении болевых и неестественных ощущений в языке, жжение, фибриллярные подергивания, ползание мурашек, ощущение волоса, покалывание, онемение, появление зуда в языке, сухости во рту, парестезии, нарушение саливации. Наиболее характерной жалобой было ощущение жжения в языке, зачастую переходящее на всю СОПР.

Исследования показали, что у 46 % (251 чел.) пациентов, отягощенных ХГП на фоне паразитарных болезней, отмечались заболевания

языка: десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, складчатый язык, глоссодиния, тогда как у лиц без паразитозов эти заболевания составили 41 % (23 чел.). Наибольшее распространение у больных ХГП с паразито-зами получили десквамативный глоссит – 125 чел. (23 %) и глоссодиния – 74 (14 %). При этом у больных ХГП с энтеробиозом десквамативный глоссит составил 23 % (42 чел.); с токсокарозом – 36 % (20 чел.) и с лямблиозом – 20 % (47).

Таким образом, наибольшее распространение эта патология получила у больных ХГП с лямблиозом, а наименьшее количество больных десквамативным глосситом наблюдалось в группе сравнения – 18 % (16 чел.), табл. 1.

Таблица 1. Заболевания языка при паразитарных инвазиях (энтеробиоз, токсокароз, лямблиоз), абс. ч. (%)

Заболевания языка	Энтеробиоз (n=180)	Токсокароз (n=180)	Лямблиоз (n=180)	Итого (n=540)	Группа сравнения (n=90)
Десквамативный глоссит	42 (23)	36 (20)	47 (26)	125 (23)	16 (18)
Ромбовидный глоссит	6 (3)	4 (2)	8 (4)	18 (3)	4 (2)
Складчатый язык	11 (6)	7 (4)	16 (9)	34 (6)	7 (4)
Глоссодиния	25 (14)	20 (11)	29 (16)	74 (14)	14 (8)
Итого	84 (47)	67 (37)	100 (56)	251 (46)	41 (23)

Клинические проявления десквамативного глоссита, описанные в различных публикациях, идентичны, но отличаются трактовкой в терминологии. Патологию языка авторы этих публикаций описывают как эритему мигрирующую, географический язык, эксфолиативный глоссит, мигрирующий глоссит и пр. Причинные факторы этого заболевания на сегодняшний день не установлены. Десквамативные изменения описаны при патологии ЖКТ [30–32], нервной [33, 34], эндокринной [35] систем, болезнях крови и кроветворной системы [36–38]. Н.Ф. Данилевский [20] отмечает, что в возникновении десквамативного глоссита немалую роль отводят глистной инвазии. Г.В. Банченко [39] пишет, что «географический язык», при котором наблюдаются неравномерное слущивание и регенерация эпителия, появляется при нарушениях ЖКТ, глистных инвазиях, токсемиях беременности, диатезах. Л.А. Цветкова-Аксамит с соавт. [40] также высказывает предположение о том, что десквамативный глоссит связан с глистной инвазией.

Достаточно высокие показатели частоты распространения десквамативного глоссита, выявленные в ходе исследований, высокий процент его излечения после антипаразитарной терапии (63 %), а также отсутствие в течение 6 месяцев рецидивов заболевания у 78 % паразитарных больных позволяют говорить о безусловной связи между заболеванием языка и паразитами.

Было отмечено, что у некоторой части больных с десквамативным глосситом течение ХГП имело непрерывно рецидивирующий характер. В результате проведенных исследований удалось установить, что именно при кандидозной форме десквамативного глоссита значительно усложнялось лечение ХГП по традиционной схеме.

Следует заметить, что при определении клинических форм десквамативного глоссита мы отталкивались от результатов исследования Т.Н. Модиной с соавт. [30], хотя выделенные ею аллергическая и дисбиотическая формы заболевания не требовали в нашей работе вычленения их в отдельные самостоятельные единицы. Объяснялось это тем, что у всех исследуемых больных были диагностированы дисбиотические нарушения в полости рта и все пациенты имели аллерген в виде «гельминтов, их частей, продуктов их жизнедеятельности» [41]. Поэтому наиболее характерными формами десквамативного глоссита в наших исследованиях оказались две формы: кандидозная (характеризующаяся либо обильным налетом, легко снимающимся, белого цвета, либо трудно снимающимся, серого цвета) и неврогенная (характеризующаяся высокой скоростью миграции десквамированных участков).

Установленная связь между кандидозной формой десквамативного глоссита и утяжелением характера течения ХГП объясняется, по

нашему мнению, скорее всего агрессивностью грибковой инфекции, получающей в полости рта максимальное распространение на дорсальной поверхности языка [42]. Развитие грибов *Candida albicans* при снижении иммунологической резистентности, в данном случае обусловленной паразитарным заболеванием, «способствует развитию резистентности к общепринятым средствам местного лечения, что приводит к усилению и сохранению воспалительного процесса в полости рта» [43].

В то же время следует считаться и с тем, что «пародонтальный очаг» хронической инфекции, формирующийся при воспалительно-деструктивных поражениях комплекса пародонтальных тканей, способен изменить общую иммунологическую резистентность организма и создать «благоприятный» фон для инициации системных иммунных нарушений, в том числе и патологических изменений в СОПР [44–47]. Ученые указывают на то, что хронический генерализованный пародонтит (ХГП) часто осложняет течение заболеваний СОПР [48].

Несмотря на то, что в нашем исследовании установлено, что у больных с паразитами диагноз ХГП был поставлен на фоне уже имеющего место десквамативного глоссита (об этом свидетельствует проведенный нами ретроспективный анализ амбулаторных карт), все же у нас имеются данные, подтверждающие влияние заболевания пародонта на СОПР, а именно на развитие патологических процессов в языке. Отмечается, что по мере утяжеления процессов, происходящих в тканях пародонта, наблюдается увеличение количества больных с заболеваниями языка (табл. 2).

Так, если среди больных ХГП I ст. тяжести с энтеробиозом десквамативный глоссит составил 8 % (15 чел.), то среди больных с ХГП II ст. тяжести – 15 % (27 чел.) У больных лямблиозом прогрессирование заболевания пародонта также влекло за собой увеличение количества случаев заболеваний глосситом: при ХГП I ст. тяжести 9 % (16 чел.), при ХГП II ст. тяжести 17 % (31 чел.). У больных ХГП I ст. тяжести с токсокарозом отмечалось 7 % (12 чел.) заболеваний десквама-

Таблица 2. Частота распространения заболеваний языка у пациентов с ХГП I–II ст. тяжести на фоне паразитарных заболеваний, n (%)

Заболевания языка	Энтеробиоз (n=180)		Токсокароз (n=180)		Лямблиоз (n=180)		Группа сравнения (n=90)	
Десквамативный глоссит	42 (23)	ХГП I ст. 15(8)	36 (20)	ХГП I ст. 12 (7)	47 (26)	ХГП I ст. 16 (9)	16 (18)	ХГП I ст. 5 (6)
		ХГП II ст. 27 (15)		ХГП II ст. 24 (13)		ХГП II ст. 31 (17)		ХГП II ст. 11 (12)
Ромбовидный глоссит	6 (3)	ХГП I ст. 2 (1,1)	4 (2)	ХГП I ст. 2 (1)	8 (4)	ХГП I ст. 3 (2)	4 (2)	ХГП I ст. 1 (0,5)
		ХГП II ст. 4 (2)		ХГП II ст. 2 (1)		ХГП II ст. 5 (3)		ХГП II ст. 3 (1,7)
Складчатый язык	11 (6)	ХГП I ст. 4 (2)	7 (4)	ХГП I ст. 3 (2)	16 (9)	ХГП I ст. 6 (3)	7 (4)	ХГП I ст. 3 (2)
		ХГП II ст. 7 (4)		ХГП II ст. 4 (2)		ХГП II ст. 10 (6)		ХГП II ст. 4 (2)
Глоссодиния	25 (14)	ХГП I ст. 10 (6)	20 (11)	ХГП I ст. 9 (5)	29 (16)	ХГП I ст. 12 (7)	14 (8)	ХГП I ст. 5 (3)
		ХГП II ст. 15 (8)		ХГП II ст. 11 (6)		ХГП II ст. 17 (9)		ХГП II ст. 9 (5)
Итого	84 (47)		67 (37)		100 (56)		41 (23)	

тивного глоссита, у больных ХГП II ст. тяжести их количество также увеличилось и составило 13 % (27 чел.). Следует отметить, что в группе сравнения рост заболеваемости десквамативным глосситом также был напрямую связан с утяжелением воспалительного процесса в пародонте. Так, если у больных ХГП I ст. тяжести без паразитозов заболеваемость десквамативным глосситом составила 6 % (5 чел.), то у больных ХГП II ст. тяжести этот показатель составил 12 % (11 чел.).

Однако не всегда симптом болезненности языка, который характерен в большинстве случаев для десквамативного глоссита, свидетельствует о нарушении целостности эпителия слизистой оболочки. Большие трудности связаны с лечением заболевания, сопровождающегося болью, порой нестерпимой, неприятными ощущениями в различных участках языка, а иногда и всей СОПР без видимых местных изменений. Речь идет о глоссодинии, выявленной в ходе исследования у больных с паразитозами и встречающейся в литературе под разными названиями: стомалгия, глоссалгия, глоссопиррозис, невроз языка, синдром жжения полости рта и др.

Наши исследования показали, что частота распространения глоссодинии у больных ХГП с паразитозами составила 14 % (74 чел.), при этом у больных ХГП с энтеробиозом 14 % (25 чел.), токсокарозом 11 % (20 чел.), лямблиозом 16 % (29 чел.).

Так же как и десквамативный глоссит, глоссодиния имела наибольшую встречаемость у больных ХГП с лямблиозной инвазией.

До настоящего времени вопросы этиологии, патогенеза, особенности клинических проявлений и методов лечения глоссодинии остаются недостаточно изученными. Наиболее популярной теорией возникновения данной патологии является неврогенная [49]. Однако причину возникновения данного заболевания видят в том числе и в наличии гельминтной инвазии [49, 50], которая, в свою очередь, вызывает поражение не только органов, в которых гельминты непосредственно паразитируют, но и всего организма, особенно ЦНС [51]. В литературе отмечается, что при всех гельминтозах, как правило, наблюдается астено-невротический синдром [52], который в ряде случаев выступает единственным симптомом паразитарного заболевания [53, 54].

Проведенные наблюдения показали, что для больных ХГП с паразитозами было характерно подавленное настроение, тревожность, ухудшение коммуникации с врачом. Психологическое тестирование с применением опросника ММРІ и опросника самооценки психических состояний показало, что у 72 % больных глоссодинией выявлялся либо астено-невротический, либо депрессивно-ипохондрический синдром. Ученые полагают, что сенестопатические (то есть тягостные, неопределенные, нередко мигрирующие болезненные ощущения, часто причудливого характера) ощущения типа натяжения, саднения, расширения, зуда, щекотания в слизистой оболочке щек, десен, языка либо парестетические ощущения типа онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек нередко постепенно возникают именно на фоне астении [55, 56].

Вполне вероятно, что возникновение болевых ощущений в языке и окружающих тканях у больных с паразитозами может найти объяснение в нервных связях органов и тканей полости рта с внутренними органами, в данном случае претерпевающими патологические изменения на фоне паразитарных заболеваний. Согласно учению о висцеро-висцеральных рефлексх и висцерокортикальных изменениях можно объяснить характер нервных связей между органами, как в норме, так и при патологии. В контексте решения вопроса о роли ЦНС в процессах передачи ноцицептивной информации большое значение придается гипоталамической области и ретикулярной формации ствола мозга, куда поступают импульсы от органов и тканей. Очаги возбуждения и торможения, возникающие в них, ослабляют или усиливают рефлекторные реакции [57].

Значимым в контексте рассматриваемой темы является мнение ученых о том, что этиологическими факторами развития стомалгии наиболее часто являются стоматологические заболевания, в том числе и пародонтит [58].

О более высокой частоте заболеваний органов полости рта (гингивиты, пародонтиты, язвенные и эрозивные поражения СОПР) у лиц с синдромом жжения полости рта (СЖПР), чем в группе контроля, сообщают P.L. Maresky, P. van der Bijl [59]. Высокая частота распространения патологии пародонта у боль-

ных стомалгией отмечается и в исследованиях других авторов [60].

Проведенные нами исследования показали, что, судя по продолжительности заболевания (глоссодинии – от 2 до 7 лет), превышающей длительность заболевания пародонта, вряд ли можно говорить о том, что у паразитарных больных ХГП является пусковым механизмом в развитии данной патологии. Однако очевидной и клинически подтвержденной является зависимость числа больных глоссодинией (так же, как и в случае с десквамативным глосситом) от степени тяжести ХГП, так как при прогрессировании заболевания пародонта увеличивается количество больных данным заболеванием языка. Так, у больных ХГП I ст. тяжести с энтеробиозом глоссодиния отмечалась у 10 чел. (6%), а у больных ХГП II ст. тяжести – уже у 15 чел. (8%). Такая же тенденция просматривалась у больных ХГП с токсокарозом и лямблиозом. Так, среди больных ХГП I ст. тяжести с токсокарозом глоссодиния была зарегистрирована у 9 чел. (5%), среди больных ХГП II ст. тяжести – у 11 чел. (6%); у пациентов с лямблиозом при ХГП I ст. тяжести заболевание отмечалось у 12 чел. (7%), при ХГП II ст. тяжести – у 17 чел. (9%). В группе сравнения также отмечалось увеличение количества случаев глоссодинии у больных со II ст. тяжести ХГП – 9 чел. (5%) по сравнению с группой больных с I ст. тяжести ХГП – 5 чел. (3%).

И все же в данном конкретном случае следует говорить о взаимовлиянии двух названных заболеваний, а именно ХГП и глоссодинии, так как мучительный характер болей в языке, сопровождающийся угнетением

психики, депрессивным состоянием больных, в свою очередь, несомненно оказывает негативное влияние на состояние тканей пародонта. Показательным, по нашему мнению, является тот факт, что у 92% больных глоссодинией продолжительностью более трех лет отмечалась II ст. тяжести ХГП, тогда как у больных с меньшим сроком заболевания превалировала I ст. тяжести заболевания пародонта.

Выводы

Проведенные исследования еще раз доказывают, что «гельминтоз нельзя считать местным патологическим явлением, этот процесс лежит в основе заболевания всего организма», в котором наряду с высокой распространенностью ХГП отмечается и широкое распространение заболеваний языка – десквамативного глоссита и глоссодинии.

При отсутствии в настоящее время единого взгляда на пусковой механизм десквамативного глоссита и глоссодинии результаты нашей работы, подтверждающие мнение отдельных ученых о наличии связи между этими заболеваниями и паразитарными инвазиями, могут служить отправной точкой для дальнейших детальных разработок в этом направлении.

Теоретические рассуждения и практические исследования приводят также к логическому выводу о взаимовлиянии десквамативного глоссита и ХГП, а также глоссодинии и ХГП у больных с паразитозами, что является свидетельством сходности и взаимосвязи этиопатогенетических механизмов стоматологических заболеваний и в очередной раз доказывает необходимость отхода от узкого органопатологического взгляда в медицине.

Литература

1. *Афанасьев Е.* Борьба за жизнь: человек и гельминты / Е. Афанасьев // Здоров'я України. – 2005. – № 130. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/1174.html>
2. *Крамарев С.А.* Лямблиоз у детей / С.А. Крамарев // Medicus Amicus. – 2004. – № 5.
3. *Бодня Е.И.* Проблема паразитарных болезней в современных условиях // Сучасні інфекції : наук.-практ. часопис. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
4. Паразитозы человека: современные аспекты влияния на реактивность организма и актуальность при риносинуситах у детей / Г.И. Гарюк, Е.И. Бодня, И.В. Филатова, А.Н. Головки // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – № 4. – С. 72–77.
5. *Драник Г.Н.* Клиническая аллергология и иммунология / Г.Н. Драник. – М. : АстроПринт, 1999. – 603 с.
6. *Матвеев Р.С.* Макроглоссия: факторы риска, патофизиологические особенности межсистемных взаимоотношений и систематизация методов лингводиagnostики: автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Р.С. Матвеев. – М., 2011. – 26 с.

7. Ямашев И.Г. Лингвология, как научное направление / И.Г. Ямашев, М.М. Соловьев // Казанский вестник стоматологии. – 1996. – № 2. – С. 106–108.
8. Горлова В.А. Поражение полости рта при системных заболеваниях и нарушении обменных процессов / В.А. Горлова. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.volgostom.ru/referati-terapevticheskaya-stomatologiya/porazhenie-polosti-rta-pri-sistemnich-zabolevaniyach-i-narusheniyach-obmennich-protsessov>
9. Лямблиоз у детей (Методические рекомендации) / Н.И. Зрячкин, Ю.С. Цека, Т.Ю. Гроздова, Г.В. Гузеева. – Саратов : Саратовск. мед. ун-т, 2002. – 12 с.
10. Бандурина Т.Ю. Лямблиоз у детей / Т.Ю. Бандурина, Г.Ю. Кнорринг // Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 60–62.
11. Шкільна М.І. Лабораторна діагностика лямбліозу / М.І. Шкільна // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 4. – С. 43–46.
12. Исаева Н.С. Вивчення стоматологічної захворюваності в дітей з аскаридозом / Н.С. Исаева // Совр. стоматология. – 2011. – № 5. – С. 45–48.
13. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М. : Медицина, 1979. – 190 с.
14. Зрячкин Н.И. Гельминтозы (патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация и профилактика) / Н.И. Зрячкин: Учеб.-метод. пособие. – Саратов : СГМУ, 2006. – 26 с.
15. Ронь Г.И. Особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у пациентов с хронической описторхозной инвазией / Г.И. Ронь, О.Л. Ломов // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 2. – С. 24–27.
16. Федорова О.С. Распространенность пищевой аллергии у детей в мировом очаге описторхоза / О.С. Федорова // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Приложение № 2. – С. 189–191.
17. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма. Клиническое руководство для врачей / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М. : Бизнес Центр Стоматология, 2000. – 407 с.
18. Шкільна М.І. Клинико-патогенетическое обоснование некоторых форм крапивницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.20 «Кожные и венерические болезни» / М.И. Шкільна. – Харьков, 2010. – 26 с.
19. Пути улучшения качества лабораторной диагностики гельминтозов / Д.А. Долбин, Е.В. Агафонова, Л.Р. Смирнова, С.М. Хазиева // Казанский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 398–401.
20. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Нессин [и др.] – М., 2001. – 271 с.
21. Лаврентьева Н.Н. Гельминтозы: Учеб. пособие / Н.Н. Лаврентьева. – Челябинск, 2010. – 67 с.
22. Азизова Н.М. Диагностические критерии неврологических осложнений у детей с гельминтной и протозойной инвазией и пути их коррекции : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / Н.М. Азизова. – Ташкент, 2011. – 23 с.
23. Яхина С.В. Иммунобиохимические и клинические особенности хронического вирусного гепатита С, сочетанного с описторхозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.16 «Патологическая физиология» / С.В. Яхина. – Научный центр клин. и эксперим. медицины СО РАМН (Новосибирск). – Новосибирск, 2005. – 26 с.
24. Болтынова Р.З. Патогенетические механизмы развития энтеробиоза у детей и принципы корригирующей терапии / Р.З. Болтынова, Р.Х. Бегайдарова. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.med2000.ru/mps/article220.htm>
25. Денисов М.Ю. Лямблиоз у детей: клиника, диагностика и реабилитация / М.Ю. Денисов. – Новосибирск: Новосибирск. гос. ун-т, 2007. – 30 с.
26. Громов В.В. Оценка комплекса дерматологических симптомов лямблиоза в программе лечения детей с атопическим дерматитом на поликлиническом этапе / В.В. Громов // Матер. научн.-практ. конф., посвященной 65-летию Поликлиники № 1 РАН. – М. : Наука, 2011. – С. 12.
27. Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Г.Е. Зайденварг [и др.] // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики). – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 65–67.

28. Крамарев С.А. Диагностика лечения и профилактика лямблиоза / С.А. Крамарев // Здоров'я України. – К. – 2011. – № 2 (Педіатрія). – С. 19.
29. Dahlstrom W.G. An MMPI Handbook. A guide to use in clinical practice and research / W.G. Dahlstrom G.S. Welsh. – Minneapolis, 1960. – P. 235–254.
30. Диагностика и лечение различных форм десквамативного глоссита / Т.Н. Модина, А.В. Шумский, Е.В. Мамаева, В.А. Железняк // Вестник совр. клин. медицины. – 2010. – № 1. – С. 26–32.
31. Епишев В.А. Электронно-микроскопические и экспериментально-морфологические исследования полости рта при хроническом гастрите : автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.А. Епишев. – К., 1970. – 25 с.
32. Ташходжиева М.Х. Состояние органов рта при хронических гепатитах и циррозе печени у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Х. Ташходжиева. – Ташкент, 1987. – 43 с.
33. Шугля Л.В. Состояние органов полости рта у детей с хроническим гастроуденитом / Л.В. Шугля // Здравоохранение Белоруссии. – 1991. – № 6. – С. 10–13.
34. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика и лечение / А.М. Вейн. – М. : МИА, 2003. – 752 с.
35. Гречко В.Е. Нейростоматология – новый раздел медицины. Болевые и вегетативные синдромы и заболевания лица и полости рта / В.Е. Гречко. – М., 1987. – С. 10–12.
36. Серебренников Л.Е. Комплексное и патогенетическое лечение больных глоссалгией и десквамативным глосситом (клинико-экспериментальное исследование) : автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Л.Е. Серебренников. – М., 1986. – 41 с.
37. Чирва В.Г. Изменения в зубочелюстной системе и полости рта при агранулоцитозе / В.Г. Чирва // Стоматология. – 1968. – № 2. – С. 21.
38. Theriault A. Herpetic geometric glossitis in a pediatric patient with acute myelogenous leukemia / A. Theriault, P.R. Cochen // Am. J. Clin. Oncol. – 1997. – № 20 (6). – P. 567-568.
39. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М., 2000. – 407 с.
40. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ / Л.А. Цветкова-Аксамит, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-Информ, 2009. – 208 с.
41. Марушко Ю.В. Современное состояние проблемы гелимитозов у детей. Вопросы диагностики и лечения / Ю.В. Марушко, М.Г. Грачева // Совр. педиатрия. – 2012. – № 3 (43). – С. 1–5.
42. Латышева С.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта / С.В. Латышева // Совр. стоматология. – 2007. – № 1. – С. 57–61.
43. Ярова С.П. Клинические проявления ВИЧ СПИДа в полости рта / С.П. Ярова, А.С. Максютенко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2007. – Т. 7, вип. 4 (20). – С. 376–378.
44. Артюшкевич А.С. Заболевания пародонта / А.С. Артюшкевич. – М. : Мед. лит-ра, 2006. – 69 с.
45. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник. Ч. 2. Болезни пародонта. – М. : ГЭО-ТАР-Медиа, 2008. – С. 73.
46. Гончаренко М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов / М.С. Гончаренко, А.М. Латинова // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 60–61.
47. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М. : Мед. информ. агентство, 2009. – 336 с.
48. Мухамеджанова Л.Р. Красный плоский лишай и генерализованный пародонтит: circulus vitiosus или сочетанная патология? / Л.Р. Мухамеджанова, Е.С. Леонтьева, Р.Г. Кузнецова // Practikal medicine. – 2012. – № 8 (64). – С. 131–134.
49. Дычко Е.Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгии / Е.Н. Дычко, В.Н. Митровская // Стоматология. – 1990. – № 6. – С. 38–39.
50. Либих Д.А. Объективизация оценки эффективности лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих стомалгиями / Д.А. Либих, А.К. Иорданишвили // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 102–104.
51. Бодня Е.И. Клинико-иммунологические аспекты паразитарных болезней / Е.И. Бодня, И.П. Бодня // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 3. – С. 18–23.
52. Бодня Е.И. Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения / Е.И. Бодня // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 3 (29). – С. 56–62.

53. Азов С.Х. Лекарственный электрофорез при основных заболеваниях нервной системы / С.Х. Азов, В.Е. Гречко. – Учеб.-метод. пособие для студентов-субординаторов и врачей-интернов медвузов. – Ставрополь, 1987. – 48 с.

54. Терещенко Н.П. Гельминтозы. Клиника. Диагностика. Устранение паразитов с помощью препаратов корпорации «Виталайн» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://vitaline.at.ua/publ/12-1-0-179>

55. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания / М.Н. Пузин. – М.: Медицина, 1997. – 368 с.

56. Buchanan J. Burning mouth syndrome / J. Buchanan, J. Zakrzewska // Clin Evid (Online). – 2008. – P. 1685–1690.

57. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания / Елисеев Ю.Ю. – 2003. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://svitk.ru/004_book_book/14b/3098_eliseev-psihosomaticheskie_zabolevaniya.php

58. Золотарев А.С. Клинико-диагностические и терапевтические особенности стомалгии : автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.С. Золотарев. – М., 2011. – 26 с.

59. Maresky L.S. Burning mouth syndrome: a selective review / L.S. Maresky, L. Gird, P. van der Bijl // Ann. Dent. – 1993. – Vol. 52. – № 1. – P. 21–25.

60. Савушкин А.Н. Клинические проявления и гормонально-метаболические нарушения у больных стомалгией: автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.Н. Савушкин. – М., 1995. – 25 с.

Н.М. Савельева

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ, ПАТОЛОГІЧНИМ СТАНОМ ЯЗИКА ТА ПАРАЗИТАРНИМИ ІНВАЗІЯМИ

Вивчена поширеність захворювань язика у пацієнтів з паразитозами, обтяженими хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) I–II ст. тяжкості на тлі паразитарних інвазій (ентеробіоз, токсокароз, лямбліоз). Отримані результати свідчать про високу частоту зустрічальності десквамативного глоситу і глосодинії у цієї категорії хворих. Показано, що паразитози є фактором ризику розвитку не тільки хронічного генералізованого пародонтиту, але і захворювань язика. У статті розкрито деякі сторони взаємозв'язку і взаємовпливів ХГП, захворювань язика і паразитозів. Є відомості, що підтверджують роль ХГП у розвитку захворювань язика – десквамативного глоситу і глосодинії. Також встановлено, що наявність захворювань язика змінює характер перебігу ХГП, обтяжуючи його.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, десквамативний глосит, глосодинія, паразитарні інвазії, токсокароз, лямбліоз, енттеробіоз.

N.N. Saveleva

SOME ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS, PATHOLOGICAL CONDITIONS AND PARASITIC LANGUAGE INVASIONS

In this paper we studied the prevalence of language in patients with chronic generalized periodontitis I–II degree gravity on the background of parasitic infestations (enterobiosis, toxocarosis, giardiasis). The results show a high frequency of occurrence and desquamative glossitis glossodynia in this category of patients. The presented data show that the parasitosis is a risk factor not only chronic generalized periodontitis, but also diseases of the language. The article deals with some aspects of the relationship and mutual influences chronic generalized periodontitis, language disorders and parasitic diseases. There is evidence supporting a role in the development of diseases chronic generalized periodontitis language – desquamative glossitis and glossodynia. Also found that the presence of diseases of language changes the character of the flow of chronic generalized periodontitis, weighing it.

Key words: chronic generalized periodontitis, desquamative glossitis, glossodynia, parasitic infestations, toxocarosis, giardiasis, enterobiosis.

Поступила 30.04.14