

Н.А. Ушко

## Изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей

Институт стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель:** определить возможные изменения тактильной, болевой и температурной чувствительностей слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей.

**Методы.** Проведено исследование чувствительности слизистой оболочки полости рта у 96 больных с амелобластомами челюстей в возрасте от 19 до 58-и лет: I группа – 52 больных без наличия в полости рта металлических включений; II группа – 44 пациента с наличием в полости рта металлических включений.

**Результаты:** На основании обследования 96 больных с амелобластомами челюстей, при отсутствии у пациентов в полости рта металлических включений (52 чел.) и при их наличии (44 чел.), установлено, что у них встречались не только количественные, но и качественные нарушения разных видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки, которые расположены вокруг опухоли. При наличии в полости рта металлических включений отмечено увеличение числа качественных и количественных изменений чувствительности слизистой оболочки полости рта, что связано с наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

**Выводы:** Изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное количество жалоб и позднюю обращаемость пациентов с амелобластомами челюстей за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** Амелобластомы челюстей, тактильная чувствительность, болевая чувствительность, температурная чувствительность, гальваноз.

### Введение

Слизистая оболочка полости рта выполняет различные функции, одной из которых является чувствительная. Чувствительная функция слизистой оболочки полости рта осуществляется за счет наличия в ней большого количества различных рецепторов (болевых, тактильных, холодовых, тепловых, вкусовых). Число рецепторов в различных участках неодинаково. Наибольшее количество тактильных рецепторов находится на внутренней поверхности губ, кончике языка, маргинальных участках десны, а болевых – по переходной складке и в области мягкого нёба [1–3].

Изменение уровня чувствительности слизистой оболочки полости рта происходит не только за счет повышения или снижения порога чувствительности, но и за счет мобилизации (включения) или демобилизации (выключения) функциональных рецепторов. Процесс мобилизации и демобилизации функциональных элементов называется функциональной мобильностью. Снижение функциональной мобильности наблюдается при некоторых заболеваниях [4–5], связанных с гальванической патологией (гальванизме, гальванозе).

Ощущения, которые поступают к нашему сознанию от слизистой оболочки полости рта, делятся на три основных группы: болевые, температурные и тактильные. В зависимости от места воздействия соответствующих раздражителей различают поверхностную и глубокую чувствительности. Соответственно этим категориям ощущений поверхностную чувствительность делят на три подвиды: болевую, температурную и тактильную.

Тактильная чувствительность – это способность человека ощущать легкие прикосновения, а более энергичное прикосновение вызывает ощущение давления.

Чувство боли (болевая чувствительность) у человека появляется только тогда, когда раздражение по интенсивности превышает определенную величину.

Если в слизистую оболочку полости рта сделать легкий укол иглой, то ощущение от этого укола не вызывает боль, но как только мы сделаем это раздражение более сильным, то появляется чувство боли.

Термическая чувствительность заключается в способности воспринимать температурные воздействия (тепло и/или холод) и оценивать их количественно, т. е. отмечать разницу температур.

Болевой порог – это та «граница», при которой человек начинает чувствовать болевые ощущения. Если болевой порог повышен (т. е. чувствительность повышена), то боль минимальная. Если снижен порог болевой чувствительности, то человек в меньшей степени чувствует (ощущает) боль.

Различают количественные и качественные нарушения разных видов чувствительности. Количественными нарушениями тактильной чувствительности являются: гиперестезия (повышение), гипестезия (снижение) или анестезия (отсутствие). Повышение тактильной чувствительности, т. е. гиперестезия, связана со снижением порога восприятия для того или иного раздражения, понижение (гипестезия) – с повышением порога восприятия, а анестезия – с отсутствием восприятия. Применимо к болевой чувствительности это гипералгезия, гипалгезия и аналгезия, к температурной – термогиперестезия, термогипестезия и термоанестезия.

К качественным нарушениям чувствительности следует отнести извращенные восприятия внешних раздражений. К качественным нарушениям чувствительности следует отнести гиперпатию, парестезию, каузалгию. Гиперпатия – это своеобразное болезненное восприятие различных резких раздражений (легкие раздражения воспринимаются в зоне гиперпатии менее четко, чем в норме, а интенсивные раздражения, наоборот, – резко болезненными, крайне неприятными, мучительными). Парестезия – это не связанные с внешним

воздействием разнообразные ощущения (ползание мурашек, жжение, онемение, покалывание и т. п.). Появление чувствительности в виде сильных гжучих болей называется каузалгией. В стоматологической литературе каузалгию слизистой оболочки полости рта чаще всего связывают с повреждением тройничного нерва.

**Цель** исследования – определить возможные изменения тактильной, болевой и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей.

### Материал и методы обследования

Проведено исследование чувствительности слизистой оболочки полости рта у 96 больных с амелобластомами челюстей в возрасте от 19 до 58-т лет. В **I группе** находились 52 больных с амелобластомами челюстей без наличия в полости рта металлических включений (несъемных зубных протезов, изготовленных из неблагородных сплавов металлов, металлических внутризубных штифтов и др.). Во **II группу** были включены 44 пациента с наличием в полости рта металлических включений. Контрольную группу обследования составили 44 практически здоровых человека того же возраста и пола.

Тактильную, болевую и температурную чувствительности определяли на слизистой оболочке верхней и нижней губ, на переходной складке верхней и нижней челюстей, на слизистой оболочке дна полости рта и языке. Тактильную чувствительность определяли путем легкого прикосновения к слизистой оболочке кисточкой или ватой. Болевую чувствительность – при помощи иглы. Температурную чувствительность определяли по восприятию тепла и холода. Для восприятия температурной чувствительности «как тепло» пользовались температурой стеклянной пробирки с водой равной +38°C (согласно данных литературы, для этих целей нужно использовать температуру воды от +37°C до +40°C). Для восприятия температурной чувствительности «как холод» пользовались температурой стеклянной пробирки с водой с температурой, равной +18°C (по данным литературы, для этих целей нужно использовать воду температуры от +15 до +20°C). Измерение и оценивание разных видов чувствительности проводили согласно рекомендациям Е.З. Неймарк (1981).

Оценку чувствительности, т. е. объективизацию выявленной чувствительности, осуществляли по шкале, рекомендуемой Е.З. Неймарк:

- – чувствительность не нарушена;
- ± – сомнительное нарушение чувствительности;
- + – легкое (слабое) нарушение чувствительности;
- ++ – умеренное нарушение чувствительности;
- +++ – полное отсутствие чувствительности.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований были обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты обследования и их обсуждение

На основании анализа результатов обследования больных **I группы** установлено, что нарушения тактильной чувствительности были выявлены на разных участках слизистой оболочки. Отмечено, что нарушение тактильной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы на + или ++ были обнаружены у 16 из 36-ти больных (в 44,4 %) с расположением опухоли на нижней челюсти. По переходной складке нижней

челюсти с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения тактильной чувствительности установлены у 14 (в 38,9 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости были у 16 больных (в 44,4 %) при расположении амелобластомы в нижнечелюстной кости.

При расположении амелобластомы на верхней челюсти у больных **I группы** на слизистой оболочке верхней губы положительные нарушения тактильной чувствительности обнаружены у 5 из 16-ти больных (в 31,3 %). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом нёбе в области опухоли положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 8 (в 50,0 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади верхних зубов мудрости также были у 8-и больных (в 50,0 %) с расположением опухоли на верхней челюсти.

При расположении амелобластомы у больных **I группы** на нижней челюсти установлено, что нарушение болевой чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 18 из 36-ти больных (в 50,0 %). По переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон положительные нарушения болевой чувствительности обнаружены у 14 (в 38,9 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости выявлены у 16-ти больных (в 44,4 %).

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения болевой чувствительности на верхней губе обнаружены у 6 из 16 больных **I группы** (в 37,5%). По переходной складке верхней челюсти и со стороны твердого нёба положительные нарушения болевой чувствительности выявлены у 9 (в 56,3 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 9-ти больных (в 56,3 %) при расположении опухоли на верхней челюсти.

Установлено, что нарушения температурной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 16 из 36 больных **I группы** (в 44,4 %) при расположении опухоли в области тела нижней челюсти. По переходной складке нижнечелюстной кости с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения температурной чувствительности обнаружены у 17 (в 47,2 %) данных обследуемых. Нарушения этого вида чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади нижних зубов мудрости выявлены у 17-ти больных (в 47,2 %) при расположении амелобластомы в области тела нижнечелюстной кости.

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения температурной чувствительности верхней губы обнаружены у 8 из 16 больных **I группы** (в 50,0 %). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом нёбе со стороны опухоли положительные нарушения температурной чувствительности выявлены у 9 (в 56,3 %) этих обследуемых. Нарушения температурной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости зарегистрированы у 8 из 16-ти больных (в 50,0 %) при расположении амелобластомы в верхнечелюстной кости.

Таким образом, на основании обследования 52 больных с амелобластомами в **I группе** наблюдения, т. е. при отсутствии у этих пациентов в полости рта металлических включений, установлены не только количественные, но и качественные нарушения разных

видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки в области опухоли. У 31,3–50,0 % обследуемых с амелобластомами тактильная чувствительность изменялась в сторону снижения интенсивности восприятия ощущения, т. е. появлялись гипестезия и анестезия губ и слизистой оболочки, окружающей опухоль (по переходной складке, а также с язычной и небной сторон). У 17,3 % больных встречалась парестезия губ (ползание мурашек, жжение, онемение, покалывание и т. п.). Парестезия наблюдалась только у пациентов с нарушением чувствительности на ++ (два плюса). У 37,5–56,3 % больных с амелобластомами выявлено снижение порога восприятия болевой чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с гипалгезией и анальгезией (губ, переходной складки, с язычной и небной стороны). В 44,4–56,3 % случаев выявлено снижение порога восприятия температурной чувствительности, появлялись участки слизистой оболочки с термогипестезией и термоанестезией (губ, переходной складки с язычной или небной стороны). Случаев изменений тактильной, болевой или температурной чувствительности в сторону их повышения (гиперестезии, гипералгезии, термгиперестезии) у больных с амелобластомами любой локализации не выявили.

Вышеперечисленными количественными изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное число жалоб и позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью. Нарушение разных видов чувствительности у обследуемых с амелобластомами челюстей, по нашему мнению, связано с особенностью роста данной опухоли в челюстных костях.

Во II-й группе наблюдения было обследовано 44 больных с амелобластомами. Из них у 18 чел. (в 40,9 %) имелись металлокерамические зубные протезы, а у 26 чел. (в 59,1 %) – несъемные зубные протезы, которые были изготовлены из неблагородных металлов и их сплавов (нержавеющая сталь, хромо-кобальтовые и хромо-никелевые сплавы). У 7 чел. (15,9 %) одновременно находились как металлокерамические зубные протезы, так и несъемные зубные протезы, изготовленные из неблагородных металлов и их сплавов. В зубах, на которых фиксировались несъемные зубные протезы, имелись металлические штифты (от 3 до 9 шт.). Зубные протезы у обследуемых данной группы были изготовлены в следующие сроки: у 29 чел. (65,9 %) – от одного года до 2-х лет, у 8 чел. (18,2 %) – от 3 до 4-х лет, у 7 чел. (15,9 %) – более 5-ти лет. В этой группе были обследуемые с разными формами гальваноза. Атипичная форма гальваноза установлена у 18 чел. (40,9 %), типичная форма – у 26 чел. (59,1 %).

При расположении амелобластомы на нижней челюсти у больных II-й группы отмечены нарушения тактильной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы на + или ++ у 16 из 29-ти больных (в 55,2 %). По переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 14 (в 48,3 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости были обнаружены у 14 из 29-ти больных (в 48,3 %).

На верхней губе положительные нарушения тактильной чувствительности обнаружены у 6 из 15-ти больных (в 40,0 %) при расположении амелобластомы на верхней челюсти. По переходной складке верхней челюсти и на твердом небе положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 8 (в 53,3 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувстви-

тельности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 9-ти больных (в 60,0 %).

Обнаружено, что нарушения болевой чувствительности на слизистой оболочке нижней губы были выявлены у 15 из 29-ти больных (в 51,7 %) с расположением опухоли на нижней челюсти. Положительные нарушения болевой чувствительности по переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной стороны, а также в области ретромолярной зоны (позади нижних зубов мудрости) были у 15 больных (в 51,7%) при расположении амелобластомы в нижнечелюстной кости.

На верхней губе положительные нарушения болевой чувствительности обнаружены у 7 из 15 больных II-й группы (в 46,7 %) при расположении амелобластомы на верхней челюсти. По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и со стороны твердого неба положительные нарушения болевой чувствительности выявлены у 8 (в 53,3 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 7 из 15-ти больных (в 46,7 %) при расположении амелобластомы в верхнечелюстной кости.

Установлено, что нарушения температурной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 14 из 29 больных II-й группы (в 48,3 %) при расположении опухоли в области тела нижней челюсти. По переходной складке нижнечелюстной кости с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения температурной чувствительности были у 14 (в 48,3 %) данных обследуемых. Нарушения этого вида чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади нижних зубов мудрости обнаружены у 12 из 29 больных (в 41,4%).

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения температурной чувствительности на верхней губе обнаружены у 7 из 15 больных II-й группы (в 46,7%). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом небе (со стороны расположения опухоли) положительные нарушения температурной чувствительности выявлены у 6 (в 40,0%) этих обследуемых. Нарушения температурной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости зарегистрированы у 7 из 15-ти больных (в 46,7 %).

Таким образом, на основании обследования 44 больных с амелобластомами, расположенными на нижней и верхней челюстях, при наличии у этих пациентов в полости рта металлических включений, были выявлены количественные и качественные нарушения разных видов чувствительности слизистой оболочки. У 40,0–60,0 % обследуемых с амелобластомами тактильная чувствительность изменялась в сторону снижения интенсивности восприятия ощущения, т. е. появлялись гипестезия и анестезия губ и слизистой оболочки, окружающей опухоль (по переходной складке, с язычной и небной стороны). У 22,7 % больных встречалась парестезия губ (ползание мурашек, жжение, покалывание и т. п.). У 46,7–53,3 % больных с амелобластомами выявлено снижение порога восприятия болевой чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с гипалгезией и анальгезией (губ, переходной складки, с язычной и небной стороны). У 40,0–48,3 % больных выявлено снижение порога восприятия температурной чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с термогипестезией и термоанестезией (губ, переходной складки, с язычной и небной сторон).

Участки слизистой оболочки с нарушением разных видов чувствительности находились в местах расположения зубных протезов, изготовленных из неблагородных металлов и их сплавов, или других металлических включений, а также рядом с «лысыми» зонами (очагами патологической стираемости нитрид-титанового МЗП). В этих же участках располагались и опухоли челюсти. Увеличение количества нарушений разных видов чувствительности у обследуемых II группы наблюдения связано с одновременным наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

### Выводы

На основании обследования 96 больных с амелобластомами челюстей, при отсутствии у пациентов в полости

рта металлических включений (52 чел.) и при их наличии (44 чел.), установлено, что у них встречались не только количественные, но и качественные нарушения разных видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки, которые расположены вокруг опухоли.

Изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное количество жалоб и позднюю обращаемость пациентов с амелобластомами челюстей за медицинской помощью.

При наличии в полости рта металлических включений отмечено увеличение числа качественных и количественных изменений чувствительности слизистой оболочки полости рта, что связано с наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: ВСИ «Медицина», 2015. – 800 с.
3. Тимофеев А.А. Патогенез, лечение, профилактика патологии околочелюстных тканей и челюстей при гальванических проявлениях в полости рта: Дис. ... д-ра мед. наук: специальность 14.01.22 «Стоматология» / А.А. Тимофеев. – Киев, Национальная меди-

цинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 2015. – 442 с.

4. Тимофеев А.А. Патогенез, лечение, профилактика патологии околочелюстных тканей и челюстей при гальванических проявлениях в полости рта: Дис. ... д-ра мед. наук, Киев, НМАПО им. П.Л. Шупика, 2015, 425 с.
5. Тимофеев О.О. Патогенез, лікування, профілактика патології навколощелепових тканин і щелеп при гальванічних проявах у порожнині рота: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, Київ, НМАПО ім. П.Л. Шупика, 35 с.

### Зміна чутливості слизової оболонки порожнини рота у хворих з амелобластомами щелеп

*Н.О. Ушко*

**Мета:** визначити можливі зміни тактильної, больової й температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота у хворих з амелобластомами щелеп.

**Методи:** проведено дослідження чутливості слизової оболонки порожнини рота у 96 хворих з амелобластомами щелеп у віці від 19 до 58-т років: I група – 52 хворих без наявності в порожнині рота металевих включень; II група – 44 пацієнта з наявністю в порожнині рота металевих включень.

**Результати:** на підставі обстеження 96 хворих з амелобластомами щелеп, при відсутності в пацієнтів у порожнині рота металевих включень (52 осіб) і при їх наявності (44 особи), встановлено, що в них зустрілися не тільки кількісні, а і якісні порушення різних видів чутливості слизової оболонки губ і інших ділянок слизової оболонки, які розташовані навколо пухлини. При наявності в порожнині рота металевих включень відмічено збільшення кількості якісних і кількісних змін чутливості слизової оболонки порожнини рота, що пов'язано з наявністю у цих хворих гальванічної патології (атипової й типової форм гальваноза).

**Висновки:** змінами тактильної, больової і температурної чутливості можна пояснити незначну кількість скарг і пізні звернення пацієнтів з амелобластомами щелеп по медичну допомогу.

**Ключові слова:** амелобластоми щелеп, тактильна чутливість, больова чутливість, температурна чутливість, гальваноз.

### Changes of the sensitivity of the oral mucosa in patients with jaw ameloblastoms

*N. Ushko*

**Purpose:** to determine possible changes in the tactile, pain and temperature sensitivities of the oral mucosa in patients with jaw ameloblastoms.

**Methods.** The sensitivity of oral mucosa was studied in 96 patients with jaw ameloblastoms aged 19 to 58 years: group I – 52 patients without metal inclusions in the oral cavity; group II – 44 patients with metal inclusions in the oral cavity.

**Results.** Based on inspection of 96 patients with jaw ameloblastoms, with (52 p-pl.) and without (44 p-pl.) metallic implants, it's stated that there were differences not only in quantity but also in quality of various types of mucosa sensitivity disorders, which are located near the tumor. There is increased amount of quantity and quality sensitivity changes of oral mucosa, which is linked to a present galvanic pathology (typical and atypical form of galvanosis).

**Conclusions.** Changes in tactile, pain and temperature sensitivity can explain a small number of complaints and late treatment of patients with jaw ameloblastoms for medical care.

**Key words:** ameloblastoma of the jaws, tactile sensitivity, pain sensitivity, temperature sensitivity, galvanosis.

*Ушко Наталя Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;*

*доцент кафедри челюстно-лицьової хирургії Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.*

*Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицьової хирургії. Тел.: 528-35-17.*