

DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-5-10
УДК: 616.31-06+616.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТОМАЛГИЕЙ

Васенев Е.Е., Алеханова И.Ф., Попова А.Н., Крайнов С.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Аннотация

Предмет. В статье рассмотрена проблема лечения больных стомалгией, дана оценка эффективности лечения фармакологическими препаратами в зависимости от длительности заболевания. Проведен анализ клинической картины, длительности заболевания, результатов психометрического тестирования и сроков ремиссии.

Цель — изучение эффективности традиционной лекарственной терапии больных стомалгией, без каких-либо дополнительных способов лечебного воздействия, в зависимости от длительности заболевания.

Методология. Было проведено клиническое изучение больных с диагнозом «стомалгия» (глоссодиния (К 14.1)) в возрасте от 49 до 72 лет, которые были объединены в группы в зависимости от длительности заболевания. Обследование включало определение нейростоматологического статуса, психометрические и общеклинические исследования. Всем пациентам проводилась однотипная лекарственная терапия. Результаты лечения оценивались по субъективным данным больных и срокам ремиссии. Эффективность терапии определялась как хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная.

Результаты. Проведенное исследование выявило тенденцию к снижению эффекта от проводимой терапии у больных стомалгией, которые страдали заболеванием около года и более. Так, в 1-й группе хороший продолжительный результат отмечался у 63 % больных, тогда как в 3-й — всего у 29 %, то есть в 2,5 раза ниже. Неудовлетворительный эффект лечения в 1-й группе составил всего 14 %, что оказалось в 2 раза больше, чем в 3-й.

Выводы. Медикаментозная терапия обладает удовлетворительным терапевтическим действием (снижение интенсивности жалоб и улучшение общего состояния). Только у пациентов, которые впервые обратились к врачу по поводу стомалгии в течение нескольких месяцев от начала заболевания и имеющих эмоциональную стабильность психики, можно ожидать хорошего эффекта от фармакотерапии.

Ключевые слова: стомалгия, глоссалгия, уровень боли, медикаментозное лечение, нейростоматология, психометрические свойства

Адрес для переписки:

Евгений Евгеньевич ВАСЕНЕВ
400066, г. Волгоград, ул. Мира, д. 13, кв. 43
Тел.: 8-903-375-66-78
krajnosergej@yandex.ru

Образец цитирования:

Васенев Е.Е., Алеханова И.Ф., Попова А.Н., Крайнов С.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТОМАЛГИЕЙ
Проблемы стоматологии, 2018, т. 14, № 3, стр. 5-10
© Васенев Е.Е. и др. 2018
DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-5-10

Correspondence address:

Evgenij E. VASENEV
400066, Mira street, 13-43, Volgograd, Russia
Phone: 8-903-375-66-78
krajnosergej@yandex.ru

For citation:

Vasenev E.E., Alekhanova I.F., Popova A.N., Krajinov S.V.
CLINICAL EFFICACY OF PHARMACOLOGICAL THERAPY
IN PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME
Actual problems in dentistry, 2018, vol. 14, № 3, pp. 5-10
© Vasenev E.E. et al. 2018
DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-5-10

DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-5-10

CLINICAL EFFICACY OF PHARMACOLOGICAL THERAPY IN PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME

Vasenev E.E., Alekhanova I.F., Popova A.N., Krajnov S.V.

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract

Background. The article has explored the problem of treatment of patients with burning mouth syndrome. The efficiency of drug therapy was estimated, depending on the duration of the disease. The analysis of the clinical presentation, the duration of the disease, the results of psychometric testing and the terms of remission were carried out.

Objectives. To estimate the efficiency of conventional drug therapy in patients with burning mouth syndrome, without any additional methods of treatment, depending on the duration of the disease.

Methods. A clinical study of 3 groups: 74 patients, aged 49 to 72 years with the diagnosis of burning mouth syndrome (glossodynia (K 14.1) was conducted. The patients were grouped according to the duration of the disease. The examination included the definition of neurostomatological status, psychometric and general clinical studies. All patients were treated with the same type of medication. The results of the treatment were evaluated according to subjective evidences of patients and the terms of remission. The effectiveness of the therapy was defined as good, satisfactory and unsatisfactory.

Results. The research revealed a reducing trend of the clinical response in patients with burning mouth syndrome, who suffered from the disease for about a year or more. So in the 1st group a good long-term result was observed in 63% of patients. Whereas in the third group this measure was only 29%, that was 2.5 times lower. The unsatisfactory effect of treatment in the 1st group was only 14%, and it was 2 times more in the third group of patients.

Conclusions. Drug therapy has a satisfactory therapeutic action (reducing the intensity of complaints and improving the general state of the patient). But only such patients who first consulted a doctor about burning mouth syndrome during a few months from the onset of the disease and who have emotional stability of the mentality can expect a good effect from pharmacotherapy.

Keywords: *burning mouth syndrome, pain sense modality level, pharmacological therapy, Neurodentistry, psychometric properties*

Введение

Стомалгия, или глоссалгия, — хроническое заболевание, проявляющееся как болевой синдром и сопровождающееся персистирующей орофациальной болью. Стомалгия (СА) как неврогенное заболевание полости рта известно с конца XIX века и на протяжении более ста лет привлекает внимание стоматологов, невропатологов и психиатров [10, 20, 24]. Распространенность СА среди пациентов хроническими болевыми синдромами лица и полости рта, по данным различных авторов и анализа работы консультативного совета клиники стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета, составляет от 14 до 26 % от числа всех обратившихся с заболеваниями слизистой оболочки полости рта [1, 7, 11, 18].

Несмотря на значительное освещение в литературе сведений об этом заболевании, проблема лечения СА представляется малоизученной и противоречивой. Частота встречаемости данной патологии, по данным отечественных и зарубежных исследователей, не снижается а, наоборот, увеличивается. Сложность и многогранность проблемы орофациальных болей обуславливает широкий масштаб работ с применением уникальных методик и оборудования [2, 4, 19, 23].

По существующему в настоящее время мнению, СА считается полиэтиологичным заболеванием, протекающим на фоне сопутствующей патологии различных систем и органов и наличия в полости рта

воспалительных и местнотравмирующих факторов [1, 2, 7, 27].

Одни ученые основное внимание в развитии СА уделяли психологическим и психосоциальным расстройствам, другие — дисфункции центральных ядер вегетативной нервной системы и их связей с корой головного мозга [3, 12, 13, 25].

Из-за этого лечение СА является трудной задачей. Часто оно оказывается малоэффективно или дает кратковременный эффект, так как носит симптоматический характер и не затрагивает патогенетические механизмы заболевания [9, 14, 21, 22]. Зачастую практические врачи эмпирически назначают лекарственные препараты больным СА, которые по своему действию являются антагонистами, а не синергистами. В некоторых предложенных методиках лечения СА воздействие осуществляется на вегетативную нервную систему больных СА, но оно проводится без учета характера нейрогуморальных регуляций вегетативных функций [6, 8, 15, 26].

Цель исследования — изучение эффективности традиционной лекарственной терапии больных стомалгией, без каких-либо дополнительных способов лечебного воздействия, в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы исследования

Исследование было выполнено на кафедре терапевтической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета на базе клиники стоматологии ВолГМУ. Было обследовано 74 пациента в возрасте от 49 до 72 лет с диагнозом «стомалгия» (глоссодиния (К 14.1)). Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 7 лет.

В зависимости от длительности заболевания все больные стомалгией были объединены в три группы: 1-я — больные, у которых первые признаки заболевания определились не позднее 6 месяцев (30 пациентов); 2-я — пациенты с длительностью заболевания до 1 года (20 пациентов); 3-я — больные, страдающие СА более одного года (24 пациента).

У всех больных СА проводили нейростоматологическое, психофизиологическое и общеклиническое обследование.

Изучение нейростоматологического статуса пациентов начиналось с опроса, который включал в себя выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания и жизни.

Для оценки общего состояния больные были обследованы по месту жительства у общеклинических специалистов (терапевта, эндокринолога, гинеколога, гастроэнтеролога, психоневролога).

У всех больных СА определяются изменения личностных особенностей, что проявляется в развитии астеноневротических или депрессивно-ипохондрических состояний. Исследование психоэмоционального состояния больных стомалгией проводилось с помощью опросника самооценки психических состояний, разработанного на факультете психологии Ленинградского государственного университета Н.А. Курганским с соавт. (1990). Опросник заполнялся самим больным [3, 5, 16].

Анализ полученных результатов проводился путем сопоставления измеренных состояний между собой и данных, полученных в результате опроса и осмотра больных.

До начала лечения все больные проходили обязательную санацию полости рта, заключавшуюся в лечении или удалении зубов, устранении местных раздражающих факторов (острые края зубов, зубной камень, ортопедические конструкции из разнородных металлов). При необходимости проводили курс лечения заболеваний пародонта и восстановление окклюзионной высоты [17].

Всем больным назначалось общее и местное лечение, описанное в литературе.

Особое внимание уделялось психофармакологическим и психотерапевтическим методам лечения.

Разъяснительная беседа является одним из методов психотерапевтического воздействия, в ходе нее у больного формируется правильное отношение к болезни, что особенно важно при наличии фобических расстройств.

В лечении больных СА широко использовались психофармакологические препараты и в первую оче-

редь транквилизаторы. Назначался феназепам как наиболее эффективный препарат. Дозы подбирались индивидуально (от 0,5 до 2 мг в сутки). В случаях развития депрессивных состояний феназепам сочетали с малыми дозами трициклических антидепрессантов (амитриптилин в дозе 50—100 мг в сутки, азафен — 75—100 мг в сутки) в течение месяца.

С учетом дисфункции вегетативной нервной системы больным назначались вегетотропные препараты: антихолинэстеразные (раствор галантамина гидрохлорида внутрь по 7-10 капель 3 раза в день перед едой в течение 5-7 дней) и антигистаминные (фенкарол, диазолин по 1 таблетке 2 раза в день курсом по 5 дней).

Всем больным назначались поливитаминные препараты (ундевит, гексовит и другие), в состав которых входят витамины группы В, аскорбиновая кислота, кальция пантотенат, никотиновая кислота.

Местное лечение СА заключалось в назначении больным ротовых ванночек на основе сбора лекарственных трав (ромашка лекарственная, шалфей и мята перечная) по 100—150 мл за 30-40 минут до еды или между приемами пищи. С целью тормозящего воздействия на периферические механизмы СА использовали 10 % анестезиновую взвесь на растительном масле, 1-2 % раствор цитраля или 5 % пиромекаиновую мазь в виде аппликаций. Местно применялись и препараты, способствующие регенерации эпителия, на пораженные участки слизистой полости рта (аппликации масляного раствора ретинола, облепихового масла, масла шиповника).

Оценка эффективности терапии проводилась непосредственно по результатам лечения и срокам ремиссии. Для этой задачи все больные СА были объединены в три подгруппы: с хорошим терапевтическим эффектом, удовлетворительным и неудовлетворительным (*таблица*). Хороший терапевтический эффект лечения выражался в практически полном исчезновении клинических проявлений СА в полости рта, улучшении общего состояния (нормализации сна, аппетита и др.), длительной ремиссии до одного года и более. Удовлетворительный эффект состоял в значительном купировании алгических проявлений в полости рта, но некоторое жжение и чувство дискомфорта присутствовало. Общее состояние больных улучшалось, но на кратковременный период времени. Сроки ремиссии составляли менее одного года. Неудовлетворительные результаты лечения определялись в случае кратковременного эффекта на период приема препаратов, общее состояние, как правило, не изменялось. Ремиссия не наступала совсем или была в течение нескольких месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя эффективность фармакотерапии, хороший результат после проведенного лечения

выявлен у 7 пациентов (23 %). Клиническая картина СА у этих больных была слабо выражена. Они предъявляли жалобы на незначительное жжение, покалывание в полости рта, не доставляющее большого беспокойства. Показать границы сенсорных поражений пациенты не могли. Все они впервые обратились к врачу через несколько месяцев от начала заболевания. При осмотре в полости рта были выявлены инфекционно-воспалительные процессы и различные травмирующие факторы. Отмечалась некоторая астеничность пациентов этой подгруппы. Из анамнеза выяснилось, что все 7 пациентов имели сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы (ССС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Таблица

**Эффективность лечения больных стоматалгией
в зависимости от длительности заболевания**

Table

**Clinical efficacy of therapy in patients with burning
mouth syndrome depending on duration of a disease**

Группа	Хороший терапевтический эффект	Удовлетворительный эффект	Неудовлетворительный эффект
1 группа (< 6 мес.) (n=30)	19 (63 %)	7 (23 %)	4 (14 %)
2 группа (до 1 года) (n=20)	7 (35 %)	12 (60 %)	1 (5 %)
3 группа (> 1 года) (n=24)	7 (29 %)	10 (42 %)	7 (29 %)
Всего (n=74)	33 (45 %)	29 (39 %)	12 (16 %)

После проведенной санации полости рта (устранения травмирующих и раздражающих факторов) больные отмечали уменьшение жжения, а к концу 2-й недели лечения — улучшение и общего состояния. Необходимость курса фармакотерапии в течение месяца обоснована результатами ученых по исследованию вегетативной регуляции у больных СА (выраженное изменение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы происходит спустя месяц от начала лечения), что совпадает с нашими данными.

Ни у одного из пациентов 1-й группы с хорошим терапевтическим эффектом фармакотерапии не произошло обострения СА. Спустя месяц после лечения у больных отсутствовали неврологические жалобы, общее состояние они оценивали как удовлетворительное, что согласуется с данными психофизиологического тестирования. Обострение отмечалось только у 7 пациентов в течение года, что связано с рецидивом сопутствующих заболеваний ЖКТ и ССС.

Хороший эффект от проводимой терапии в группе больных, которые страдали СА на протяжении года, наблюдался только у 7 пациентов (35 %), что в два

раза меньше, чем в 1-й группе. Относительное число пациентов со сроками заболевания более одного года составило всего 29 %, что почти в 2,5 раза меньше, чем в 1-й группе. Как правило, эти больные в течение года проходили лечение сопутствующей патологии у специалистов и также добивались клинического улучшения.

Количество пациентов 1-й группы с удовлетворительными результатами после медикаментозной терапии составило 7 человек (23 %), во 2-й — 12 (60 %), а в 3-й — 10 (42 %). Клинические проявления СА у этих больных были более выражены. Их беспокоило сильное жжение, периодические боли, сухость в полости рта. Больные могли четко выразить свои жалобы и показать локализацию болевых ощущений в полости рта. У всех пациентов этой подгруппы определялись личностные изменения в виде развития астеноневротического (у 5 человек) и депрессивно-ипохондрического (у 2 человек) синдрома. Сроки ремиссии в этой группе больных составили от 7 до 12 месяцев.

Как правило, больные 2-й группы, у которых наблюдался удовлетворительный эффект от проводимой фармакотерапии, неоднократно обращались к стоматологу или другим специалистам. Клинический анализ показывает, что с увеличением продолжительности течения СА уменьшается ожидаемый эффект медикаментозной терапии.

В процессе лечения у 7 больных (29 %) 3-й группы (больные страдали СА более года) наблюдалось незначительное снижение интенсивности жжения и болей в полости рта, а у 1 больного, несмотря на проводимое лечение, никаких изменений не произошло. В таких упорных случаях проявления СА в ходе лечения была проведена коррекция медикаментозного лечения (назначались антидепрессанты и индивидуально подбирались местноанестезирующие препараты), в схему лечения добавлялись методы психокоррекции и физиотерапевтические процедуры.

В результате лечения у пациентов этой подгруппы (12 человек, 16 % от общего количества) полного исчезновения жжения и болей не произошло, несмотря на снижение интенсивности жалоб. Из-за этого не удалось добиться ремиссии у данных больных СА. Через некоторое время (1-2 месяца) общее состояние больных возвращалось к исходному (до начала лечения) с проявлениями психоэмоциональных сдвигов. Обострение заболевания отмечено у 6 пациентов в первые несколько месяцев после проведенного курса лечения.

Больные, у которых был отмечен очень слабый эффект от медикаментозной терапии, имели декомпенсированную сопутствующую патологию ССС, ЖКТ, НС (8 больных) и климактерические расстройства (4 пациента). Психотравмирующие факторы

были определены у 10 пациентов. Наличие раздражающих факторов в полости рта зарегистрировано у 9 пациентов, в 1 случае полость рта была санирована. У одного пациента в анамнезе имелось повреждение тройничного нерва в результате перелома нижней челюсти. Двое больных этой подгруппы после консультации с психиатром были взяты им на учет. В одном случае обосновать не эффективность проводимой терапии не удалось.

Таким образом, можно сделать **вывод**, что медикаментозная терапия обладает удовлетворительным терапевтическим действием (снижение интенсивности жалоб и улучшение общего состояния). Только у пациентов, которые впервые обратились к врачу по поводу СА в течение нескольких месяцев от начала заболевания и имеющих эмоционально стабильную психику, можно ожидать хорошего эффекта от фармакотерапии.

Литература

1. Борисова, Э. Г. Клинические результаты изучения качества жизни больных с глоссалгией / Э. Г. Борисова // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1 (61). – С. 20–21.
2. Вальков, В. А. Этиологические факторы синдрома жжения полости рта / В. А. Вальков // Дентал форум. – 2013. – № 1. – С. 49–51.
3. Васенев, Е. Е. Типологические особенности вегетативной регуляции у больных стомалгией в процессе лечения / Е. Е. Васенев // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2010. – № 1 (25). – С. 51–52.
4. Гречко, В. Е. Болевые синдромы и парестезии полости рта / В. Е. Гречко // Неврологический вестник. – 1994. – № 1–2. – С. 71–74.
5. Злобина, О. А. Связь синдрома эмоционального выгорания и глоссалгии / О. А. Злобина, А. А. Бабинцева // Стоматолог-практик. – 2014. – № 1. – С. 64–65.
6. Казарина, Л. Н. Влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии / Л. Н. Казарина, Л. В. Вдовина // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. – 2015. – № 52. – С. 18–20.
7. Казарина, Л. Н. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение : монография / Л. Н. Казарина, Л. В. Вдовина, А. И. Воложин. – Нижний Новгород : НижГМА, 2008. – 124 с.
8. Современные концепции лечения синдрома «жгучей боли» / К. Г. Караков, Т. Н. Власова, А. В. Оганян, О. В. Полякова // Маэстро стоматологии. – 2013. – № 2 (50). – С. 39–42.
9. Кипарисова, Е. С. Принципы терапии глоссодинии / Е. С. Кипарисова, С. Хубаев // Клиническая неврология. – 2014. – № 3. – С. 27–30.
10. Кожевников, С. В. Синдром жжения полости рта: причины, дифференциальная диагностика / С. В. Кожевников, В. А. Вальков // Институт стоматологии. – 2012. – № 1 (54). – С. 96–97.
11. Заболевания нервной системы. Нейростоматологические заболевания и синдромы : учебное пособие / М. Ю. Максимова, Н. М. Нейматов, Н. П. Подопьянов [и др.]. – Москва : Московский государственный медико-стоматологический университет, 2009. – 70 с.
12. Изменение параметров вегетативных регуляций у стоматологических больных в процессе лечения / В. И. Петров, В. Ф. Михальченко, Е. Е. Васенев [и др.] // Вестник Волгоградской медицинской академии. – 2000. – Т. 56, № 6. – С. 195–197.
13. Скуридин, П. И. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта / П. И. Скуридин, М. Н. Пузин, Е. В. Николаенко // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 31–34.
14. Скуридин, П. И. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта / П. И. Скуридин // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 43–46.
15. Шубина, О. С. Центральные и периферические механизмы синдрома жжения в полости рта / О. С. Шубина, Р. Г. Марулиди // Вестник медицинского стоматологического института. – 2017. – №1 (40). – С. 33–43.
16. Юрченко, С. Ю. Нарушение окклюзионных взаимоотношений как причина синдрома жжения полости рта / С. Ю. Юрченко, А. В. Шумский, А. А. Мащевич // Клиническая стоматология. – 2011. – № 3 (59). – С. 56–60.
17. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach / R. Aravindhan, S. Vidyalakshmi, M. S. Kumar [et al.] // J. Pharm. Bio allied. Sci. – 2014. – № 6 (Suppl 1). – P. 856–860.
18. Ducasse, D. Burning mouth syndrome: current clinical, physiopathologic, and therapeutic data / D. Ducasse, P. Courtet, E. Olie // Regional anesthesia and pain medicine. – 2013. – Vol. 38. – P. 380–390.
19. Ferensztajn, E. Burning mouth syndrome: pathogenic and therapeutic concepts / E. Ferensztajn, D. Lojko, J. Rybakowski // Psychiatr. Pol. – 2013. – Vol. 47 (6). – P. 973–988.
20. Influence of various risk factors on cumulative survival in post myocardial infarction patients / O. V. Ilyukhin, M. V. Ilyukhina, D. A. Kirakozov, D. I. Doroshenko, D. L. Tarasov, D. I. Zenchenko, E. N. Zavodchikova, Y. M. Lopatin // European heart journal: acute cardiovascular care. – 2015. – Vol. 5, № S1. – P. 244–245.
21. Altered structure and function in the hippocampus and medial prefrontal cortex in patients with burning mouth syndrome / S. A. Khan, M. L. Keaser, T. F. Meiller, D. A. Semionowicz // Pain. – 2014. – Vol. 155. – P. 1472–1480.
22. Immune and endocrine function in patients with burning mouth syndrome / K. Koike, T. Shinozaki, K. Hara, N. Noma, A. Okada-Ogawa, M. Asano, M. Shinoda, E. Eliav, R. H. Gracely, K. Iwata, Y. Imamura // Clin J Pain. – 2014. – Vol. 30. – P. 168–173.
23. McGirr, A. Idiopathic burning mouth syndrome: a common treatment-refractory somatoform condition responsive to ECT / A. McGirr, L. Davis, F. Vila-Rodriguez // Psychiatry Res. – 2014. – Vol. 216. – P. 158–159.
24. Mendak-Ziofko, M. Evaluation of select neurophysiological, clinical and psychological tests for burning mouth syndrome / M. Mendak-Ziofko, T. Konopka, Z. A. Bogucki // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. – 2012. – Vol. 114. – P. 325–332.
25. Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome / F. J. Silvestre, J. Silvestre-Rangil, C. Tamarit-Santafe, D. Bautista // Med Oral Patol Oral Cirucal. – 2012. – Vol. 17. – P. 1–4.
26. Burning Mouth Syndrome: update / J. C. Spanemberg, E. Rodr Hguez de Rivera Campillo, E. J. Salas [et al.] // Oral Health Dent. Manag. – 2014. – Vol. 13(2). – P. 418–424.
27. The efficiency of local invasive therapy in myofascial facial pain syndrome patients / O. Zagorulko, L. Medvedeva, G. Shevtsova, G. Oganeyan // European Journal of Anaesthesiology, Supplement. – 2015. – Vol. 32, № S53. – P. 306.

References

1. Borisova, E. G. (2012). Klinicheskie rezul'taty izucheniya kachestva zhizni bol'nyh s glossalgiej [Clinical consequences of life quality research of patients with glossalgia]. *Klinicheskaya stomatologiya [Clinic Dentistry]*, 1 (61), 20–21. (In Russ.)
2. Valkov, V. A. (2013). Etiologicheskie faktory sindroma zhzheniya polosti rta [Etiological factors of burning mouth syndrome]. *Dental forum [Dental forum]*, 1, 49–51. (In Russ.)
3. Vasenev, E. E. (2010). Tipologicheskie osobennosti vegetativnoy regulyacii u bol'nyh stomalgiej v processe lecheniya [Typological peculiarity of autonomic regulation in stomalgia patients in the course of treatment]. *Volgogradskij nauchno-meditsinskiy zhurnal [Volgograd Journal of Medical Research]*, 1(25), 51–52. (In Russ.)
4. Grechko, V. E. (1994). Bolevye sindromy i parestezii polosti rta [Pain syndromes and paresthesia of oral cavity]. *Nevrologicheskij vestnik [Neurological Bulletin]*, 1–2, 71–74. (In Russ.)
5. Zlobina, O. A., Babinceva, A. A. (2014). Relation between emotional burnout syndrome and burning mouth syndrome [Svyaz' sindroma ehmocional'nogo vygoraniya i glossalgii]. *Stomatolog-praktik [Practician Dentist]*, 1, 64–65. (In Russ.)
6. Kazarina, L. N., Vdovina, L. V. (2015). Vliyanie kompleksnogo lecheniya na pokazateli obmena ehlektrolitov v rotovoj zhidkosti pri glossalgii [Influence of complex treatment on indicators of the exchange of electrolytes of oral liquid at glossalgia]. *Cathedra – kafedra. Stomatologicheskoe obrazovanie [Cathedra. Dental Education]*, 52, 18–20. (In Russ.)
7. Kazarina, L. N., Vdovina, L. V., Volozhin, A. I. (2008). *Glossalgija: ehtiologiya, patogenez, klinika, lechenie [Burning mouth syndrome: etiology, pathogenesis, clinical course, treatment]*. Nizhnyj Novgorod : NizhSMA, 124.
8. Karakov, K. G., Vlasova, T. N., Oganyan, A. V., Polyakova, O. V. (2013). Sovremennye koncepcii lecheniya sindroma «zhguchej boli» [Modern conception of burning pain treatment]. *Maestro stomatologii [Maestro of Dentistry]*, 2 (50), 39–42. (In Russ.)

9. Kiparisova, E. S., Khubaev, S. S. Z. (2014). Principy terapii glossodinii [Therapy principles of glossodiniya]. *Klinicheskaya nevrologiya [Clinical Neurology]*, 3, 27–30. (In Russ.)
10. Kozhevnikov, S. V., Val'kov, V. A. (2012). Sindrom zhzheniya polosti rta: prichiny, differencial'naya diagnostika [Burning mouth syndrome: etiology, differential exclusion]. *Institut stomatologii [Institute of Dentistry]*, 1 (54), 96–97. (In Russ.)
11. Maksimova, M. Yu., Nejmatov, N. M., Vodop'yanov, N. P. et al. (2009). *Zabolevaniya nervnoj sistemy. Nejestomatologicheskie zabolevaniya i sindromy [Nervous disorder. Neurodentistry diseases and syndromes]*. Moscow : Moscow State University of Medicine and Dentistry, 70.
12. Petrov, V. I., Mihalchenko, V. F., Vasenev, E. E. et al. (2000). Izmenenie parametrov vegetativnyh regulyacij u stomatologicheskikh bol'nyh v processe lecheniya [Parameter variations of autonomic regulation in dental patients in the course of the treatment]. *Vestnik Volgogradskoj medicinskoj akademii [Journal of Volgograd Medical Academy]*, 56, 6, 195–197. (In Russ.)
13. Skuridin, P. I., Puzin, M. N., Nikolayenko, Ye. V. (2010). Efficakivnost' kompleksnogo lecheniya bol'nyh s sindromom zhzheniya polosti rta [The efficacy of complex treatment of patients with burning mouth syndrome]. *Rossiiskij stomatologicheskij zhurnal [Russian Journal of Dentistry]*, 2, 31–34. (In Russ.)
14. Skuridin, P. I. (2010). Nejropsihologicheskie osobennosti v klinike sindroma zhzheniya polosti rta [Neuropsychic peculiarities in mouth burning syndrome]. *Rossiiskij stomatologicheskij zhurnal [Russian Journal of Dentistry]*, 3, 43–46. (In Russ.)
15. Shubina, O. S., Marulidi, R. G. (2017). Central'nye i perifericheskie mekhanizmy sindroma zhzheniya v polosti rta [Central and peripheral mechanisms of burning syndrome in the oral cavity]. *Vestnik medicinskogo stomatologicheskogo institute [Bulletin of Medical Dentistry Institute]*, 1 (40), 33–43. (In Russ.)
16. Yurchenko, S. Yu., Shumsky, A. V. (2011). Narushenie okklyuzionnyh vzaimootnoshenij kak prichina sindroma zhzheniya polosti rta [Occlusal relations abnormality as a reason for burning mouth syndrome]. *Klinicheskaya stomatologiya [Clinic Dentistry]*, 3 (59), 56–60. (In Russ.)
17. Aravindhan, R., Vidyakshmi, S., Kumar, M. S. et al. (2014). Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. *J. Pharm. Bio allied. Sci.*, 6, (1), 856–860.
18. Ducasse, D., Courtet, P., Olie, E. (2013). Burning mouth syndrome: current clinical, physiopathologic, and therapeutic data. *Regional anesthesia and pain medicine*, 38, 380–390.
19. Ferensztajn, E., Lojko, D., Rybakowski, J. (2013). Burning mouth syndrome: pathogenic and therapeutic concepts. *Psychiatr. Pol.*, 47 (6), 973–988.
20. Ilyukhin, O. V., Ilyukhina, M. V., Kirakozov, D. A., Doroshenko, D. I., Tarasov, D. L., Zenchenko, D. I., Zavodchikova, E. N., Lopatin, Y. M. (2015). Influence of various risk factors on cumulative survival in post myocardial infarction patients. *European heart journal: acute cardiovascular care*, S1, 5, 244–245.
21. Khan, S. A., Keaser, M. L., Meiller, T. F., Seminowicz, D. A. (2014). Altered structure and function in the hippocampus and medial prefrontal cortex in patients with burning mouth syndrome. *Pain*, 155, 1472–1480.
22. Koike, K., Shinozaki, T., Hara, K., Noma, N., Okada-Ogawa, A., Asano, M., Shinoda, M., Eliav, E., Gracely, R. H., Iwata, K., Imamura, Y. (2014). Immune and endocrine function in patients with burning mouth syndrome. *Clin J Pain*, 30, 168–173.
23. McGirr, A., Davis, L., Vila-Rodriguez, F. (2014). Idiopathic burning mouth syndrome: a common treatment-refractory somatoform condition responsive to ECT. *Psychiatry Res*, 216, 158–159.
24. Mendak-Ziofko, M., Konopka, T., Bogucki, Z. A. (2012). Evaluation of select neurophysiological, clinical and psychological tests for burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 114, 325–332.
25. Silvestre, F. J., Silvestre-Rangil, J., Tamarit-Santafe, C., Bautista, D. (2012). Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cirucal*, 17, 1–4.
26. Spanemberg, J. C., Rodr Hguez de Rivera Campillo, E., Salas, E. J. et al. (2014). Burning Mouth Syndrome: update. *Oral Health Dent. Manag*, 13 (2), 418–424.
27. Zagorulko, O., Medvedeva, L., Shevtsova, G., Oganessian, G. (2015). The efficiency of local invasive therapy in myofascial facial pain syndrome patients. *European Journal of Anaesthesiology. Supplement*, 32, S53, 306.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.**

Авторы:

Евгений Евгеньевич ВАСЕНЕВ

к. м. н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии,
Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград
veezub@bk.ru

Ирина Федоровна АЛЕХАНОВА

к. м. н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии,
Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград
aifzub@bk.ru

Александра Никифоровна ПОПОВА

к. м. н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, Волгоградский
государственный медицинский университет, г. Волгоград
kseni4ka91@bk.ru

Сергей Валерьевич КРАЙНОВ

к. м. н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, Волгоградский
государственный медицинский университет, г. Волгоград
krajnosergej@yandex.ru

Authors:

Evgenij E. VASENEV

PhD., lecturer of the Department for Therapeutic Dentistry,
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
veezub@bk.ru

Irina F. ALEKHANOVA

PhD., lecturer of the Department for Therapeutic Dentistry,
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
aifzub@bk.ru

Alexandra N. POPOVA

PhD., assistant professor of the Department for Therapeutic Dentistry,
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
kseni4ka91@bk.ru

Sergej V. KRAJNOV

PhD., assistant professor of the Department for Therapeutic Dentistry,
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
krajnosergej@yandex.ru

Поступила 28.08.2018 Received
Принята к печати 17.09.2018 Accepted