

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОССОДИНИЕЙ

Хасанов Фозил Козимжонович

*Кафедра детской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного
стоматологического института*

Ризаев Элёр Олимжонович д.м.н профессор

Жалобы пациентов на ощущение жжения в полости рта представляют собой одну из самых сложных задач для специалистов в области стоматологии. Это состояние еще больше усугубляется, если оно сопровождается болью. Боль является частой причиной страданий, серьезно ухудшающей качество жизни человека. Глоссодиния - хроническое и трудноизлечимое заболевание, поражающее преимущественно женщин среднего и пожилого возраста и характеризуется ощущением покалывания или жжения слизистой оболочки языка при отсутствии видимых признаков органической природы при физическом осмотре [9-12,14,15]. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет это состояние как «жгучую боль в языке..., связанную с нормальными признаками и лабораторными данными, продолжающуюся не менее 4-6 месяцев» [2].

Больные часто жалуются на жгучую боль в слизистой оболочке языка, сопровождающуюся другими расстройствами, такими как сухость во рту, изменение вкусовых ощущений. Это состояние часто носит идиопатический характер и его этиопатогенез до сих пор остается неясным [6].

По данным литературы [4,6], больные глоссодинией составляют большую группу среди всех больных с чувствительными нарушениями челюстно-лицевой области. Клиническая картина глоссодинии характеризуется разнообразными симптомами заболевания [1,15,16].

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования проведено обследование 45 пациентов с глоссодинией в возрасте 45-64 лет, обратившихся на кафедру терапевтической стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета в 2022-2024 гг. Обследованные больные были разделены на 2 группы согласно возрастной классификации ВОЗ: среднего возраста (45-59 лет – 27 человек) и пожилого возраста (60-74 лет – 18 человек). Мужчин было 6 (13,3%), женщин – 39 (86,7%). Группы контроля составили 25 и 19 практически здоровых людей сходного возраста (7 мужчин, 37 женщин). Всего, в результате, в исследовании приняло участие 13 мужчин и 66 женщин. Средний возраст пациентов на момент обследования составил 56,1 года для мужчин и 56,3 года для женщин.

Из лиц с глоссодинией, после того как были проведены все исследования для получения первичных данных, были сформированы две группы – основная (23 человека, из них – 3 мужчины и 20 женщин) и контрольная (22 человека; 3 мужчины, 19 женщин) для оценки эффективности предлагаемой схемы комплексного лечения и диспансерного наблюдения.

Из исследования исключались лица с: аффективными психозами, заболеваниями ЦНС органической природы, страдающие алкоголизмом и наркоманией. Обследование проводилось совместно с невропатологом, по показаниям проводились консультации гастроэнтеролога, психотерапевта, кардиолога, гинеколога и других специалистов. Кроме того, из отбора исключались пациенты, у которых на момент обследования отмечалось обострение или наличие значимых клинических проявлений соматической

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

патологии.

Диагностику глоссодинии осуществляли согласно диагностическим критериям МКБ-11 (2019) и Международной классификации орофациальной боли (2022). Клиническое обследование больных проходило традиционным способом и включало опрос и изучение анамнеза заболевания и жизни больного, применение основных методов исследования: пальпации, перкуссии и зондирования. В ходе обследования выявлялись жалобы на наличие неприятных ощущений (парестезий) слизистой оболочки полости рта и кожи, не переходящих в болезненные ощущения (жжение, онемение, покалывание, зуд, ощущение жара, холод, «мурашки», «языка, посыпанного перцем» и их сочетание и др.). Установлены локализация парестезий, их характер, интенсивность, распространение на прилежащие участки, время появления, продолжительность, связь с приемом пищи. Отмечали наличие сенестопатии: ощущение тяжести, скованности, увеличение языка и другие бульбарные расстройства (затруднение глотания, ощущение инородного тела в глотке, тяжесть и «усталость» языка). Выявлены нарушения вкусовой чувствительности и наличие вкусовых парестезий. Отмечали характер слюноотделения и его нарушения (гипосаливация, гиперсаливация, диссаливация). Особое внимание уделено фобическим переживаниям пациентов, канцерофобии и навязчивому страху за свое здоровье.

При сборе анамнеза заболевания определяли его продолжительность, динамику, время появления первых симптомов, наличие рецидивов и условий относительной ремиссии. Выяснялось, что вызвало у пациента развитие глоссодинии. Уточнены характер ранее проведенного лечения и его эффективность. Учитывали гигиенический уход за полостью рта, использование каких-либо нестандартных средств гигиены полости рта. Выявлены перенесенные и сопутствующие общесоматические заболевания: хроническая секреторная и моторная недостаточность органов пищеварения, поджелудочной железы, печени, гормональные нарушения в период климакса у женщин, другие тяжелые соматические и инфекционные заболевания. Отмечено наличие вредных привычек (курение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление наркотиков) и аллергия в анамнезе. Общее состояние больного оценивалось на основании субъективных и объективных показателей и результатов исследований, проведенных неврологом, терапевтом и другими специалистами. Учитывали особенности личности, характер больного (чаще тревожный и мнительный), неврозы и стрессовые ситуации. Осмотр и пальпация челюстно-лицевой области включали определение цвета, целостности, тургора кожи, состояния костно-мышечной системы, области височно-нижнечелюстных и больших слюнных желез. При пальпации регионарных лимфатических узлов отмечали их размеры, консистенцию, подвижность и болезненность. Обращалось внимание на состояние красной каймы губ (цвет, целостность, наличие сухости, трещин, эрозий, заеды и др.). Отмечено наличие морфологических элементов поражения. Всем участникам исследования проводилась визуальная оценка состояния слизистой оболочки полости рта, которая, согласно рекомендациям ВОЗ, определялась последовательно по топографическим зонам. При этом учитывали изменения рельефа, цвета, блеска, степени влажности, целостности анатомических образований и наличия элементов поражения. Оценивали состояние языка: наличие налета, отека, отпечатков зубов, шелушение сосочков. Определяли состояние зубов, зубных рядов и прикуса. Оценивалось состояние тканей пародонта. Особое внимание обращали на наличие ортопедических конструкций в полости рта. Обследование неврологического состояния, помимо общего осмотра у невропатолога, включало выявление бульбарной симптоматики: отсутствие глоточного и занавесочного рефлексов, наличие фибриллярных сокращений мышц языка, тремор языка. Кроме того, определялись нарушения чувствительности кожи лица и слизистой

ILM FAN YANGILIKLARI

KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

оболочки полости рта, языка, губ, альвеолярного отростка, неба (болезненность, температура и прикосновение). Пальпировались точки проекции ветвей тройничного нерва, вегетативных ганглиев и сосудистых стволов головы и шеи.

Результаты и обсуждение. Мы оценили выраженность клинических симптомов заболеваний у пациентов разных возрастных групп. Нами подтверждены данные литературы [5,7], согласно которым в клинической симптоматике, несмотря на многообразие, главным является парестетический феномен - различные формы спонтанных парестезий слизистой оболочки полости рта и кожи лица, которые не переходят в чувство боли и не сопровождаются морфологическими изменениями. При этом все больные отмечают снижение работоспособности и нарушения сна.

При опросе 27 больных среднего возрастного периода установлено, что у ряда жалоб преобладают парестезии с характерной формой яркой выраженности, иногда доходящей до уровня фантазий. Характерно сочетание ощущений и локализации. Так, 59,8% больных жаловались на жжение, 34,9% - на покалывание, 49,4% - на зуд, 43,1% - на покалывание, 36,3% - на ощущение тепла, 38,8% - на «мурашки», 31,9% - чувство онемения. Меньшее количество пациентов жаловались на повышенную кислотность (27,8%), шероховатость (26,6%) и отечность языка (18,1%).

У 63,4% больных отмечена первичная зона парестезий на кончике языка, у 49,8% - на боковых поверхностях языка, у 36,1% - на спинке языка и слизистой оболочке губ. Реже - на всей поверхности языка (24,8%), слизистой оболочке щек (27,8%), неба (6,9%), верхнего отдела пищевода (18,1%). В этих зонах пациенты отмечали максимальную интенсивность ощущений, распространяющихся на прилегающие участки слизистой оболочки и кожи, в 45,8% наблюдений. 22,3% обследованных больных этой группы жаловались на чувство онемения языка, ощущение инородного тела в глотке и 13,8% - на нарушение вкусовой чувствительности на уровне передних двух третей языка. Выраженные фобические переживания больных, навязчивый страх за свое здоровье отмечены у 29,2% обследованных, канцерофобия - у 36,6%.

В соответствии с классификацией Е.С. Яворской [3-5] установлены следующие варианты глоссодинии: мандибулярная (86,5%), глоссофарингеальная (7,4%), фронтопаритетальная (4,4%). Все пациенты (100%) указали на зависимость парестезии от приема пищи: полное исчезновение неприятных ощущений при ее приеме. Кроме того, 34 пациентов (75,5%) жаловался на сухость во рту, усиливающуюся в ночное время, 5 пациентов (11,1%) жаловались на повышенное слюноотделение, 3 (6,67%) жаловались на повышенное слюноотделение только днем, а ночью - сухость во рту и 3 (6,67%) не заметили его нарушения.

Из анамнеза установлено, что 26% больных среднего возраста заболевают в течение месяца, 27,7% - с 1-го по 3-й месяц, 22,1% - с 3-го по 6-й, 11,1% - с 6-го по 12, 13,1% - более года. 35% пациентов обратились за помощью впервые. Подавляющее большинство пациентов (72,2%) отмечали, что эффективность лечения была кратковременной (до 2 мес). Лечение в основном назначали стоматологи по месту жительства (63,4%) и в частных учреждениях (24%). 12,6% пациентов лечились самостоятельно.

С целью лечения пациенты использовали следующие препараты: седативные средства, антидепрессанты, транквилизаторы и инъекции витамина В1. 33,2% больных связывают возникновение глоссодинии с переживаниями, обусловленными семейными и профессиональными проблемами, такое же количество (33,2%) - с сопутствующей общей патологией организма, 20,6% - с механической травмой, 7,6% - с протезами. У 5,4% пациентов причина заболевания неизвестна. Следует отметить, что все пациенты тщательно следят за состоянием гигиены полости рта, используют средства оральной

ILM FAN YANGILIKLARI

KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

гигиены (зубную пасту, щетку, зубную нить, ополаскиватели).

Среди сопутствующих заболеваний больные отмечают заболевания пищеварительного тракта (48%), опорно-двигательного аппарата (34,8%) и сердечно-сосудистой (14,6%), гинекологические (24%) и эндокринные патологии (4,2%). У 43,4% больных отмечалось ухудшение психоэмоционального состояния (беспокойство, раздражительность и т.п.); у 4,1% - наличие неврологического заболевания. Примечательно, что более чем у половины больных (52,2%) диагностированы одновременные функциональные расстройства двух и более систем, большинство из которых составили расстройства желудочно-кишечного тракта, психологического состояния и климактерическая патология, что указывает на коморбидность глоссодинии и соматической патологии.

Социально-семейные условия жизни больных удовлетворительные. Особенно примечательно отсутствие вредных привычек (курение, чрезмерное употребление алкоголя и т. д.) у 100% наблюдаемых людей. Общее состояние обследованных больных расценивалось как удовлетворительное. Однако нормальное артериальное давление установилось лишь у половины больных этой группы, повышенное - у 38,2%, пониженное - у 11,8%, а пульс - в пределах нормы (72-83 ударов в 1 минуту). При внешнем осмотре пациентов поражений кожи не отмечено, ее тургор, состояние мышечной и костной ткани соответствуют возрастной группе. Большие слюнные железы не увеличены, их функция не нарушена. Размеры и консистенция регионарных лимфатических узлов в пределах нормы. При пальпации лимфатические узлы безболезненны. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, тургор тканей не изменен. Патологических изменений в СОПР не установлено. Беловатый или сероватый налет на дорсальной поверхности языка обнаружен у 41,8% больных. В остальных наблюдениях (58,2%) язык чистый, розового цвета, дорсальная поверхность покрыта сосочками. Участков шелушения и гипертрофии сосочков не выявлено. У 33,2% пациентов отпечатки зубов на боковой поверхности языка указывали на наличие отека.

С целью изучения особенностей состояния зубов была проведена оценка результатов обследования больных и практически здоровых людей обеих возрастных категорий. В большинстве наблюдений показатели состояния пародонта, зубов и тканей пародонта у пациентов, обследованных по поводу глоссодинии, достоверно не отличались от показателей здоровых лиц той же возрастной группы. Таким образом, практически одинаковое количество обследованных больных и лиц контрольной группы имели неизменную бледно-розовую окраску СОПР: в периоде среднего возраста - 91,6% больных и 86,8% практически здоровых лиц, среди лиц старшего возраста - 91,2 и 84,6% соответственно. Достоверной разницы в оценке наличия налета на языке среди лиц разного возраста не выявлено ($p > 0,05$). Отпечатки зубов на боковой поверхности языка обнаружены у трети взрослых пациентов среднего возраста с глоссодинией, что на 2,8% выше, чем в контрольной группе.

В то же время сравнение распространенности кариеса зубов и его осложнений (пульпитов, периодонтитов) не выявило достоверной разницы значений между больными и здоровыми лицами в двух группах исследования ($p > 0,05$). При этом в среднем у обследованных основной группы периода среднего возраста кариес диагностировали в 2,2 раза чаще, чем периодонтит и в 6 раз чаще, чем пульпит. У пожилых людей кариозные поражения зубов у больных глоссодинией встречаются в 2,5 раза чаще, чем периодонтит и в 10 раз - чем пульпит; в то время как у практически здоровых людей - в 2,4 и 5,0 раз, соответственно. Некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты и патологическая стираемость) имели тенденцию к увеличению с возрастом как в основной, так и в контрольной группах (клиновидные дефекты - на

ILM FAN YANGILIKLARI

KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

12,1% и 12,6% выше, а патологическая стираемость – на 11,1% и 15,5%, соответственно). Следует отметить, что поражения тканей пародонта, выявленные в основной и контрольной группах, находились в стадии ремиссии. При этом хронический катаральный гингивит диагностирован у 33% обследованных основной и контрольной групп в средней возрастной группе. Хронический генерализованный пародонтит I степени, установленный у 49,6% обследованных больных и здоровых лиц пожилого возраста, является подтверждением ухудшения состояния тканей пародонта с возрастом. Следует отметить, что хронический генерализованный пародонтит II степени диагностирован у 13,4% пациентов контрольной группы среднего возраста и у 16,8% лиц пожилого возраста.

У сравнительно небольшого числа пациентов основной (3,2%) и контрольной (2,1%) групп имела патология окклюзии и дисфункция ВНЧС, а также некачественные реставрации. Однако нерациональность протезирования и необходимость замены изношенных протезных конструкций обнаружены у 4% практически здоровых людей среднего возраста, в то время как у больных глоссодинией - у 28,5%.

Таким образом, сравнительный анализ стоматологической заболеваемости у больных глоссодинией и у практически здоровых лиц не выявил вероятного ухудшения результатов при небольшом, недостоверном разрыве между основной и контрольной группами. Однако с возрастом наблюдалась тенденция к ухудшению показателей. в обеих предметных группах.

При обследовании этой группы больных снижение глоточно-завесочного рефлекса отмечено у 14,6%, наличие тремора и фибриллярных подергиваний языка - у 26%. Повышение поверхностной чувствительности (болевой и температурной) при сохранении глубокой чувствительности (тактильной) наблюдалось у 36,4% больных.

При этом расстройства чувствительности сопровождались вторичной реакцией. Пальпация проекций точек выхода ветвей тройничного нерва, а также вегетативных ганглиев и стволов головы и шеи у всех больных безболезненна. Обследование 18 пациентов с глоссодинией пожилого возраста не выявило достоверных различий в субъективных и объективных клинических проявлениях заболевания. Среди бульбарных симптомов и жалоб двух групп больных глоссодинией преобладали: ощущение жжения (58,2%), покалывания (53,2%), зуда (60,8%) и отека языка (43,2%).

34,3% пациентов жаловались на чувство жара, на онемение - 26,8%, на покалывание - 38,4% и на «покалывание» - 38,6%. Подавляющее большинство больных (72,2%) жаловались на постоянную сухость во рту, причем у 27,8% преимущественно в ночное время.

Сенестопатия наблюдалась у 15,2% больных в виде ощущения инородного тела, ригидность языка и его увеличение. Нарушение вкусовой чувствительности у пациентов пожилого возраста отмечалось чаще (в передних двух третях и задней трети языка) - в 23,8% наблюдаемых случаев.

По локализации зоны доминирования ощущений у больных пожилого возраста не отличались от таковых у пациентов среднего возраста, но преобладали распространение парестезий и охват более широких участков слизистой оболочки и кожи.

При этом выявлялся основной патогномичный признак глоссодинии - парестезии в области кончика языка (82%) и сочетание ее с боковыми поверхностями последнего (51,8%), слизистой оболочкой верхней и нижней губ (46,4%) и щек (27,8%). Отсутствие или уменьшение интенсивности парестезий во время еды отмечено у 100% больных.

Характерной особенностью является то, что практически у всех больных (96,1%)

ILM FAN YANGILIKLARI

KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

наблюдаются фобические переживания с преобладанием онкологических фобий (64,6%). При этом продолжительность заболевания составляет более 3 мес. у 75,4% больных пожилого возраста, в том числе более года у 20%. Так же, как и пациенты периода среднего возраста, больные пожилого возраста связывают основную причину заболевания с психоэмоциональными переживаниями (32,4%) и сопутствующей им общесоматической патологией (36,2%). Число патологий, выявляющихся у каждого больного глоссодинией, значительно увеличилось, что, вероятно, связано с возрастом больных. При этом подавляющее большинство больных страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта (82%) и ухудшенным психоэмоциональным состоянием (38,4%), сердечно-сосудистой патологией (24,2%) и травмами опорно-двигательного аппарата (26,8%). Наличие вредных привычек (курение, чрезмерное употребление алкоголя) пациенты отрицали. Однако при общем обследовании выявлено уменьшение числа больных с нормальным АД на 7,4% и увеличение на 8,6% с повышенным АД.

При объективном обследовании пациентов пожилого возраста патологических элементов поражения на слизистой оболочке полости рта и коже не выявлено, однако налет на дорсальной стороне языка обнаруживался чаще, чем у пациентов среднего возраста (62,2%). Несмотря на это, слизистая оболочка полости рта не изменила цвет, умеренно увлажнена, однако у 46,7% больных имеются следы зубов на боковой поверхности языка вследствие отека.

Полость рта реабилитирована у 100% больных, хронический катаральный гингивит диагностирован у 38,4% больных, генерализованный пародонтит начальной I степени - у 41,8%, II степени - у 13,7%, но все находятся в стадии ремиссии. При исследовании чувствительности кожи лица выявлено усиление явлений боли и температуры, крайне болезненная реакция у 51,3% больных. При этом тактильная чувствительность изменилась не у всех обследованных.

Пальпация вегетативных образований головы и шеи, мест выхода ветвей тройничного нерва безболезненна. Регионарные лимфатические узлы у больных не увеличены, подвижны и безболезненны. В полости рта выявлены бульбарные симптомы: отсутствие глоточно-занавесочного рефлекса у 18,9% больных, тремор у 33,5%.

Таким образом, клинические симптомы глоссодинии (сегментарные парестезии, изменения слюноотделения и вкусовых ощущений, бульбарные расстройства и диссоциированные изменения чувствительности по сегментарному и бульбарному типу) подтверждают данные литературы [5] о функциональных нарушениях боковых ядер ствола мозга (тройничный, языкоглоточный, блуждающий, лицевой нерв и их ветви) и лимбико-ретикулярный комплекс (таламус, гипоталамус, ретикулярная формация и др.).

Заключение. Общая картина стоматологической заболеваемости у лиц среднего и пожилого возраста объясняется возрастными особенностями участников исследования. Однако существенной роли в развитии глоссодинии они не играют. Клиническое обследование больных глоссодинией было подтверждено литературными данными [8,13] о гетерогенности заболевания, реализующейся на уровне структуры коморбидности с психолого-соматической патологией и акцента на симптоматике заболеваний. В клинической симптоматике заболевания достоверных различий между показателями больных среднего и пожилого возраста не установлено. В то же время в более старшем возрасте выявлено ухудшение симптоматики заболевания: более выраженная интенсивность парестетических ощущений и размеров поражения слизистой оболочки и кожи, а также фобические переживания, а также увеличение количества сопутствующей патологии, нарастания явлений сенестопатии, гиперестезии и диссоциированной гиперпатии.

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-MAY

ANDIJON, 2024

Использованная литература:

1. Камилов Х., Ибрагимова М., Камилова А. (2022). Определение дискриминационной чувствительности языка при глоссалгии у пациентов, перенесших COVID-19 на этапе реабилитации. Медицина и инновации, 1(4), 504–509
2. Терещенко А.В., Джапуева А.Я. Глоссалгия/глоссодиния как междисциплинарная проблема. Клиническая дерматология и венерология. 2021;20(1):19–24. <https://doi.org/10.17116/klinderma20212001119>
3. Яворская Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области – Москва : Медкнига, 2007. – 56 с.
4. Яворская Е. С., Шотиди Д. Г. Дифференциальная диагностика глоссодинии и симптоматического стоматита при сахарном диабете // Вісник стоматології. – 1998. – № 3. – С. 58–59.
5. Яворская Е. С. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-бульбарного синдрома : автореф. дис. на соскание уч. степени док. мед. наук – Киев, 1972. – С. 42.56. Bender SD. Burning Mouth Syndrome. Dent Clin North Am. 2018 Oct;62(4):585-596. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.006
6. Coculescu EC, Tovar S, Coculescu BI. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome. J Med Life. 2014 Sep 15;7(3):305-9
7. Gick CL, Mirowski GW, Kennedy JS, Bymaster FP. Treatment of glossodynia with olanzapine. J Am Acad Dermatol. 2004 Sep;51(3):463-5. doi: 10.1016/j.jaad.2004.02.016
8. Meiss F, Boerner D, Marsch WC, Fischer M. Gabapentin -- a promising treatment in glossodynia. Clin Exp Dermatol. 2002 Sep;27(6):525-6. doi: 10.1046/j.1365-2230.2002.10743.x.
9. Shinoda M, Takeda M, Honda K, Maruno M, Katagiri A, Satoh-Kuriwada S, Shoji N, Tsuchiya M, Iwata K. Involvement of peripheral artemin signaling in tongue pain: possible mechanism in burning mouth syndrome. Pain. 2015 Dec;156(12):2528-2537. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000322
10. Ślebioda Z, Szponar E. Burning mouth syndrome - a common dental problem in perimenopausal women. Prz Menopauzalny. 2014 Jun;13(3):198-202. doi: 10.5114/pm.2014.43825
11. Takenoshita M, Sato T, Kato Y, Katagiri A, Yoshikawa T, Sato Y, Matsushima E, Sasaki Y, Toyofuku A. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010 Oct 13;6:699-705. doi: 10.2147/NDT.S12605
12. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. Cephalalgia. 2022 Feb;42(2):128-161. doi: 10.1177/03331024211036152
13. Teruel A, Patel S. Burning mouth syndrome: a review of etiology, diagnosis, and management. Gen Dent. 2019 Mar-Apr;67(2):24-29
14. van der Ploeg HM, van der Wal N, Eijkman MA, van der Waal I. Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987 Jun;63(6):664-8. doi: 10.1016/0030-4220(87)90366-5
15. Vellappally S. Burning Mouth Syndrome: A Review of the Etiopathologic Factors and Management. J Contemp Dent Pract. 2016 Feb 1;17(2):171-6. doi: 10.5005/jp-journals-10024-1822
16. Wieser H, Ciacci C, Gizzi C, Santonicola A. Otorhinolaryngological Manifestations and Esophageal Disorders in Celiac Disease: A Narrative Review. J Clin Med. 2023 Nov 10;12(22):7036. doi: 10.3390/jcm12227036