



СИНДРОМ ЖЖЕНИЯ ВО РТУ: ОБЗОР ЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Олимова Дилдора Вохидовна

Бухарский государственный медицинский институт,
ассистент кафедры «Общей гигиены и экологии»

Эл. адрес: azizbekbahodirov1995@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.5979531>

ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 15-декабрь 2021

Утверждено: 15-январь 2022

Опубликовано: 5-февраль 2022

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

синдром жжения во рту,
классификация,
дисгевзия,
эпидемиология,
этиология и лечение,
стоматодиния.

АННОТАЦИЯ

Синдром жжения во рту (BMS), хронический и трудноизлечимый орофациальный болевой синдром, характеризуется наличием жжения слизистой оболочки полости рта при отсутствии специфических поражений полости рта. Это заболевание поражает в основном женщин среднего и пожилого возраста с гормональными изменениями или психологическими расстройствами.

Помимо жжения, пациент с БМС также жалуется на боль в слизистой оболочке рта, изменение вкусовых ощущений и сухость во рту. Это состояние, вероятно, имеет многофакторное происхождение, часто идиопатическое, и его точный этиопатогенез остается неясным. Пока нет окончательного лекарства от этого состояния, и большинство подходов к лечению, лекарства остаются неудовлетворительными. Для лучшего ведения пациентов необходим междисциплинарный и систематический подход. Цель этой статьи - представить обзор эпидемиологии, клинических проявлений, классификации, этиопатогенеза, диагностики и лечения BMS.

Пациенты с жалобами на жжение в полости рта представляют собой одну

из сложных задач для специалистов по уходу за полостью рта. Это состояние еще больше усугубляется, если сопровождается болью. Боль - частая причина страданий и инвалидности, серьезно ухудшающих качество жизни человека. Синдром жжения во рту (BMS), хронический и трудноизлечимый болевой синдром, который в основном поражает женщин среднего и пожилого возраста, характеризуется ощущением покалывания или жжения слизистой оболочки полости рта при отсутствии явных признаков органической причины при физикальном обследовании. Общепринятого определения этого синдрома до сих пор нет из-за вариативности клинических проявлений. Однако Международная ассоциация по изучению боли [1] определяет это состояние как «жгучую



боль в языке или другой слизистой оболочке полости рта, связанную с нормальными признаками и лабораторными исследованиями, продолжающуюся не менее 4-6 месяцев» [2].

В прошлом это состояние называлось множеством названий, включая синдром ошпаривания рта, стоматодиния, болезненный язык, синдром жжения губ, глоссодиния, глоссалгия, стоматопироз, дизестезия полости рта, состояние жжения во рту, глоссопироз, боль во рту и БМС (наиболее широко распространено). [3,4] Использование различных терминов в прошлом приводит к путанице и неопределенности в клинической практике и научной литературе. Больные часто жалуются на жгучую боль слизистой оболочки полости рта, предпочтительно на языке, сопровождающуюся другими сенсорными расстройствами, такими как сухость во рту, изменение вкусовых ощущений. Это состояние часто носит идиопатический характер, и его этиопатогенез до сих пор остается неясным.

Эпидемиология

Установить истинную распространенность BMS чрезвычайно сложно из-за отсутствия соответствующей и последовательной системы классификации, точных диагностических критериев и их осведомленности среди профессионалов в области гигиены полости рта. Многие авторы не проводят различия между синдромом и симптомом как таковым. Распространенность BMS, по данным различных международных исследований, колеблется от 0,6% до

15% соответственно [5]. BMS - это в основном заболевание людей среднего и пожилого возраста в возрасте от 38 до 78 лет [4]. Похоже, что их распространенность увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин. BMS демонстрирует значительное женское пристрастие, и соотношение между женщинами и мужчинами варьируется от 3: 1 до 16: 1 в различных литературных исследованиях. [6] Хотя это еще не определено, эти гендерные различия были объяснены в контексте биологических, психологических и социокультурных факторов. Эпидемиологические исследования показывают, что это заболевание особенно часто встречается у женщин в пери- и постменопаузе, где их распространенность увеличивается до 12-18% [7]. Это состояние крайне редко встречается у пациентов младше 30 лет и никогда не регистрировалось у детей и подростков. [8]

Классификация и подтипы

Для иллюстрации клинического течения состояния были предложены различные типы классификации. Lamey и Lewis предложили разделить BMS на три подтипа в соответствии с вариациями интенсивности боли в течение 24 часов.

Основываясь на уровне патологии, Яэскеляйнен разделил первичную BMS на три подгруппы с некоторым перекрытием у отдельных пациентов. Первая подгруппа характеризуется периферической нейропатией волокон малого диаметра слизистой оболочки полости рта, вторая подгруппа состоит из патологии, затрагивающей язычную, нижнечелюстную или тройничную систему, а третья подгруппа,



отмеченная как имеющая центральную боль, может включать гипофункцию дофаминергических нейронов в базальные ганглии. [10]

Клинические особенности

Клинические проявления БМС непостоянны и всегда разнообразны и вариативны. В большинстве случаев пациенту было трудно описать ощущения, которые они испытывали. Термин BMS подразумевает человека, который жалуется на различные хронические оральные симптомы (включая боль в слизистой оболочке полости рта, изменение вкусовых ощущений, ксеростомию и другие), интенсивность которых часто увеличивается в конце каждого дня и редко мешает сну [11].

Оральная жгучая боль остается главным симптомом БМС. Большинство людей описывает этот симптом как жжение, покалывание, обжигание, раздражение, болезненность или онемение слизистой оболочки полости рта, чаще всего с поражением передних 2/3 языка, за которым следуют спинка, боковые границы языка, передняя часть твердого неба, и слизистая оболочка губ. Боль возникает спонтанно, двусторонне, без каких-либо провоцирующих факторов. Боль может ощущаться глубоко в слизистой оболочке, продолжаясь не менее 4-6 месяцев, от умеренной до сильной, интенсивность которой может меняться в течение дня. Местоположение боли не является патогномичным, часто затрагивая более одного места. Некоторые могут даже испытывать жжение на дополнительных слизистых оболочках полости рта, включая аногенитальную область. В некоторых случаях боль изменяет режим сна, что

приводит к ухудшению качества жизни, тревоге, депрессии, уменьшению желания социализироваться и / или соматизации. [4]

Более 70% людей также испытывают расстройства вкуса, которые проявляются в виде стойких изменений вкуса, чаще всего горького, металлического или и того, и другого. [12] И это может быть связано с нарушением сенсорных модальностей афферентных волокон малого диаметра. Примерно 2/3 больных жалуются на сухость во рту. Ощущение или свидетельство сухости во рту у этих людей более вероятно из-за побочных эффектов холинолитиков, психотропных средств, антигистаминных средств и / или диуретиков. [13] Было проведено несколько исследований, которые показали явные изменения в качестве и количестве слюны у индивидуума, пораженного БМС.

Различные литературные исследования доказывают, что у пациента с БМС есть неспецифические жалобы на здоровье, которые включают головные боли, боль в ВНЧС, головокружение, скелетно-мышечные расстройства, синдром раздраженного кишечника, дерматологические и психические расстройства. [14]

Этиопатогенез

Из-за сложного клинического поведения точная причина BMS в настоящее время неизвестна. Предполагается, что этиология является многофакторной и включает взаимодействие между нейрофизиологическими механизмами и психологическими факторами [15]. Было обнаружено, что значительное количество местных, системных и



психологических факторов связано с BMS; однако некоторые из этих факторов следует рассматривать как условия, важные для дифференциальной диагностики горения во рту, а не как этиологический фактор для BMS.

Возможные теории, лежащие в основе причины BMS, перечислены здесь:

Аномальное взаимодействие между сенсорными функциями лицевого и тройничного нервов. [16] Согласно этой теории, некоторые люди, которых отнесены к категории супер-дегустаторов (в основном женщины) из-за высокой плотности грибовидных сосочков на переднем крае языка, подвержены риску развития жгучей боли [17].

Сенсорная дисфункция, связанная с невропатией мелких и / или крупных волокон. [18] Forssell et al. обнаружили, что почти 90% людей с BMS имели ту или иную форму измененного порога чувствительности и / или рефлекторной реакции моргания. Иммуногистохимические и микроскопические исследования выявили дегенерацию аксонов эпителиальных и субпапиллярных нервных волокон в пораженном эпителии слизистой оболочки полости рта [19].

Центрально-опосредованное изменение модуляции ноцицептивной обработки. Эта теория объясняет тот факт, что наблюдается уменьшение нигростриатальной дофаминергической системы, что приводит к снижению центрального подавления боли у пациентов с БМС. [20]

Нарушения вегетативной иннервации и орального кровотока. [21]

Хроническое беспокойство или стресс приводят к изменению уровней гонад, надпочечников и нейроактивных стероидов в коже и слизистой оболочке полости рта. [22]

Диагностика

Следующие шаги должны быть выполнены до прибытия на диагностику BMS.

Сбор тщательного и исчерпывающего анамнеза для определения ощущения боли

Тщательное клиническое обследование слизистой оболочки полости рта для исключения местных и системных причин.

Информация о предыдущих или текущих психосоциальных факторах стресса и психологическом благополучии

Объективные измерения скорости слюноотделения и вкусовой функции
Неврологическая визуализация и обследование для исключения любых патологий и дегенеративных нарушений.

Оральный посев для подтверждения подозреваемых бактериальных, вирусных и грибковых инфекций

Патч-тест для аллергиков

Исследования желудочного рефлюкса

Гематологический тест для исключения пищевых, гормональных и аутоиммунных заболеваний.

Уход

Сложная и многофакторная этиология BMS требует систематического и междисциплинарного подхода для правильного ведения таких пациентов. Хотя для лечения BMS было предложено много лекарств и методов лечения, ни один из них не является золотым стандартом и не является удовлетворительным. Планирование



лечения должно быть индивидуальным для каждого пациента. Получение правильного клинического диагноза BMS имеет первостепенное значение для лечения.

Управление BMS можно широко обсудить по трем темам, а именно: местные лекарства, системные лекарства и поведенческие взаимодействия. Лекарства, используемые при BMS, включают антидепрессанты, анальгетики, противосудорожные, противогрибковые, антибактериальные, симпатомиметические, антигистаминные, анксиолитические, антипсихотические средства, а также витаминные, минеральные и гормональные заменители.

Актуальные лекарства

Местное нанесение капсаицина (0,025% крем) использовалось при БМС в качестве десенсибилизирующего агента и, как полагают, ингибирует вещество Р. Снижение толерантности пациента и повышенная токсичность ограничивают его использование у некоторых пациентов [24]. Были также проведены испытания полоскания 0,15% бензидамина гидрохлоридом 3 раза в день, оказывающего обезболивающее, обезболивающее и противовоспалительное действие, но с противоречивыми результатами. [25] Некоторые другие получают облегчение от боли при использовании полоскания для рта из соуса Табаско с водой [26] или, альтернативно, из острого перца и воды в разбавлении от 1: 2 до 1: 1. [27] Местное применение клоназепам (рассасывая таблетку 1 мг), агониста рецепторов гамма-аминомасляной кислоты, 3 раза в день в течение 14

дней в некоторых случаях имело определенный успех [28].

Наиболее часто используемый местный анестетик, лидокаин, пробовали немногие, и они не были показаны как эффективное лечение из-за их короткой продолжительности анальгетического действия. Было установлено, что местное применение 70% геля алоэ вера 3 раза в день в сочетании с защитным средством для языка эффективно для уменьшения жжения и болевых ощущений на языке. [29] Попытки местного применения лактопероксидазы (биотеновая жидкость для полоскания рта) и 5% доксемина оказались неэффективными [30].

Системные лекарства

Многочисленные исследования оценивали системные методы лечения СБМС с различными результатами. Использование трициклических антидепрессантов, таких как амитриптилин, дезипрамин, имипрамин, кломипрамин и нортриптилин (начальная доза 5-10 мг / день и постепенно увеличивается до 50 мг / день), полезно при лечении BMS. Некоторые авторы противопоказывают эти препараты пациентам с сухостью во рту, так как они могут ухудшить состояние.

Селективные антидепрессанты-ингибиторы обратного захвата серотонина, такие как сертралин (50 мг / день), пароксетин (20 мг / день) в течение 8 недель, дулоксетин в дозе 30-60 мг / день, антидепрессанты двойного действия, которые ингибируют как серотонин, так и норадреналин, вызывают значительное улучшение ощущения жжения во рту. [31]



Антипсихотические препараты, такие как амисульприд, левосульприд в дозе 50 мг / день в течение 24 недель, оказались эффективными и показали лучшую приверженность пациента при кратковременном применении.

Альфа-липоевая кислота (ALA) в дозе 600 мг / день, отдельно или в комбинации в течение 2 месяцев, действует как антиоксидант и мощный нейрозащитный агент, который предотвращает повреждение нервов свободными радикалами, регенерируя другие антиоксиданты, такие как витамин С и Е, способный повышать внутриклеточные уровни глутатиона, тем самым значительно уменьшая симптомы у пациентов с идиопатической дисгевзией. [32] Пациентам, проходящим терапию АЛК, необходимо рекомендовать сопутствующие препараты для защиты желудка. [33]

Системный капсаицин (0,25% капсулы 3 раза в день в течение 1 месяца) оказался эффективным для уменьшения интенсивности боли. Однако его следует использовать с осторожностью, так как у некоторых людей он вызывает боль в желудке. Бензодиазепины в низких дозах полезны для пациентов с тревожными расстройствами. Клоназепам (0,5 мг / день) и алпразолам (0,25–2 мг / день) обычно используются для лечения боли при БМС и действуют, вероятно, нарушая основной нейропатологический механизм. [34]

Добавки с витамином ВС, витамином В12, фолиевой кислотой и минералами, такими как железо и цинк,

могут значительно снизить средний уровень гомоцистеина в сыворотке и повысить уровень гемоглобина в крови с сообщением о полной ремиссии оральных симптомов [35].

Заместительная гормональная терапия (конъюгированные эстрогены, такие как премарин, 0,625 мг / день в течение 21 дня и ацетат медроксипрогестерона, например фарлутал, 10 мг / день с 12 по 21 день, в течение трех последовательных циклов) может облегчить симптомы жжения в полости рта и улучшить цитологические характеристики, особенно при женщины в пери- и постменопаузе. [36]

Некоторым людям помогает когнитивно-поведенческая терапия. [37] Сообщалось также об успешном лечении пациентов с БМС с помощью комбинированной психотерапии и психофармакотерапии. [31]

Заключение

Синдром жжения во рту - болезненное и часто разочаровывающее состояние для пациентов. Точную причину BMS часто трудно определить, она, вероятно, имеет многофакторную природу и может быть идиопатической. Этиопатогенез BMS кажется сложным. Диагностика и лечение BMS - непростая задача для профессионалов в области стоматологии. Для лучшего лечения требуется глубокое понимание этиологии и психологического воздействия этого расстройства в сочетании с новыми фармакологическими вмешательствами.

Использованная литература:

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2nd ed. Seattle, WA: IASP Press; 1994. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms; p. 74
2. Grinspan D, Fernández Blanco G, Allevato MA, Stengel FM. Burning mouth syndrome. Int J Dermatol. 1995;34:483–7.
3. Lamey PJ. Burning mouth syndrome. Dermatol Clin. 1996;14:339–54.
4. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: Overview and patient management. Crit Rev Oral Biol Med. 2003;14:275–91.
5. Zakrzewska JM, Hamlyn PJ. Facial pain. In: Crombie IK, editor. Epidemiology of Pain. Seattle, WA: IASP Press; 1999. pp. 175–82. [Google Scholar]
6. Khabibova N.N. Characteristic features of free-radical processes and antioxidant protection in the oral cavity during chronic recurrent aphthous stomatitis// European Science Review. - 2018. - P. 191-193.
7. Khabibova N.N. Changes in biochemical and immunological indicators mixed saliva of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis// European journal of pharmaceutical and medical research. –2018. – (5) 11. – P. 143-145.
8. Хабибова Н.Н. Клинико-биохимические особенности течения псевдоаллергических вариантов хронического рецидивирующего афтозного стоматита// Проблемы биологии и медицины. – 2018. - № 4 (104). – С. 220-222.
9. Хабибова Н.Н., Саидов А.А., Саидова М.Р. Сурункали рецидивирловчи афтозли стоматитда липидларни перекис оксидланишини ўзига хос хусусиятлари ва оғиз бўшлиғи антиоксидант ҳимоясининг ҳолати// Тиббиётда янги кун. – 2018. - № 3 (23). – Б. 61-63.
10. Норова М.Б., Олимова Д.В. Соғлом болалар юз жағ морфометрик ўлчамлари олтин пропорция қонунига мутаносиблиги ва симметриклигини аниқлаш// Тиббиётда янги кун. - 2020. - № 2. – Б. 30.
11. Хабибова Н.Н., Олимова Д.В., Норова М.Б. Лечение начальных форм кариеса методом инфильтрации// Тиббиётда янги кун. –2020. - № 4 (32). – Б. 290-292.