

Почему трудно поставить диагноз «синдром горящего рта»?

Д.м.н. М.И. Корешкина

ООО «АВА-ПЕТЕР», Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Синдром горящего рта (СГР) — это хронический, трудно поддающийся лечению орофациальный синдром, характеризующийся наличием ощущения жжения на слизистой ротовой полости при отсутствии специфического повреждения. Наиболее часто встречается у женщин в климактерическом периоде или менопаузе. Распространенность СГР колеблется, по данным различных международных исследований, от 0,6 до 15%. Этиология СГР предполагает взаимодействие нейрофизиологических механизмов и психологических факторов. Наиболее часто пациенты описывают боль как жжение, горение, покалывание, раздражение, болезненность и онемение слизистой рта, изменение чувствительности. Нейропатические механизмы развития СГР можно разделить на возможные подтипы: периферическая нейропатия (50–60%), субклиническая нейропатия тройничного нерва (20–25%) и центральная дофаминергическая гипофункция базального ганглия (20–40%). Более 40% пациентов отмечают улучшение в ответ на применение препаратов, используемых при нейропатической боли. Таким образом, несмотря на существующие проблемы в классификации, недостаточность знаний по патофизиологии СГР, уже разработаны для применения в ежедневной практике диагностические критерии заболевания и различные варианты его лечения. Внедрение новых анкет и алгоритмов лечения позволит чаще выявлять данную сложную патологию и успешно ее лечить.

Ключевые слова: синдром горящего рта, нейропатическая боль, анкета для диагностики лицевой боли.

Для цитирования: Корешкина М.И. Почему трудно поставить диагноз «синдром горящего рта»? // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 9. С. 10–13.

ABSTRACT

Why is it difficult to diagnose «burning mouth syndrome»?

M.I. Koreshkina

LLC «AVA-PETER», Saint Petersburg

Burning mouth syndrome is a chronic, refractory orofacial syndrome characterized by the presence of a burning sensation on the oral mucosa in the absence of specific damage. Most commonly found in women in a climacteric period or menopause. According to various international studies, prevalence of burning mouth syndrome varies from 0.6 to 15%. An etiology of burning mouth syndrome involves the interaction of neurophysiological mechanisms and psychological factors. Most often, patients describe the pain as stinging, burning, tingling, irritation, soreness and numbness of the oral mucosa, a change in sensitivity. Neuropathic mechanisms of burning mouth syndrome can be divided into possible subtypes: peripheral neuropathy (50–60%), subclinical trigeminal neuropathy (20–25%) and central dopaminergic hypofunction of the basal ganglia (20 to 40% of cases). More than 40% of patients report about improvement in response to the drug administration in neuropathic pain. Thus, despite the existing problems in the classification, lack of knowledge on the pathophysiology of burning mouth syndrome — diagnostic criteria of the disease and various treatment options have already been developed and are ready for use in daily practice. The introduction of new questionnaires and treatment algorithms will make it possible to detect this complex pathology more often and successfully treat it.

Key words: burning mouth syndrome, neuropathic pain, questionnaire for the diagnosis of facial pain.

For citation: Koreshkina M.I. Why is it difficult to diagnose «burning mouth syndrome»? // RMJ. Medical Review. 2018. № 9. P. 10–13.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром горящего рта (СГР) — это хронический, трудно поддающийся лечению орофациальный синдром, характеризующийся наличием ощущения жжения на слизистой ротовой полости при отсутствии специфического повреждения. Наиболее часто встречается у женщин в климактерическом периоде или менопаузе. В дополнение к ощущению жжения пациенты отмечают боль в ротовой полости, изменение вкуса и сухость слизистой. Это состояние имеет многофакторные причины, чаще идиопатические, в настоящее время этиопатогенез расстройства

неизвестен. Для успешного ведения пациентов с данной патологией требуются мультидисциплинарный подход и систематический анализ.

Диагностирование жжения во рту составляет трудную задачу для врачей. Данное состояние часто осложняется болевым синдромом, ухудшающим качество жизни и трудоспособность пациента. Еще не существует универсального определения данного синдрома из-за различных вариаций клинической картины. Международная Ассоциация по изучению боли (IASP) определяет это состояние «как жгучую боль в языке или слизистой рта, ассоциирован-

ную с нормальными лабораторными и другими показателями и длящуюся в течение 4–6 мес.» [1]. Международная классификация головной боли (МКГБ, 3-е изд., 2018) [2] определила СГР как «ощущение жжения и дизестезию в ротовой полости, повторяющиеся ежедневно более 2 ч в день на протяжении 3 мес. и более, без каких-либо повреждающих причин». Данное определение не рассматривает СГР как психогенную боль, как это было принято на протяжении последних десятилетий; наоборот, включая в категорию «болевого нейропатий», рассматривает как нейропатический феномен.

В реальности очень сложно оценить распространенность данной патологии из-за отсутствия надлежащей и последовательной системы классификации, окончательных диагностических критериев и низкой осведомленности врачей различных специальностей. Многие специалисты не могут отличить симптом от синдрома, что также осложняет диагностический процесс. Из-за нечеткости и разнообразия симптомов диагностика заболевания значительно затруднена.

АНКЕТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ

В последние годы уделяется много внимания новым возможностям диагностики различных вариантов лицевой боли. Для создания диагностического алгоритма может быть использована анкета WISE (web-based Interdisciplinary symptom evaluation — Междисциплинарная оценка симптомов), созданная для диагностики лицевых болей аналогично диагностическим анкетам при других вариантах болевых синдромов [3]. Анкета позволяет оценить комплекс соматических и психологических симптомов. Первая часть анкеты включает общую информацию: пол, возраст, рост, вес, известные аллергические реакции, социальный статус, образование и профессиональную деятельность. В этой анкете фиксируются не только локализация болевого синдрома до и после лечения (рис. 1), но и характеристики болевого синдрома, схема приступов (рис. 2). Описание болевого синдрома включает лицевую и головную боль, боль, давление и шум в ухе; височно-нижнечелюстном суставе (щелчки, крепитация) и ограничение его подвижности при открывании и закрывании рта; ограничение при жевании, приеме жидкостей и т. д. Важной частью являются вопросы о продолжительности болевого синдрома (меньше или больше 3 мес.), частоте возникновения приступа боли — в день, неделю за последние 4 нед. Важной составляющей является определение паттерна болевого синдрома: постоянная боль с легкими или сильными обострениями или наличие приступов без фоновой боли (рис. 2). Также в опросник включены различные проблемы с зубами, неприятные или необычные ощущения в полости и на слизистой рта. Имеются также вопросы о болях в различных частях тела и конечностях; других важных симптомах: слабости, сонливости, головокружении, тошноте. Включены и вопросы о наличии у пациента стресса, тревоги и депрессии. Анкета заполняется как минимум дважды — до и после лечения, что дает возможность оценить изменение объема, интенсивности и частоты болевого синдрома и помогает врачу получить более объективный результат. WISE — это новый инструмент для врача, который помогает в клинической работе с пациентами с лицевой болью, дает возможность персонифицировать лечение и может использоваться врачами разных специ-

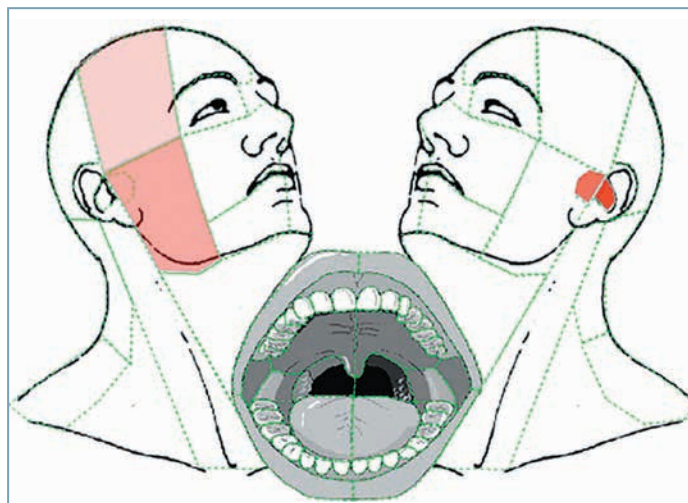


Рис. 1. Анкета WISE — зоны боли на лице и в ротовой области.

Примечание: стандартные зоны — зеленый пунктир. Интенсивность боли представлена градиентами красного цвета.



Рис. 2. Паттерны протекания болевого синдрома

альностей, сталкивающимися с данной проблемой (рис. 3). Существует необходимость перевода данной анкеты на русский язык и распространения информации с целью упрощения диагностического алгоритма для врачей различных специальностей: неврологов, стоматологов, врачей семейной медицины.

В РФ крайне редко ставится диагноз СГР. Распространенность СГР колеблется, по данным различных международных исследований, от 0,6 до 15% [4]. Эпидемиологические исследования показали, что распространенность выше у женщин в пери- и постменопаузальном периоде жизни — в возрасте от 38 до 78 лет и выявляется в 12–18% случаев, не встречается у детей и подростков [5]. Отмечено, что частота синдрома увеличивается как у женщин, так и у мужчин с возрастом. СГР чаще встречается у женщин (в соотношении к мужчинам от 3:1 до 16:1, по разным литературным данным) [6]. Данный диагноз ставится на основе критериев диагностики МКГБ. СГР относится к 13-й группе — «Болевые поражения черепных нервов и другие лицевые боли». В этой группе находится и невралгия тройничного нерва [2].

Single Case Summary Report: 2016-02-25 / ZZM ID: mR70h2a1fm		Time pattern 	Characteristic daily pain pattern 	Other impairment Worries about my chief complaint(s) ... 1 / 2 Increased fatigue / loss of energy / unintentional ... 2 / 2 Snoring / apnea during sleep 1 / 2 Lack of time / work related stress / zoning respon ... 2 / 2 Lack of support / interpersonal conflicts / loneli ... 1 / 2 Different opinions of different care givers / not ... 1 / 2																									
Gender: male, Age: 48, Height: 187, Weight: 102, BMI: 29 Occupation: dentist 100% Referred by: self-referral Primary M.D.: Habits: past smoker, stopped 4yrs ago / does not drink alcohol daily		Pain duration: more than 5 years Pain onset: gradual 	Assessments Additional questionnaires <table border="1"> <thead> <tr> <th>Questionnaire</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Pain Catastrophizing Questionnaire</td> <td>22.39</td> </tr> <tr> <td>1 Migraine Screener</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>1 Timulus Handicap Inventory</td> <td>19.36</td> </tr> <tr> <td>1 Insomnia Severity Index</td> <td>9.25</td> </tr> <tr> <td>1 GAD7 Generalized Anxiety Disorder</td> <td>12.21</td> </tr> <tr> <td>1 PHQ9 Depression</td> <td>13.27</td> </tr> </tbody> </table>	Questionnaire	Score	1 Pain Catastrophizing Questionnaire	22.39	1 Migraine Screener	1.3	1 Timulus Handicap Inventory	19.36	1 Insomnia Severity Index	9.25	1 GAD7 Generalized Anxiety Disorder	12.21	1 PHQ9 Depression	13.27												
Questionnaire	Score																												
1 Pain Catastrophizing Questionnaire	22.39																												
1 Migraine Screener	1.3																												
1 Timulus Handicap Inventory	19.36																												
1 Insomnia Severity Index	9.25																												
1 GAD7 Generalized Anxiety Disorder	12.21																												
1 PHQ9 Depression	13.27																												
Chief complaints 		Impairment (Checklist) Impairment face / head <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Toothache / oral pain (e.g. tongue, gums ...)</td> <td>1 / 2</td> </tr> <tr> <td>Pain / tightness in the jaw or face ...</td> <td>2 / 2</td> </tr> <tr> <td>Ear pain, Ear pressure, Tinnitus, ...</td> <td>2 / 2</td> </tr> <tr> <td>Headache</td> <td>2 / 2</td> </tr> </tbody> </table> Impairment jaw <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Limitation / pain upon mouth opening or ...</td> <td>1 / 2</td> </tr> <tr> <td>Limitation / pain upon biting / chewing ...</td> <td>1 / 2</td> </tr> <tr> <td>Clicking, Crepitus,</td> <td>2 / 2</td> </tr> <tr> <td>Tooth / jaw position (e.g. bite is incor ...)</td> <td>1 / 2</td> </tr> <tr> <td>Dry mouth / malodor / swallowing difficu ...</td> <td>1 / 2</td> </tr> </tbody> </table>	Toothache / oral pain (e.g. tongue, gums ...)	1 / 2	Pain / tightness in the jaw or face ...	2 / 2	Ear pain, Ear pressure, Tinnitus, ...	2 / 2	Headache	2 / 2	Limitation / pain upon mouth opening or ...	1 / 2	Limitation / pain upon biting / chewing ...	1 / 2	Clicking, Crepitus,	2 / 2	Tooth / jaw position (e.g. bite is incor ...)	1 / 2	Dry mouth / malodor / swallowing difficu ...	1 / 2	Previous diagnostics and treatment Diagnostic Examinations: none Diagnosis: none Treatment <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1 occlusal splint</td> <td>efficacy</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 / 10</td> </tr> </tbody> </table> Pain medication <table border="1"> <tbody> <tr> <td>paracetamol 500mg since: 1/2 year, 2 x / w</td> <td>efficacy</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 / 10</td> </tr> </tbody> </table>	1 occlusal splint	efficacy		7 / 10	paracetamol 500mg since: 1/2 year, 2 x / w	efficacy		7 / 10
Toothache / oral pain (e.g. tongue, gums ...)	1 / 2																												
Pain / tightness in the jaw or face ...	2 / 2																												
Ear pain, Ear pressure, Tinnitus, ...	2 / 2																												
Headache	2 / 2																												
Limitation / pain upon mouth opening or ...	1 / 2																												
Limitation / pain upon biting / chewing ...	1 / 2																												
Clicking, Crepitus,	2 / 2																												
Tooth / jaw position (e.g. bite is incor ...)	1 / 2																												
Dry mouth / malodor / swallowing difficu ...	1 / 2																												
1 occlusal splint	efficacy																												
	7 / 10																												
paracetamol 500mg since: 1/2 year, 2 x / w	efficacy																												
	7 / 10																												
Chief complaint: headache Main impairment: work interference Expectations: less pain Modulating factors: aggravating: none alleviating: rest, holidays Parafunctions <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Tooth grinding / Tooth pressing</td> <td>2 / 2</td> </tr> <tr> <td>Tongue thrusting</td> <td>1 / 2</td> </tr> </tbody> </table> Pain quality <i>at onset:</i> none: dull - pressing, exhausting, burning - hot, shooting - electric. Pain intensity: most frequent 4, maximum 4, tolerable 1		Tooth grinding / Tooth pressing	2 / 2	Tongue thrusting	1 / 2	Consent Medical information can be evaluated: YES Data can be used for research: NO Would like to be informed about results: YES 																							
Tooth grinding / Tooth pressing	2 / 2																												
Tongue thrusting	1 / 2																												

Рис. 3. Вариант анкеты, заполненной пациентом с хронической лицевой болью

13.11 Синдром горящего рта — Burning mouth syndrome (BMS)

Описание: боль или дизестезия в ротовой полости, повторяющаяся ежедневно более 2 ч в день более 3 мес., без каких-либо клинических подтверждений повреждения. Диагностические критерии:

А. Боль в области рта, соответствующая критериям В и С.

В. Повторяется ежедневно более 2 ч в день на протяжении более 3 мес.

С. Наличие 2 характеристик:

- чувство жжения;
- ощущается поверхностно в слизистой оболочке полости рта.

Д. Слизистая оболочка полости рта не имеет повреждений или изменений, включая сенсорное тестирование.

Е. Не является каким-либо другим заболеванием по МКГБ 3-го изд.

Комментарий:

1. Боль обычно двусторонняя; наиболее часто локализуется в кончике языка.
2. Интенсивность боли может колебаться.

4. Нарушения вегетативной иннервации и кровотока полости рта [10].

Рассматривается целый ряд различных факторов, способствующих развитию синдрома:

1. Локальные факторы:

- некачественно подогнанные протезы;
- стоматологическое лечение;
- бруксизм;
- контактный аллергический стоматит;
- инфекции (бактериальные, грибковые, вирусные).

2. Системные:

- эндокринные (гипотиреоз, менопауза, диабет);
- дефицит железа, витаминов группы В, цинка;
- анемия;
- воздействие лекарственных препаратов;
- синдром Шегрена;
- рефлюкс-эзофагит.

3. Психологические:

- тревога;
- депрессия;
- канцерофобия.

4. Идиопатические.

Этиология синдрома горящего рта

Этиология СГР предполагает взаимодействие нейрофизиологических механизмов и психологических факторов. Некоторые теории включают:

1. Неправильное взаимодействие между сенсорными волокнами лицевого и тройничного нервов [7].
2. Связь сенсорной дисфункции с наличием нейропатии малых волокон [8]. При данной патологии иммуногистохимические исследования и микроскопия подтверждают аксональную дегенерацию ворсинок эпителия слизистой рта [9].
3. Центральные изменения в модуляции ноцицептивной обработки в дофаминергической системе приводят к снижению центрального подавления боли.

Клиническая картина

Клиническая картина синдрома вариабельна и непостоянна. Наиболее часто пациенты описывают боль как жжение, горение, покалывание, раздражение, болезненность и онемение слизистой рта, изменение чувствительности. Таким образом, мы имеем характеристики нейропатического болевого синдрома с расположением в первых 2/3 языка, его боковых поверхностях, а также на передней поверхности неба и губ. Классическая картина представлена двусторонними симптомами. У половины пациентов начало боли спонтанное, 1/3 отмечает как триггеры стоматологические процедуры. Обычно боль продолжается на протяжении ряда лет, но бывают и спонтанные ремиссии. Более чем у 70% пациентов начало заболевания сопровождается изменением вкуса,

ощущением горечи и металлического вкуса одновременно, у 2/3 пациентов отмечена также сухость в ротовой полости.

Классификации

Существует несколько классификаций синдрома. Одна из них базируется на клинических симптомах расстройства.

Тип 1: характеризуется прогрессирующей болью, пациент просыпается без боли, боль появляется в течение дня. Чаще всего она сочетается с недостатком различных элементов питания и веществ, например, железа и витамина D; отмечена у 35% пациентов.

Тип 2: симптомы постоянны в течение всего дня, затрудняют засыпание и ухудшают сон, наблюдаются у 55% пациентов. Эти пациенты обычно страдают различными психологическими расстройствами.

Тип 3: симптомы непостоянны, с атипичной локализацией и характеристикой боли. Считается, что в их развитии играет роль аллергический компонент. Встречается в 10% случаев [12].

В другом варианте проводится разделение на *первичные/идиопатические*, причина которых неизвестна, и *вторичные*, являющиеся результатом воздействия локальных факторов или системных состояний [13].

Патофизиология синдрома горящего рта

Патофизиология первичного СГР до конца неизвестна. Нейропатические механизмы развития СГР можно разделить на возможные подтипы: периферическая нейропатия (50–60%), субклиническая нейропатия тройничного нерва (20–25%) и центральная дофаминергическая гипофункция базального ганглия (20–40%). Нейрофизиологические признаки периферической нейропатии тройничного нерва подтверждаются данными, согласно которым у 50% пациентов наступало значительное уменьшение болевого синдрома после блокады лидокаином лингвальной ветви нерва. Нейрофизиологические исследования также выявляли периферическую нейропатию тройничного нерва при СГР. Выявляются также симптомы периферической нейропатии — нарушение температурной чувствительности (снижение переносимости тепла) и аллодиния [14]. Функциональная МРТ верифицирует снижение мозговой активности в головном мозге в целом, особенно в зоне таламуса, аналогично таковому у пациентов с нейропатическим болевым синдромом [15]. Исследования, посвященные коморбидности СГР, отметили частое сочетание его с тревогой, депрессией [16] и нарушениями сна. Причем рассматривается двустороннее влияние на течение заболевания: тревога и депрессия являются результатом хронического болевого синдрома, другой вариант — боль является одним из симптомов депрессивного состояния пациента. Нарушения сна не столь очевидны, т. к. более 70% пациентов отмечают отсутствие болевого синдрома в ночное время.

Лечение

Лечение данной патологии вызывает большие затруднения, как и другие нейропатические болевые синдромы. Более 40% пациентов отмечают улучшение в ответ на применение препаратов, применяемых при нейропатической боли [17]. Предложен следующий вариант терапевтической стратегии (рис. 4) [18].



Рис. 4. Возможная модель фармакологического лечения синдрома горящего рта

На первом этапе применяют клоназепам и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). При слабой эффективности добавляют местные анестетики, amitриптилин и габапентин. В лечении могут также применяться антидепрессанты — ингибиторы обратного захвата серотонина. КПТ дает позитивные результаты при ее присоединении на любом этапе лечения. Габапентин рекомендован для лечения нейропатического болевого синдрома международными ассоциациями и стандартами лечения РФ [19]. В систематический метаанализ препаратов, используемых в лечении нейропатической боли, подразделением по нейропатической боли IASP были включены 229 исследований. На основании учета эффективности купирования болевого синдрома, безопасности применения медикаментозных препаратов по заключению данного метаанализа габапентин, наряду с прегабалином, трициклическими антидепрессантами и ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, был включен в первую линию лечения нейропатического болевого синдрома [20].

Заключение

СГР — это мультидисциплинарная проблема, которая входит в круг интересов неврологов, стоматологов, отоларингологов, врачей общей практики. Трудные вопросы диагностики и классификации заболевания, малочисленность научной и учебной информации по данному вопросу создают дополнительные сложности для практических врачей, встречающих пациентов с необычными болевыми синдромами в лицевой области. В последние годы международные и российские сообщества, объединяющие специалистов по лечению боли, разрабатывают алгоритмы ведения таких пациентов.

Несмотря на существующие проблемы в классификации, недостаточность знаний по патофизиологии СГР, уже разработаны и готовы к применению в ежедневной практике диагностические критерии заболевания и различные варианты лечения. Внедрение новых анкет и алгоритмов лечения позволит чаще выявлять данную сложную патологию и успешно лечить ее. Необходимо создавать специальные учебные программы, включающие диагностические и лечебные подходы к трудным болевым синдромам, таким как СГР.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>