

# Глосалгія або синдром печучості порожнини рота: сучасні концепції

**А. Хиць**

Редакція журналу «Український медичний часопис»

**Резюме.** На сьогодні глосодинія являє собою загадковий, до кінця незрозумілий і недооцінений патологічний стан, що характеризується хронічним перебігом, провідними проявами якого є орофациальний біль та печіння у роті.

**Ключові слова:** глосалгія, глосодинія, синдром печучості порожнини рота, хвороби порожнини рота

Глосалгія, або глосодинія, або синдром печучості порожнини рота (СППР) — хронічне захворювання порожнини рота, що характеризується відчуттям періодичного або постійного відчуття печіння у роті без явної причини [1]. Статистичні дані свідчать, що частота глосалгії серед хвороб орофациальної ділянки (захворювань рота, зубів і щелепи) становить 1–2%. СППР зазвичай виникає раптово, але може розвиватися й поступово. Нозологічна форма глосодинії представлена в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду в рубриці «Хвороби порожнини рота» (К 14.6), однак при наданні допомоги пацієнтам з цим захворюванням зазвичай задіяні не лише стоматологи, а й фахівці інших спеціальностей, зокрема неврологи.

На сьогодні патогенез розвитку СППР до кінця не відомий, однак існують декілька теорій, які здатні пояснити його. Мультифакторіальна теорія ґрунтується на тому, що СППР розвивається внаслідок дії одного/декількох локальних/загальних факторів (табл. 1). Цієї теорії зазвичай дотримуються лікарі-стоматологи. Однак результати інших досліджень, представлених зазвичай в галузі неврології, свідчать про те, що в патогенезі розвитку СППР важливу роль відіграє вегетативна нервова система. Залежно від прийнятих уявлень про патогенез значущості або доведеної ролі будь-якого виявленого етіологічного фактора фахівці призначають відповідні схеми лікування. Разом з тим кінцеві результати лікування далеко не завжди можна оцінити як задовільні, оскільки показники ефективності терапії СППР залишаються невисокими. В останні роки значна увага наукового світу прикута до ролі психогенної складової у формуванні СППР. На сьогодні відомі ще дві теорії СППР:

- психогенна: СППР розвивається внаслідок вираженого стресового чинника, тривожних, депресивних, астеноневротичних, іпохондричних станів і порушень сну;
- ідіопатична: СППР розглядається як самостійне (первинне) захворювання, розвиток якого не пов'язаний з порушеннями інших органів та систем.

**Таблиця** Мультифакторіальна теорія: фактори ризику розвитку СППР

Локальні та загальні фактори ризику розвитку СППР	
Локальні фактори ризику	Загальні фактори ризику
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фізичний і механічний вплив на язик (часте прикушування язика, вживання гарячої і надмірно гострої їжі)</li> <li>• Бактеріальні, вірусні та грибові агенти (вірус герпесу, <i>Candida albicans</i> та ін.)</li> <li>• Ортопедичні та терапевтичні втручання (гострі краї пломб, нещільне прилягання коронок до зубів)</li> <li>• Порушення жувальної функції внаслідок травм або дисфункції СНЩС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гіпо-/авітамінози, дефіцит макро-/мікроелементів (залізо, цинку та ін.)</li> <li>• Ендокринні порушення (цукровий діабет, гіпо-/гіпертиреоз, менопауза)</li> <li>• Ксеростомія</li> <li>• Захворювання ШКТ (гастрит, виразка та ін.)</li> <li>• Аутоімунні захворювання та імунодефіцитні стани</li> </ul>

СНЩС — скронево-нижньощелепний суглоб; ШКТ — шлунково-кишковий тракт

Дані літератури свідчать, що провідним проявом СППР є орофациальний біль або печіння. При цьому, як правило, відсутні ви-

димі зміни з боку слизової оболонки ротової порожнини. Симптоми СППР значно погіршують якість життя пацієнтів, а враховуючи рідкість даного синдрому, встановлення діагнозу викликає певні труднощі у фахівців, оскільки відсутні універсальні критерії встановлення діагнозу та методи, які б змогли його підтвердити [2]. Причини цього синдрому класифікуються як первинні або вторинні. Так, первинним або ідіопатичним СППР вважається за умови відсутності будь-яких клінічних або лабораторних відхилень та може бути асоційований з неврологічними порушеннями. Розвиток вторинного СППР асоційований з основним захворюванням, яке і стало причиною розвитку СППР.

Симптоми СППР:

- відчуття печіння на язик, що найчастіше відмічається на губах, піднебінні, яснах, у горлі або всій ротовій порожнині;
- відчуття сухості в роті та підвищена спрага;
- зміни смакових відчуттів, зокрема часто наявні гіркота або металевий присмак;
- втрата смаку;
- відчуття поколювання або оніміння у роті [3].

Клінічна симптоматика може мати різний характер перебігу:

- симптоми можуть з'являтися щодня у вигляді незначного дискомфорту при пробудженні та погіршуватися протягом дня;
- симптоми можуть з'являтися одразу після пробудження та однаковою мірою відчуватися протягом дня;
- симптоми можуть з'являтися та самостійно зникати.

Супутні захворювання, які можуть спричинити розвиток вторинного СППР:

- ксеростомія або надмірна сухість у ротовій порожнині, яка може розвиватися внаслідок застосування деяких лікарських засобів, системних захворювань, дисфункції слинних залоз або побічних ефектів від хіміотерапії;
- інші захворювання ротової порожнини, зокрема грибовка інфекція ротової порожнини, плаский лишай ротової порожнини або «географічний язик»;
- недостатність нутрієнтів (дефіцит заліза, цинку, фолату, тіаміну, рибофлавіну, піридоксину та кобаламіну);
- алергічні реакції, включно з харчовою алергією;
- гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба;
- прийом лікарських засобів;
- оральні звички пацієнта («жування» язика, прикушування кінчика язика та бруксизм);
- ендокринні порушення;
- надмірне подразнення порожнини рота внаслідок надмірного чищення язика, використання зубних паст з абразивною дією, надмірного використання ополіскувачів для рота або вживання великої кількості кислих напоїв;
- психологічні фактори (тривожність, депресія або стрес);
- наявність зубних протезів, які не прилягають щільно (протези самі по собі не викликають СППР, але можуть посилювати його прояви).

Як правило, неврологічний статус у пацієнтів зі СППР порушений. Можуть бути наявні ознаки депресії, апатії і втоми або ж, на противагу цьому, пацієнти можуть бути надмірно активними, збудженими, стривоженими і дуже недовірливими.

Фактори ризику:

- жінки;
- жінки, що перебувають у пре-/постменопаузальний період;
- особи віком >50 років.

СППР зазвичай розпочинається спонтанно, дані щодо прововуючого фактора відсутні, але існують певні фактори ризику, які можуть підвищувати ризик його розвитку, зокрема:

- деякі хронічні хвороби, такі як фібрміалгія, хвороба Паркінсона, аутоімунні розлади та нейропатія;
- попередні стоматологічні втручання;
- харчова алергія;
- лікарські засоби;
- травматичні події у житті;
- психологічні фактори (стрес, тривожність та депресія).

Необхідно розуміти, що в більшості випадків СППР є діагнозом виключення та ґрунтується на виключенні всіх можливих місцевих та системних факторів, які, як відомо, викликають відчуття печіння в роті. І сьогодні відсутні клінічно доцільні дослідження, які могли б допомогти підтвердити діагноз СППР, однак проведення загального аналізу крові та/або сечі може бути корисним для виключення анемії, дефіцитних станів, гіпотиреозу та цукрового діабету.

Лабораторні дослідження, які можуть бути корисними при діагностиці СППР:

- визначення рівня глюкози/глікозилюваного гемоглобіну для виключення цукрового діабету;
- рівні сироваткового заліза/феритин, вітамін B<sub>12</sub> та рівні фолатів для виключення анемії та інших дефіцитних станів;
- антинуклеарні антитіла, antiRo/SS-A, antiRo/SS-B та ревматоїдний фактор для виключення синдрому Шегрена;
- повний аналіз крові для оцінки загального стану здоров'я пацієнта;
- цитологічне дослідження мазків при підозрі на кандидоз;
- сіалометрія;
- при підозрі на алергічну реакцію можна провести шкірні прик-тести [4].

Гіпосалівацію можливо визначити за допомогою сіалометрії — простого та неінвазивного методу діагностики, що дозволяє оцінити секреторну функцію слинних залоз за одиницю часу, який об'єктивно визначає, чи є зниження швидкості потоку слини (гіпосалівація). У 2013 р. ICHD визначили діагностичні критерії для СППР:

- біль у роті відмічається щодня і зберігається протягом більшої частини дня;
- слизова оболонка порожнини рота має нормальний вигляд;
- місцеві та системні захворювання виключені [5].

Ускладнення, асоційовані з СППР, зазвичай пов'язані з дискомфортом та супроводжуються труднощами при засинанні, прийомі їжі, а також розвитком депресії [6]. Ускладнення також можуть мати запальний характер — наприклад, може розвинутися афтозний стоматит у зв'язку з гіпосалівацією (недоліком слини), оскільки сухість у роті збільшує травмуючий вплив фізичних факторів.

Терапія глосодинії потребує комплексного підходу із залученням мультидисциплінарної команди фахівців. Терапія включає прийом лікарських препаратів і усунення травмуючих факторів.

Місцеве лікування:

- повна санація порожнини рота;
  - навчання пацієнта індивідуальної гігієни порожнини рота (правильне чищення зубів із застосуванням спеціально підібраних засобів);
  - усунення місцевих травмуючих чинників (таких як зубний камінь, гострі краї пломб і зубних протезів);
  - лікувальна блокада нервів (ін'єкції знеболювальних препаратів);
  - місцеві аплікації із стоматологічними знеболювальними гелями;
  - застосування кератопластичних препаратів (наприклад масла шипшини), які усувають запалення і сприяють відновленню слизової оболонки;
  - для нормалізації слиновиділення застосовують препарати йоду в таблетках;
  - протезування однорідними металами або безбарвною пластмасою, щоб уникнути гальванічного ефекту.
- Загальні принципи лікування:
- дієтотерапія з виключенням кислоти, солоні, гострої і жирної їжі) на період лікування і купірування всіх симптомів харчової алергії;
  - приведення в норму неврологічного статусу пацієнта з використанням седативних препаратів, транквілізаторів, анксиолітиків;
  - нормалізація мозкового кровообігу;
  - прийом вітамінних комплексів;
  - деяким пацієнтам необхідна консультація психотерапевта.

## Висновок

Таким чином, СППР залишається актуальною проблемою для клініцистів та дослідників через відсутність сучасних рекомендацій щодо менеджменту пацієнтів. Пацієнт з СППР повинен розуміти, що симптоми захворювання можуть повністю не зникнути, навіть після проходження тривалого лікування. Тому підтримка, увага та турбота медичного працівника разом з навчанням самого пацієнта є основними складовими успішного менеджменту СППР.

## Список використаної літератури:

1. Mayo clinic (2019) Burning mouth syndrome. Mayo Clinic, Feb. 14
2. Mukhametova D.D., Nabiullina D.I., Khafizova T.A. (2019) Clinical case of burning mouth syndrome in the practice of a gastroenterologist. Practical medicine, Vol. 17, № 6 (part 1): 67–70.
3. Alberdi-Navarro J., Aguirre-Urizar J.M., Ginstal-Gómez E. et al. (2020) Clinical presentation of burning mouth syndrome in patients with oral lichenoid disease. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 25(6): e805–e809.
4. Nasri-Heir C., Gomes Zagury J., Thomas D. et al. (2015) Burning mouth syndrome: Current concepts. J Indian Prosthodont Soc.; 15(4): 300–307. doi: 10.4103/0972-4052.171823
5. ICHD-II (2013) Burning mouth syndrome [code to specify aetiology]. HIS Classification ICHD-II.
6. Kim J.-Y., Kim Y.S., Ko I. et al. (2020) Association Between Burning Mouth Syndrome and the Development of Depression, Anxiety, Dementia, and Parkinson Disease. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.; 146(6): 561–569.