

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СТОМАЛГИЕЙ

*Кафедра терапевтической и ортопедической стоматологии  
ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России»,  
Россия, 603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, 20а. E-mail: natali5\_@list.ru*

В результате изучения психоэмоционального состояния больных стомалгией выявлены чувство беспокойства, страха, растерянности, напряженности, эмоциональная лабильность, канцерофобия различной степени выраженности. Авторами доказана эффективность коррекции психоэмоционального состояния больных стомалгией с использованием анксиолитика тенотена.

*Ключевые слова:* стомалгия, коррекция психоэмоционального состояния, тенотен.

**E. N. ZHULEV, N. V. TIUNOVA, L. M. LUKINYN**

### CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF THE PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME

*Department of therapeutic and orthopedic dentistry, Nizhny Novgorod state medical academy,  
Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Minina street, 20a. E-mail: natali5\_@list.ru*

A study of the psychoemotional status of patients with burning mouth syndrome identified anxiety, fear, confusion, tension, emotional lability, cancerophobia varying degrees of severity. The authors have proved the efficiency of correction of psychoemotional status of the patients with burning mouth syndrome with the use of tenoten.

*Key words:* burning mouth syndrome, correction psychoemotional status, tenoten.

#### **Введение**

Стомалгия – длительно текущее заболевание, основным клиническим проявлением которого является острая, приступообразная, мучительная боль жгучего характера в области языка и других участков слизистой без структурных изменений слизистой оболочки полости рта [3].

Боль при стомалгии бывает поверхностной и глубокой, может распространяться на ротовую полость, глотку, губы и сочетаться с сухостью рта, нарушением вкуса [2]. Помимо боли наблюдаются парестетические ощущения различных оттенков (жжение, зуд, ползание мурашек, покалывание, пощипывание, ощущение тяжести и увеличение языка), которые могут локализоваться по всему языку или лишь в передних его отделах, на губах, небе, щеках, в носу, горле, пищеводе и желудочно-кишечном тракте [6].

Важную роль в возникновении и прогрессировании стомалгии играют психологические факторы [1, 4]. Исследование нейропсихического статуса при стомалгии выявило повышенные уровни тревоги, депрессии и ипохондрии, которые в сочетании обуславливают развитие сенесто-ипохондрического и депрессивного синдромов [5]. В связи с этим необходимы изучение психоэмоциональной сферы больных стомалгией и коррек-

ция ее нарушений в комплексной терапии данной патологии.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных стомалгией путем коррекции психоэмоционального состояния с применением анксиолитика тенотена.

#### **Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находилось 40 больных стомалгией (38 женщин и 2 мужчин) в возрасте 57,4±2,12 года (от 37 до 78 лет).

Все пациенты получали комплексное этиопатогенетическое лечение, включавшее профессиональную гигиену полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санацию полости рта, избирательное пришлифовывание зубов, рациональное ортопедическое лечение по показаниям. Общее лечение включало психотерапию, мильгамму внутримышечно, актовегин внутривенно, массаж шейно-воротниковой зоны, самомассаж головы, шейного отдела позвоночника и спины. Пациенты были разделены на две группы по 20 человек. В первой группе в схему лечения был включен анксиолитик тенотен «Материала Медика Холдинг» НПФ ООО, Россия) по схеме: по 1 таблетке 3 раза в день, 2 недели; далее по 1 таблетке 2 раза в день, 2 недели; затем по

1 таблетке 1 раз в день, 2 недели. Во второй группе в схему лечения включали настойку валерианы внутрь по 20–30 капель на прием 3–4 раза в день. Местное лечение включало назначение ротовых ванночек с белком куриного яйца и 2%-ного раствора лидокаина. Наблюдение проводилось в начале исследования и через 1,5 месяца терапии.

Для оценки психоэмоционального состояния больных КПЛ СОПР применяли личностную шкалу тревоги J. Teylor (1955) в модификации Т. А. Немчина (1966), а для оценки уровня боли – вербальную описательную шкалу оценки боли Verbal Descriptor Scale (F. Gaston-Johansson, M. Albert, E. Fagan et al., 1990).

Тест-опросник личностной шкалы тревоги J. Teylor (1955) в модификации Т. А. Немчина (1966) состоит из 50 утверждений. Оценка ре-

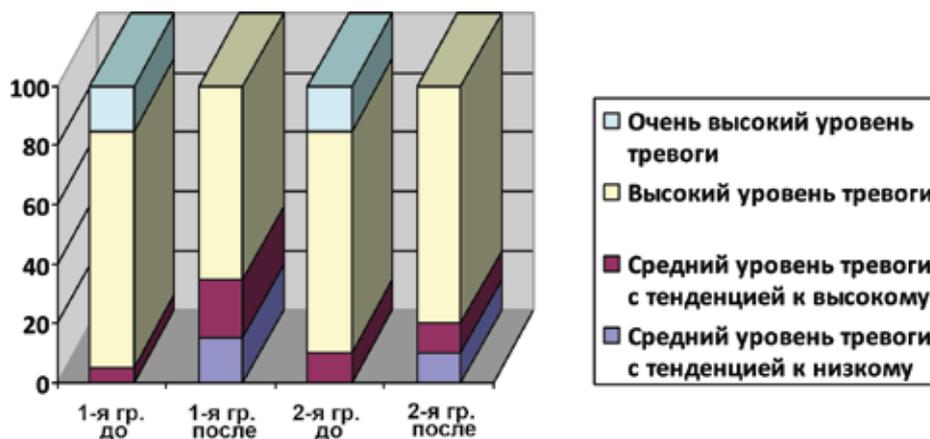
зультатов исследования проводилась путем подсчета количества ответов обследуемого, которые свидетельствовали об уровне тревоги. Суммарная оценка 40–50 баллов рассматривалась как показатель очень высокого уровня тревоги; 20–40 баллов свидетельствовали о высоком уровне тревоги; 15–25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5–15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0–5 баллов – о низком уровне тревоги.

По вербальной описательной шкале оценки боли (F. Gaston-Johansson, M. Albert, E. Fagan et al., 1990) возможны шесть вариантов оценки боли: 0 баллов – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, ее

Таблица 1

### Уровень тревоги у больных стомалгией

Группы	Уровень тревоги до лечения, баллы	Уровень тревоги после лечения, баллы	P	Процент снижения уровня тревоги
1-я группа (тенотен)	38,4±1,60	22,8±1,45	P<0,001	40,7%
2-я группа (настойка валерианы)	39,1±1,42	29,85±1,62	P<0,05	23,6%
P	(P>0,05)	P<0,05		



Структура психоэмоциональной сферы больных стомалгией в динамике

Таблица 2

### Уровень боли у больных стомалгией

Группы	Уровень боли до лечения, баллы	Уровень боли после лечения, баллы	P
1-я группа (тенотен)	7,8±1,2	2,1±1,3	P<0,001
2-я группа (настойка валерианы)	7,6±1,3	4,1±1,2	P<0,001
P	P>0,05	P<0,001	

уровень оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями.

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе опроса больных стомалгией выявлены чувство беспокойства, страха, растерянности, напряженности, эмоциональная лабильность, канцерофобия различной степени.

Исходный уровень тревоги у больных в первой группе составил  $38,4 \pm 1,6$  балла, во второй группе –  $39,1 \pm 1,42$  балла. Через 1,5 месяца после комплексного этиопатогенетического лечения уровень тревоги в первой группе снизился на 40,7% и составил  $22,8 \pm 1,45$  балла, во второй группе снизился на 23,6% и составил  $29,85 \pm 1,62$  балла (табл. 1).

В первой группе количество больных с очень высоким уровнем тревоги составило 15%, с высоким уровнем тревоги – 80% и со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому – 5%, во второй группе – 15%, 75% и 10% соответственно. После комплексного этиопатогенетического лечения с включением в схему тенотена и настойки валерианы очень высокий уровень тревоги не отмечался. Количество больных с высоким уровнем тревоги в первой группе составило 65%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому – 20%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому – 15%, во второй группе – 80%, 10% и 10% соответственно (рисунок).

После проведенного курса комплексного этиопатогенетического лечения с включением в схему тенотена или настойки валерианы отмечен выраженный лечебный эффект у всех больных, что выражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности, канцерофобии.

К концу наблюдения уровень тревоги в первой группе снизился на 40,7%, а во второй группе лишь на 23,6%. У пациентов первой группы, принимавших тенотен, снижение уровня тревоги достигло достоверности в сравнении с группой больных, в схему лечения которых включали настойку валерианы. При приеме тенотена не отмечено сонливости, разбитости, замедления скорости психомоторных реакций.

Исходный уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил  $7,8 \pm 1,2$  балла в первой группе и  $7,6 \pm 1,3$  балла во второй группе. После комплексного этиопатогенетического лечения мы наблюдали достоверное снижение уровня боли до  $2,1 \pm 1,3$  балла в первой группе и до  $4,1 \pm 1,2$  балла во второй группе.

Всем пациентам в дальнейшем рекомендовали регулярное назначение анксиолитика тенотена в комплексе с лечебной гимнастикой и сосудистыми препаратами.

Таким образом, различия в динамике показателей уровня тревоги и уровня боли в наблюдаемых группах подтвердили возможность коррекции расстройств психоэмоционального состояния у больных стомалгией препаратом тенотеном. Использование тенотена в комплексной терапии стомалгии является высокоэффективным, поскольку способствует оптимизации лечения и улучшению качества жизни больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдулазимов М. С.* Методы психотерапии в лечении больных с синдромом жжения полости рта // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2013. – № 4 (27). – С. 28–30.
2. *Гречко В. Е.* Болевые синдромы и парестезии полости рта // Неврологический вестник. – 1994. – № 1–2. – С. 71–74.
3. *Скуридин П. И.* Психоэмоциональные нарушения и личностные характеристики больных с синдромом жжения полости рта / П. И. Скуридин, М. Н. Пузин, М. В. Голубев // Клиническая неврология. – 2010. – № 2. – С. 26–28.
4. *Скуридин П. И.* Психофармакотерапия и психотерапия при синдроме жжения полости рта / П. И. Скуридин, М. Н. Пузин, М. В. Голубев // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С. 10–12.
5. *Ken Chadze R. L.* Role of various etiologic factors in the development of burning mouth syndrome / R. L. Ken Chadze, M. V. Iverieli, N. M. Geladze // Georgian. med. news. – 2006. – № 135. – P. 48–42.
6. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? / V. Schiavone (et al.) // Headache. – 2012. – Vol. 52. № 6. – P. 1019–1025.

Поступила 24.02.2015