

**Н.В. ТИУНОВА**

Нижегородская государственная медицинская академия

**КОМПЛЕКСНОЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМАЛГИИ**

**Рассмотрены особенности клинического течения, психоэмоциональное состояние, уровень боли при стомалгии, а также алгоритм действий при данной патологии. В комплексном этиопатогенетическом лечении стомалгии необходимы совместные усилия стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда и врача-невропатолога.**

**Ключевые слова:** *стомалгия, психоэмоциональное состояние, уровень боли, комплексное этиопатогенетическое лечение*

*Тиунова Наталья Викторовна - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии. E-mail: natali5\_list.ru*

**N.V. TIUNOVA**

Nizhny Novgorod State Medical Academy

**COMPLEX ETIOPATHOGENETIC TREATMENT OF STOMATALGIA**

**The peculiarities of clinical course, psychoemotional state, pain level in stomalgia are considered, and also the algorithm of actions in case of this pathology is presented. In complex etiopathogenetic treatment of this pathology collaborative efforts of the dental therapist, dental orthopedist and neuropathologist are required.**

**Keywords:** *stomalgia, psychological state, pain level, complex etiopathogenetic treatment*

*Natalya Tiunova - candidate of Medical Sciences, associate professor of the Department of Therapeutic Stomatology. E-mail: natali5\_list.ru*

Стомалгия - это хроническое заболевание, характеризующееся жжением и болью в различных участках слизистой оболочки полости рта без видимых местных изменений [1, 2, 3, 4]. На сегодняшний день стомалгия считается полиэтиологическим заболеванием, в возникновении и развитии которого участвуют местные, системные и психологические группы факторов [5, 6]. Стомалгия протекает на фоне сопутствующей соматической патологии и местных травмирующих факторов, которые нередко оцениваются больными как причина боли. Однако устранение этих факторов не приносит облегчения [7].

Пусковым фактором, провоцирующим развитие стомалгии, является стрессовый фактор [8, 9]. По данным П.И. Скуридина (2010), развитию синдрома жжения полости рта предшествовали психотравмирующие ситуации: острая стрессовая ситуация, смерть или тяжелая болезнь близких родственников, психотравмирующая ситуация в семье, изменение социального положения, изменение жизненного стереотипа, хроническая психотравма, конфликтные отношения в семье, конфликтная ситуация на работе, нехватка денежных средств, проблемы с детьми [10].

Лечение больных стомалгией остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии и неврологии [11, 12]. Для лечения применяется широкий спектр медикаментозных препаратов, однако эффективность терапии остается невысокой и требует как от врача, так и от больного большого терпения [13].

Сложность патогенеза заболевания диктует необходимость проведения комплексного этиопатогенетического лечения, включающего психотерапию, медикаментозную терапию, физиотерапию.

**Цель исследования:** изучить психоэмоциональное состояние пациентов и уровень боли при стомалгии, а также определить алгоритм действий при данной патологии.

**Материал и методы**

Под нашим наблюдением находилось 68 больных (62 женщины и 6 мужчин) в возрасте от 40 до 68 лет со стомалгией. Пациенты предъявляли жалобы на жжение и покалывание в области языка, губ, изменение вкусовой чувствительности, сухость в ротовой полости. Болевые ощущения уменьшались при приеме пищи. При осмотре полости рта мы отметили бледность слизистой оболочки полости рта и неба, отсутствие блеска слизистой оболочки, симптом «залипания зеркала». Види-

мых патологических изменений на слизистой оболочке полости рта не отмечалось.

У всех пациентов оценивали психологическое состояние по госпитальной шкале тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983) и уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли – Verbal Descriptor Scale (F. Gaston-Johansson, M. Albert, E. Faganetal, 1990).

Шкала HADS состоит из 14 утверждений, разделенных на две подшкалы: «тревога» (нечетные пункты) и «депрессия» (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по степени нарастания симптоматики от 0 баллов (отсутствие) до 3 баллов (максимальная выраженность). Пациенты самостоятельно заполняли опросник в течение 10-15 минут (без обсуждения вариантов ответа с родственниками). При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале. Суммарная оценка от 0 до 7 баллов расценивалась как «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги или депрессии), с 8 до 10 баллов свидетельствовала о субклинически выраженной тревоге или депрессии, от 11 баллов и более расценивалась как клинически выраженная тревога или депрессия.

По вербальной описательной шкале оценки боли (F. Gaston-Johansson, M. Albert, E. Faganetal., 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 уровень оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями.

Больные были разделены на две группы: основную группу (35 человек) и группу сравнения (33 человека). Всем больным проводилась профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санация полости рта и рациональное протезирование.

При сухости в полости рта пациентам назначали спрей и зубную пасту KIN Hidrat.

В основной группе пациентам было назначено комплексное лечение, включающее:

- 1) анксиолитик тенотен по 1-2 таб. 3 раза в день в течение 2-х недель; далее по 1-2 таб. 2 раза в день в течение 2-х недель; затем по 1-2 таб. 1 раз в день также 2 недели;
- 2) мильгамма по 2 мл внутримышечно, через день, 10-15 инъекций на курс лечения;
- 3) с учетом расстройств мозгового кровообращения у больных стомалгией,

а также для улучшения местной микроциркуляции в схему лечения включали актовегин 10 мл внутривенно капельно в 200 мл физиологического раствора, через день, 5 инъекций на курс лечения.

- 4) психотерапия
- 5) лечебная гимнастика (регулярно);
- 6) профессиональный массаж головы, шеи, спины (№20).
- 7) самомассаж головы, шейного отдела позвоночника и спины, ежедневно (регулярно);

8) консультация, лечение и динамическое наблюдение у врача невропатолога.

В группе сравнения больным назначали настойку валерианы внутрь по 20-30 капель на прием 3 раза в день, мильгамму, актовегин, консультацию, лечение и динамическое наблюдение у врача невропатолога.

## Результаты и обсуждение

В ходе клинико-психологической беседы с больными выявлены чувство беспокойства (80% пациентов), страха (65%), растерянности (44%), напряженности (62%), эмоциональная лабильность (63%), канцерофобия различной степени (88%).

Исходный уровень тревоги по шкале HADS по подшкале тревога у больных в основной группе составил  $13,2 \pm 1,75$  балла, уровень депрессии по подшкале депрессия –  $10,8 \pm 1,8$  балла, в группе сравнения исходный уровень тревоги –  $12,9 \pm 2,35$  балла, уровень депрессии –  $10,2 \pm 1,2$  балла, что свидетельствует о клинически выраженной тревоге и субклинически выраженной депрессии.

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил  $8,4 \pm 1,2$  балла в основной группе,  $8,1 \pm 1,1$  балла в группе сравнения, что соответствует сильному уровню боли.

Необходимо отметить, что степень выраженности тревоги и депрессии, а также уровня боли в этих двух группах сопоставима.

После курса комплексного этиопатогенетического лечения отмечено снижение уровня тревоги до  $6,78 \pm 3,12$  балла, уровня депрессии до  $7,4 \pm 2,57$  балла в основной группе, снижение уровня тревоги до  $9,6 \pm 2,2$  балла, уровня депрессии до  $8,1 \pm 1,7$  балла в группе сравнения (табл.1,2).

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил в основной группе  $1,9 \pm 1,3$  балла, в группе сравнения –  $2,1 \pm 1,3$  балла, что соответствует слабому уровню боли.

После проведенного курса комплексного этиопатогенетического лечения с включением в схему тенотена или настойки валерианы отмечен выраженный лечебный эффект у всех больных, что вы-

Таблица 1

Уровень тревоги по шкале HADS до и после комплексного этиопатогенетического лечения

| Группа           | Уровень тревоги до лечения, баллы (среднее значение) | Уровень тревоги после лечения, баллы (среднее значение) | P       | Процент снижения уровня тревоги |
|------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------|---------------------------------|
| Основная группа  | 13,2±1,75                                            | 6,78±3,12                                               | P<0,001 | 48,6 %                          |
| Группа сравнения | 12,9±2,35                                            | 9,6±2,2                                                 | P<0,001 | 25,6 %                          |

Таблица 2

Уровень депрессии по шкале HADS до и после комплексного этиопатогенетического лечения

| Группа           | Уровень тревоги до лечения, баллы (среднее значение) | Уровень тревоги после лечения, баллы (среднее значение) | P       | Процент снижения уровня тревоги |
|------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------|---------------------------------|
| Основная группа  | 10,8±1,8                                             | 7,4±2,57                                                | P<0,001 | 31,5 %                          |
| Группа сравнения | 10,2±1,2                                             | 8,1±1,7                                                 | P<0,001 | 20,6 %                          |

ражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности, канцерофобии.

К концу наблюдения уровень тревоги в основной группе снизился на 48,6 %, а во второй группе уровень тревоги снизился лишь на 25,6%. Уровень депрессии в основной группе снизился на 31,5 %, а в группе сравнения – на 20,6%. Данные шкалы HADS свидетельствуют об отсутствии достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии в основной группе и о субклинически выраженной тревоге и депрессии в группе сравнения. При приеме тенотена не отмечено сонливости, разбитости, замедления скорости психомоторных реакций.

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

### Выводы

Изучение психологического состояния и уровня боли при стомалгии показало наличие клинически выраженной тревоги, субклинически выраженной депрессии и сильного уровня боли. Комплексное этиопатогенетическое лечение с включением анксиолитика, психотерапии, сосудистых препаратов и лечебной гимнастики способствует уменьшению выраженных симптомов тревоги и депрессии, снижению уровня боли. В комплексном этиопатогенетическом лечении стомалгии необходимы совместные усилия стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда и врача-невропатолога. И только такой командный подход будет способствовать повышению эффективности лечения и повышению качества жизни больных.

### Список литературы

1. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания. М. 2000. 368 с.
2. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Николаенко Е.В. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта. Российский стоматологический журнал. 2010. №2. С. 31-34.
3. Aravindhana R., Vidyalakshmi S., Kumar M.S. et al. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. J. Pharm. Bioallied. Sci. 2014. № 6 (Suppl 1). P. 856-860.
4. Spanemberg J.C., Rodriguez de Rivera Campillo E., Salas E.J. et al. Burning Mouth Syndrome: update. Oral Health Dent. Manag. 2014. Vol. 13(2). P. 418-424.
5. Скуридин П.И. Патогенетические варианты и дифференцированная терапия синдрома жжения полости рта: дис. ... д.м.н. М., 2010. 178 с.
6. Вальков, В.А. Этиологические факторы синдрома жжения полости рта. Дентал форум. 2013. №1. С. 49-51.
7. Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Воложин А.И. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение. Нижний Новгород, 2008. 124 с.
8. Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F., Andujar-Mateos M.P. Salivary cortisol, stress and quality of life in patients with burning mouth syndrome. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2009. Vol. 23(10). P. 1212-1213.
9. Злобина О.А., Бабинцева А.А. Связь синдрома эмоционального выгорания и глоссалгии. Стоматолог-практик. 2014. №1. С. 64-65.
10. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Николаенко Е.В. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта. Российский стоматологический журнал. 2010. №2. С. 31-34.
11. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Полякова О.В. Современные концепции лечения синдрома «жгучей боли». Маэстро стоматологии. 2013. № 2 (50). С. 39-42.
12. Кипарисова Е.С., Хубаев С.-С.З. Принципы терапии глоссодинии. Клиническая неврология. 2014. №3. С. 27-30.
13. Борисова, Э.Г. Оказание специализированной помощи больным с болевыми синдромами лица и полости рта / Э.Г. Борисова // Российский журнал боли. – 2012. – № 1. – С. 9-10.