

Н.В. Тиунова,
ассистент кафедры терапевтической
стоматологии

Л.М. Лукиных,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой
терапевтической стоматологии

ГМА, Нижний Новгород

Эффективность препарата Тенотен в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта

Красный плоский лишай (*Lichen ruber planus*) — это хроническое заболевание, которое проявляется на коже и слизистых оболочках образованием папул.

Согласно результатам эпидемиологических исследований красный плоский лишай (КПЛ) встречается у 0,1–2% населения, чаще у женщин в возрасте 40–65 лет [11, 13]. По данным [12], мужчины болеют чаще в молодом возрасте, а женщины — в возрасте старше 50 лет. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. Возможно, это объясняется существенными изменениями реактивности организма, нарушением экологии, возросшим контактом с вирусной инфекцией, а также чрезмерно повышенной частотой психоэмоциональных напряжений [6]. Отмечены случаи развития КПЛ у детей [14, 15].

Единой гипотезы этиологии и патогенеза КПЛ на настоящий момент не существует (Е.В. Боровский и соавт., 2001). Большинство авторов рассматривают его как мультифакторное заболевание. Выделяют несколько теорий возникновения заболевания: неврогенная, интоксикационная, инфекционная, наследственная, иммунологическая и мембранодеструктивная.

В этиологии КПЛ слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) значительное место занимает неврогенная теория [1–4, 7, 9, 10, 16]. Эта теория основана на взаимосвязи стрессовых реакций и нервно-психических напряжений с возникновением патологических эле-

ментов на слизистой оболочке полости рта.

Стрессовый фактор является инициирующим и поддерживающим патологический процесс при КПЛ СОПР, поэтому патогенетически обосновано включение в схему комплексного лечения данной патологии препаратов для коррекции психоэмоциональной сферы.

Цель исследования — изучить эффективность анксиолитика Тенотена в схеме комплексного этиопатогенетического лечения КПЛ СОПР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 40 больных КПЛ СОПР (37 женщин и 3 мужчин) в возрасте $58,63 \pm 2,09$ года (от 26 до 82 лет), 20 человек с типичной, 6 — с экссудативно-гиперемической, 10 — с эрозивно-язвенной, 4 человека с буллезной формами заболевания.

Все пациенты получали комплексное этиопатогенетическое лечение, включающее профессиональную гигиену полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санацию полости рта, избирательное пришлифовывание зубов, рациональное ортопедическое лечение по показаниям, солкосерил, мильгамму внутримышечно, аевит, имудон и аппликации солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.

Пациенты были разделены на две группы по 20 человек. В первой группе в схе-

му лечения был включен анксиолитик Тенотен (НПФ ООО «Материя Медика Холдинг», Россия) по схеме от 1 таблетки утром натощак при легких невротических расстройствах до 6 приемов по 2 таблетки при выраженных тревожно-депрессивных нарушениях. Во второй группе в схему лечения включали настойку валерианы внутрь по 20–30 капель на прием 3–4 раза в день. Наблюдение проводилось в начале исследования и через 1 мес терапии.

Для оценки психоэмоциональной сферы больных КПЛ СОПР применяли личностную шкалу тревоги J. Teylor (1955 г.) в модификации Т.А. Немчина (1966 г.).

Тест-опросник состоит из 50 утверждений. Оценка результатов 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 свидетельствовало 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 этой же шкале оценивали эффективность проведенного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе опроса больных КПЛ СОПР выявлены чувство беспокойства, страха,

растерянности, напряженности, эмоциональной лабильности, канцерофобии различной степени.

Исходный уровень тревоги у больных КПЛ СОПР в 1-й группе составил $32,4 \pm 1,70$ балла, во 2-й — $33,1 \pm 1,57$ балла. Через 1 мес после комплексного этиопатогенетического лечения уровень тревоги в 1-й группе снизился на 35,3% и составил $20,95 \pm 1,52$ балла, во 2-й группе снизился на 18,9% и составил $26,85 \pm 1,53$ балла (см. таблицу).

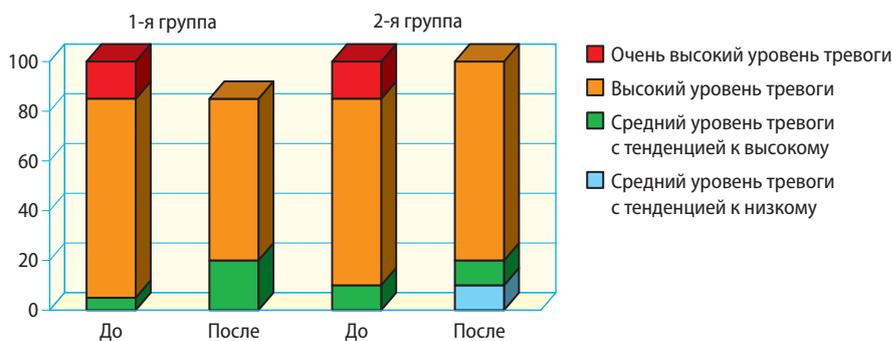
В 1-й группе количество больных с очень высоким уровнем тревоги составило 15%, с высоким уровнем тревоги — 80% и со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому — 5%, во 2-й — 15, 75 и 10% соответственно.

После комплексного этиопатогенетического лечения с включением в схему Тенотена или настойки валерианы очень высокий уровень тревоги не отмечался, количество больных с высоким уровнем тревоги в 1-й группе составило 65%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому — 20%, со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому — 15%, во 2-й — 80, 10 и 10% соответственно (см. рисунок).

После проведенного курса комплексного этиопатогенетического лечения с включением в схему Тенотена пациентам 1-й группы или настойки валерианы пациентам 2-й группы отмечен

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ КПЛ СОПР

Группа	Уровень тревоги до лечения	Уровень тревоги после лечения	p	Снижение уровня тревоги, %
1-я (тенотен)	$32,4 \pm 1,70$	$20,95 \pm 1,52$	$<0,001$	35,3
2-я (настойка валерианы)	$33,1 \pm 1,57$	$26,85 \pm 1,53$	$<0,05$	18,9
p	$p=0,76$ ($p>0,05$)	$p<0,05$		



Структура психосоциальной сферы больных КПЛ СОПР в динамике

выраженный лечебный эффект у всех больных с КПЛ СОПР, что выражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности, канцерофобии.

К концу наблюдения уровень тревоги в 1-й группе снизился на 35,3%, а во 2-й лишь на 18,9%. У пациентов 1-й группы, принимавших Тенотен, снижение уровня тревоги достигло достоверности ($p<0,05$) в сравнении с группой больных, в схему лечения которых включали настойку валерианы. При приеме тенотена не отме-

чено сонливости, разбитости, замедления скорости психомоторных реакций.

Таким образом, различия в динамике показателей уровня тревоги в наблюдаемых группах подтвердили возможность коррекции расстройств психосоциальной сферы у больных КПЛ СОПР препаратом Тенотен. Использование Тенотена в комплексной терапии КПЛ СОПР является высокоэффективным, поскольку способствует оптимизации лечения и улучшению качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Алуев М.М.** Клинико-морфологические и иммунологические аспекты красного плоского лишая: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986. — 22 с.
2. **Анисимова Т.В.** Нейропсихологический статус, показатели гемореологии у больных красным плоским лишаем и их терапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 29 с.
3. **Баркова С.В.** Эффективность применения транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2007. — 23 с.
4. **Довжанский С.И., Слесаренко Н.А., Круглая А.М.** Клиническая картина, адаптационные реакции и биологически активные вещества у больных красным плоским лишаем. — *Вестн. дерматол.* — 1988. — № 4. — С. 44—47.
5. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с.
6. **Рабинович О.Ф. и др.** Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: аспекты клинической диагностики и современные подходы к лечению. — *Клиническая стоматология.* — 1999. — № 1. — С. 34—37.
7. **Короткий Н.Г.** Роль симпатoadrenalной системы в патогенезе красного плоского лишая: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1977. — 12 с.
8. **Рабинович С.А., Ларенцова Л.И.** Применение тенотена в качестве средства премедикации на амбулаторном стома-

тологическом приеме: Методические рекомендации. — М.: МГМСУ, 2008. — 23 с.

9. **Vallejo M.J.** Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. — *Dermatology.* — 2001. — Vol. 203, № 4. — P. 303—307.
10. **Nissalo S. et al.** Disorder-specific changes in innervation in oral lichen planus and lichenoid reactions. — *J. Oral Pathol. Med.* — 2000. — Vol. 29. — № 8. — P. 361—369.
11. **Findler M., Garfunkel A.A.** Images in clinical medicine. Oral lichen planus as a clinical sign of graft-versus-host disease. — *N. Engl. J. Med.* — 2003. — Vol. 349, № 23. — P. 2223.
12. **Hornstein O.P., Hollander K., Simon M.** Klinische Feldstudie zur Häufigkeit und topographischen Verteilung des Lichen ruber einschliesslich der Frage atilogischer Einflussfaktoren. — *Z. Haut.u.Geschl.—Kr.* — 1980. — Bd. 55, H 23. — S. 1562—1568.
13. **Sugerman P.B. et al.** Oral lichen planus. — *Clin. Dermatol.* — 2000. — Vol. 18, № 5. — P. 533—539.
14. **Laeijendecker R. et al.** Oral lichen planus in childhood. — *Pediatr. Dermatol.* — 2005. — Vol. 22, № 4. — P. 299—304.
15. **Patel S., Yeoman C.M., Murphy R.** Oral lichen planus in childhood: a report of three cases. — *Int. J. Paediatr. Dent.* — 2005. — Vol. 15, № 2. — P. 118—122.
16. **Soto Araya M., Rojas Alcayaga G., Esguep A.** Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. — *Med. Oral.* — 2004. — Vol. 9, № 1. — P. 1—7.