

УДК: 616:314 – 08 - 074
© Дурягіна Л.Х., 2012

ВПЛИВ ПСИХІЧНОГО СТАНУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В КЛІНІЧНОМУ АСПЕКТІ

Дурягіна Л.Х.

ДУ «Кримський медичний університет імені С.І. Георгієвського»

Захворюваннями пародонту страждає 86% дорослого і 65 % дитячого населення (друге місце серед стоматологічних захворювань після карієсу зубів), а втрата зубів в 2-3 рази перевищує показники в порівнянні з карієсом. Окрім того, згідно з даними ВОЗ, кількість людей з такими захворюваннями збільшується з року в рік. Тому, надзвичайно актуальними є вивчення проблем, пов'язаних з цими захворюваннями. Дослідивши джерела літератури, ми не знайшли необхідних даних, що підтверджували би позитивну кореляцію між клінічним перебігом захворювань пародонту та порушеннями психічної діяльності людини [1,3,8,9,15]. Отож, ми вирішили встановити цей взаємозв'язок.

Матеріали та методи дослідження. Обстеження проводили на протязі 2004-2007 року на базі кафедри терапевтичної стоматології ДУ «Кримський медичний університет імені С.І. Георгієвського» і міської стоматологічної поліклініки м. Сімферополь, а також відділення неврозів міського психоневрологічного диспансеру з приводу хвороб зубів, тканин пародонта. Всього обстежено 562 особи віком від 16 до 44 років. Жінок було 360, чоловіків – 182. Розподіл пацієнтів згідно даної вікової періодизації було наступним: юнацького віку (17-21 рік юнаки, 16-20 років дівчата), I період зрілого віку (22-35 років чоловіки, 21-35 років жінки), II період зрілого віку (36-60 років чоловіки, 36-55 років жінки). Враховуючи те, що в наших дослідженнях були відсутні пацієнти літнього та похилого віку, ці вікові категорії ми не виділяли.

Для порівняння клінічного перебігу захворювань пародонта при поєднанні з депресивними розладами (114 хворих) і без супутньої патології (92 пацієнта) усі обстежені були поділені на групи за класифікацією ВОЗ: 25-34 роки, 35-44 роки. Хворі основної і порівняльної групи були співставленні за віком і статтю.

З урахуванням даних літератури [7] про вплив особливостей емоційної сфери, стану напруженості та слабкої емоційної стабільності у виникненні стоматологічних захворювань паралельно з епідеміологічним стоматологічним обстеженням, проведено опитування усіх 562 осіб за методикою ММРІ – скороченого варіанту СМІЛ [Л.Н. Собчик, [2002].

При цьому враховували розподіл параметрів, серед яких важливе діагностичне значення мали: загальний рівень профіля особистості, наявність пікових значень шкал та їх поєднання.

Крім того, виявляли захворювання СОПР. Особу увагу приділяли виявленню одночасних уражень тканин пародонта і СОПР.

У всіх досліджених хворих проведено поглиблене стоматологічне обстеження за загальнови-

домою методикою з урахуванням додаткових граф психологічного анамнезу. Обстеження включало: збір анамнезу, огляд, зондування, перкусію, пальпацію; виявлення захворювань твердих тканин зубів, пародонту і слизової оболонки порожнини рота. З'ясували гігієнічні навички, догляд за порожниною рота, наявність шкідливих звичок.

Клінічне обстеження містило в собі опитування і вивчення анамнезу захворювання і життя хворого та проведення основних методів дослідження: пальпацію, перкусію і зондування.

При обстеженні хворих виявляли скарги на неприємні відчуття, печіння, відчуття стягнутості і сухості слизової оболонки порожнини рота. Відмічали болісність при прийомі їжі, розмові в ділянці ураженої ділянки слизової оболонки порожнини рота, в місці контакту з травмуючим агентом.

При зборі анамнезу враховували тривалість захворювання, його динаміку, наявність рецидивів і терміни ремісії. Уточнювали характер проведеного раніше лікування і його ефективність. Враховували навички гігієнічного догляду за порожниною рота, використання нестандартних засобів для гігієни порожнини рота.

Виявляли перенесені та супутні стоматологічні і загально соматичні захворювання, наявність шкідливих звичок: паління, звичного кусання слизової оболонки губ, щік.

При огляді визначали наявність патологічних змін слизової оболонки порожнини рота, язика, губ, піднебіння. Проводили визначення стану зубів, зубних рядів і прикусу. Звертали увагу на наявність у порожнині рота ортопедичних конструкцій, особливо часткових або повних знімних протезів, наявність зруйнованих коронок зубів, порушення прикусу. Виявляли наявність постійних подразників слизової оболонки: гострі кути зубів, пломб, протезів, зубних відкладень, зубів, розміщених поза дугою.

У всіх обстежених проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота: оцінювали колір, вологість, тургор тканин.

Діагностику захворювань слизової оболонки порожнини рота проводили за загальноприйнятою в Україні систематикою уражень слизової оболонки рота Н.Ф. Данилевського и соавт. У 72 хворих юнацького віку була діагностовано м'яка лейкоплакія, що поєднана з високим рівнем депресивних переживань.

Метою обстеження хворих із ураженнями тканин пародонта є встановлення виду, форми, важкості, характеру перебігу захворювання, виявлення загальних і місцевих етіологічних і патогенетичних факторів захворювання.

Після зовнішнього огляду приступали до об-

стеження порожнини рота: його починали із огляду присінку порожнини рота. При цьому відзначали його глибину, колір слизової оболонки, вираженість і напруженість вуздечок, місце прикріплення на альвеолярному відростку, ширину прикріплення ясен, стан прикусу і форму зубів [3,13,14].

Після огляду присінку переходили до огляду власне порожнини рота. На розвиток та перебіг захворювань пародонта має вплив положення язика, тонус м'язів, наявність шкідливих звичок, стан вуздечки язика.

Деформація зубних дуг, скупченість зубів, наявність трем і діастем є обумовлюючим фактором у розвитку захворювань пародонта. Скупченість зубів, неправильне розміщення їх у дузі утруднює гігієну порожнини рота і призводить до запалення тканин пародонта, появи травматичної оклюзії.

Визначали вид прикусу і наявність травматичної оклюзії, діагностику якої здійснювали за допомогою бюгельного воску і копіювального паперу (оклюдограма). Обстеження тканин пародонта починали з огляду ясен. Запалення ясен, як один із основних симптомів захворювання пародонту, характеризується гіперемією, ціанозом, набряком, кровоточивістю, десквамацією епітелію [2,4,13,14,16].

Ступеню вираженості запалення відповідає ступінь рухомості зубів, що визначається пінцетом [4,6]:

ступінь I – рухомість зубів у вестибуло-оральному напрямку на величину не більше 1–2 мм;

ступінь II – рухомість зубів у вестибуло-оральному і мезіо-дистальному;

ступінь III – у всіх напрямках, навіть у вертикальному.

Важливою клінічною ознакою пародонтиту є пародонтальна кишеня, для вимірювання глибини якої використовували пародонтомер (градуйований зонд). Глибина пародонтальної кишені – відстань від шийки зуба (емалево-цементної границі) до дна кишені, визначали біля кожного зуба окремо.

За положенням дна кишені відносно рівня краю альвеолярної кістки розрізняють ясеневу (при гіпертрофічному гінгівіті) і пародонтальну (кісткову) кишені. Кісткові кишені за своїм розміщенням до зуба можуть бути одно-, дво-, три- і чотирьохсторонні (або циркулярні) [5,11].

Ступені тяжкості пародонтиту визначали за наступними критеріями. Пародонтит початкового ступеня діагностували за наявністю остеопору міжальвеолярних перегородок, деструкції і порушенні щільності компактною пластинки, незначному розширенні періодонтальної щілини лише біля верхівок міжальвеолярних перегородок. Пародонтит I ступеня важкості встановлювали за наявністю повної деструкції кортикального шару, розширенні періодонтальної щілини на верхівках міжальвеолярних перегородок, остеопорозі губчастої речовини та резорбції в межах верхньої третини їх висоти. Пародонтит II ступеня важкості визначали за порушеною кортикальною пластинкою, резорбцією альвеолярної

кістки до половини висоти міжальвеолярних перегородок, наявністю кісткових кишень різної глибини [4,10,11].

Рентгенологічно при діагностиці гінгівіту визначали нечіткі обриси кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок.

Всього проведено клініко-рентгенологічних досліджень 48 хворих на ХКГ, поєднаний з депресивним станом, 45 хворих – на ГП початкового–I ступеня і м'яку лейкоплакію з аналогічною поєднаною патологією і 21 хворих – на ГП II ступеня і червоної плескатої лишай, що поєднані з депресивними розладами.

Усі хворі основної групи з поєднаними депресивними розладами були поділені на вікові групи за класифікацією А.А. Маркосян: 120 хворих юнацького віку (72 – на м'яку лейкоплакію, 48 – на ХКГ); 45 – I періоду зрілого віку з генералізованим пародонтитом початкового–I ступеня і м'якою лейкоплакією; 21 – II періоду зрілого віку і червоною плескатою лишаєм.

Для оцінки характеру і глибини виявлених порушень у тканинах пародонта результати обстеження хворих порівнювали з аналогічними показниками 120 осіб групи «чистого контролю» аналогічного віку, у яких на момент обстеження були відсутні захворювання пародонта, слизової оболонки порожнини рота або їх загострення, а також загострення хронічних соматичних захворювань.

Умови відбору пацієнтів для дослідження були наступні: відсутність втручань на тканинах пародонта, обстежені мали більше 15 збережених зубів і не мали вираженої патології прикусу. Умовою включення пацієнтів до групи порівняння була відсутність поєднаних соматичних захворювань.

Усі хворі дослідної групи (186 осіб) за методом лікування були поділені на дві групи: основну і порівняльну. Ефективність лікування 94 хворих основної групи, яким проводили лікувально-профілактичні заходи за розробленою нами методикою порівнювали з 92 хворими групи порівняння, лікування яких проводили за традиційною схемою.

Результати дослідження. Епідеміологічне обстеження передбачало психодіагностичне дослідження особливостей структури особистості респондентів, визначення наявності провідних характерологічних шкал. З цією метою проведено опитування усіх обстежених (562 особи) з використанням методики міні-мульти ММРІ-скороченого варіанту СМІЛ, адаптованого Ф.Б. Березиним і соавтор [12]. Із загальної кількості обстежених 64,4% (362 особи) склали групу юнацького віку, 23,5% (132 особи) – I періоду зрілого віку, 12,1% (68 осіб) – II періоду зрілого віку, жінок було 380 (67,6%), чоловіків 182 (32,4%).

Аналіз матеріалів, отриманих в процесі психологічного тестування, свідчить про високу частоту депресивних розладів у обстежених. Так різні депресивні розлади встановлені у 215 обстежених, що склало 38,3%. З віком спостерігали поступове збільшення відсотка осіб з депресивними розладами. В юнацькому віці депресивні розлади діагностовані в 35,9% випадків. (130

хворих), в I періоді зрілого віку – в 40,9%(54 пацієнта), в II періоді зрілого віку – в 45,6% (31 хворий).

Стоматологічне обстеження 215 хворих із депресивними розладами виявило високу розповсюдженість захворювань пародонта (хронічний катаральний гінгівіт, і генералізований пародонтит) і СОПР (м'яка лейкоплакія і червоний плесканий лишай) серед даної категорії обстежених. При цьому в юнацькому віку ураження тканин пародонта і СОПР встановлено у 120 хворих, що склало 92,3% з 130, в I періоду зрілого віку – у 45(83,3%) в II періоді зрілого віку – у 21(67,7%).

Вивчення структури стоматологічної захворюваності у пацієнтів з депресивним станом виявило наступне: 72 пацієнта (60%) юнацького віку страждали на м'яку лейкоплакію; 48(40%) аналогічного вікового періоду на хронічний катаральний гінгівіт; 45 хворих I періоду зрілого віку (100%) - на генералізований пародонтит початкового - I ступня і м'яку лейкоплакію, 21 хворих II періоду зрілого віку(100%)- на генералізований пародонтит II ступеню і червоний плесканий лишай.

Отже, в результаті проведених досліджень виявлено значне розповсюдження одночасних уражень тканин пародонта і СОПР поєднаних з депресивними розладами. Депресивні розлади виявлені у середньому в 38,3% випадків (215 пацієнтів), з них у 86,5% хворих виявлено одночасне ураження тканин пародонта і СОПР. Встановлена залежність частоти уражень тканин пародонта і СОПР від віку пацієнтів.

Характерною особливістю є те,що з віком спостерігаються поступове збільшення депресивних розладів у обстежених(з 35,9% до 45,6%) і аналогічне зменшення стоматологічної захворюваності (з 92,3% до 67,7%). Натомість, її особливістю було з віком збільшення більш важких уражень тканин пародонта і СОПР. Можливо, це викликано психологічним станом хворих та його обтяження у I та II періоді зрілого віку, на що вказують автори [7,12].

Аналіз захворюваності на м'яку лейкоплакію і червоний плесканий лишай також виявив тенденцію до зростання у молодому віці. Натомість, з віком спостерігали збільшення більш важких захворювань СОПР. Так, якщо в юнацькому віці та I періоді зрілого віку цієї групи виявлена м'яка лейкоплакія, то в осіб II періоду зрілого віку - червоний плесканий лишай.

На відміну від них, залежність частоти виявлення захворювань пародонта у хворих основної групи була зворотньою. Так, у віковому періоді 19-24 роки, діагноз хронічний катаральний гінгівіт встановлення у всіх 100% хворих (48 обстежених, що достовірно вище ніж у групі порівняння, (p <0,001). В інших вікових групах цей діагноз не вставлений. Звертає на особливу увагу те,що генералізований пародонтит початкового – I ступеня діагностований вже у 40% хворих (18 осіб) віком від 19 до 24 років і 57,8% хворих (26 осіб)– від 25 до 34 років (p <0,001). У віковому періоді 35-44 років на генералізований пародонтит початкового - I ступеня страждав лише 1 хворий, що склало 2,2% від усіх обстежених з

цим діагнозом та істотно відрізнявся від такого групи порівняння(p <0,001).

Отже, тяжкість перебігу захворювань пародонта у поєднанні з депресивним станом мала чітко виражену закономірність до зростання у молодому віці.

На нашу думку,це обумовлено суттєвим погіршенням депресивного стану у цієї категорії обстежених та зниженням адаптаційних процесів з віком.

При опитуванні хворих на м'яку лейкоплакію, поєднану з депресивним станом скарги були відсутні в 50% випадків, захворювання виявляли при огляді порожнини рота у зв'язку з виявленими депресивними розладами. У 30,6% випадків (22 хворих) пацієнти пред'являли скарги на неприємні відчуття зкушування СО, а 19,4% хворих (14 осіб) скаржились на незвичний вигляд СОПР, наявність нашарувань та дратливість з приводу постійного зкушування.

З анамнезу з'ясовано, що лікування не проводили 36,1% пацієнтів. Лише 13,9% хворих (10 осіб) лікувались самостійно, здійснювали полоскання порожнини рота антисептичними розчинами.

При огляді встановлено типову дифузну форму м'якої лейкоплакії у 11 хворих (15,3%випадків) типову вогнищеву – у 56(77,8%), атипову – у 5(6,9%). При дифузної форми на незмінній СО щік та губ вогнища ураження були представлені у вигляді розрихленої губчастої поверхні,вкритої білуватими лусочками, які легко знімаються шпателем з утворенням безболісної гіперемійованої поверхні. При типовій вогнищевій формі постерегли менш виражені симптоматику захворювання: на СО щік по лінії змикання зубів незначна ділянка шириною 2-3 мм покрита безболісними лусочками, які при зішкрябанні знімаються без утворення ерозії. Для атипової форми було характерно помутніння СО щік по лінії змикання зубів у вигляді білої полоски, злегка піднятої над рівнем СО, безболісної при пальпації. При цьому було менш виражено злущування поверхневих шарів епітелію. Регіонарні лімфовузли при усіх формах м'якою лейкоплакії не збільшені і безболісні при пальпації.

При з'ясування скарг у хворих на хронічний катаральний гінгівіт, поєднаний з депресивним станом встановлено їх відсутність в 66,7% випадків. У 22,9% випадків (11хворих) пацієнти пред'являли скарги на кровоточивість ясен при прийомі їжі та чищенні зубів. Лише 10,4% хворих скаржились на свербіж і неприємні відчуття в яснах.

При зборі анамнезу виявлено, що 10 хворих (20,8%) звертались за допомогою до лікарів-стоматологів, але ефективність лікування була або відсутньою,або недовготривалою. 6 хворих (12,5%) лікувались самостійно за допомогою полоскань відварами та настоями трав. Загострення процесу хворі відмічали тричі і більш на рік.

При обстеженні встановлений дифузний характер розповсюдженості процесу у 100% хворих на хронічний катаральний гінгівіт. При цьому

виявляли дифузну гіперемію з ціанозом ясеневого краю і ясеневих сосочків та їх набряк. Міжзубні ясеневі сосочки потовчені, набряклі, рихлі, контур їх згладжений. Рельєф ясеневого краю змінений. При механічному подразненні ясен I ступень кровоточивості встановлено у 72,9% обстежених хворих цієї групи, II – у 26,1%. У 29,2% випадків спостерігали наявність несправжніх пародонтальних кишень, в той час як у групи порівняння – у 7,3% ($p < 0,05$). Наявні над ясеневі зубні відкладення, частіше мінералізовані – зубний камінь (64,6%), рідше не мінералізовані – зубна бляшка (18,7%) і м'який зубний наліт (16,7%). Зубо-ясеневе прикріплення не порушено. Зуби нерухомі в 100% випадків. При рентгенологічному дослідженні у 8 (16,7%) хворих виявляли остеопороз між альвеолярних перегородок без порушення цілісності кортикальної пластинки кісткової тканини. Проте ця ознака в групі порівняння виявлена у 2 (4,9%) хворих ($p < 0,05$).

При запально-деструктивних ураженнях тканин пародонта перебіг захворювання відрізнявся більш вираженою симптоматикою. Скарги на кровоточивість ясен при прийомі твердої їжі і чищенні зубів пред'являли усі 45 хворих (100%) на ГП початкового -I ступеня. Неприємні відчуття, запах з рота, свербіж і парестезії ясен відмічали 39 (86,7%) хворих. Лише 6 (13,3%) хворих не пред'являли ніяких скарг. При аналізі тривалості захворювання враховували данні анамнезу. При цьому майже усі пацієнти (93,3%) вважали себе хворими протягом від одного до трьох років та рецидиви уражень зубоутримуючих тканин пов'язували із загостренням депресивних розладів.

При об'єктивному обстеженні пацієнтів з ГП початкового -I ступеню, поєданого з депресивним станом, виявлений симптоматичний дифузний катаральний гінгівіт, відкладення над- і під'ясеневих зубних каменю у 86,7% хворих, травматична оклюзія у місцях не повноцінно виготовлених ортопедичних конструкцій і пломб та зубощелепних аномалій у 46,7% хворих. Застійна гіперемія з синюшністю і набряком ясен спостерігали у 100% хворих. Висота ясеневих сосочків зменшена у 100% випадків. Конфігурація ясеневих сосочків змінена, виявляли ясеневі валики за рахунок набряку. Пародонтальні кишень із серозно-гнійним вмістом глибиною 1,5-2мм встановлені у 24 (53,3%) хворого., до 3мм – у 21(46,7%) хворих. Поодинокі пародонтальні абсцеси встановлені у 16(35,6%) хворих, в той час як в групі порівняння - у 1(2,8%), при ймовірності різниці показників 95%. Травматична оклюзія виявлена у 20 (44,4%) хворих. Кровоточивість ясен I ступеня виявлена у 28(62,2%) хворих цієї групи, II ступеня - у 17(37,8%). Патологія на рухомість I ступеня встановлена у 16(35,6%) хворих, в яких діагностовано пародонт альні абсцеси.

При рентгенологічному дослідженні помірно виражений остеопороз губчастої речовини між альвеолярних перегородок і потоншення або резорбція кортикального шару їх вершин, виявлено у 20(44,4%) обстежених хворих, нерівномірна горизонтальна резорбція альвеолярного відрост-

ка в межах 1/4-1/3 його висоти у 25(55,6%). Натомість, у хворих групи порівняння дані показники склали відповідно 73,2%; 26,8%.

При огляді ротової порожнини у 29 (64,4%) обстежених хворих цієї групи виявлена м'яка лейкоплакія, хоча пацієнти не пред'являли скарг і не знали про наявність даного захворювання. При цьому у 6(13,3%) діагностована типова дифузна форма, у 21(46,7%) - типова вогнищева, у 2(4,4%) - атипова, з наведеними клінічними ознаками.

При збільшенні важкості захворювання і розвитку генералізованого пародонтита II ступеня з одночасним ураженням СОПР (червоний плесканий лишай), що поєднані з депресивним станом найбільш частими скаргами у хворих були: біль в яснах (90,5%), кровоточивість (80,9%), відчуття свербіння, оніміння, ломоти в яснах (61,9%), сухості, стянутості, шороховатості СО щік (28,6%), запах з рота (100%), рухомість зубів (90,5%). Анамнестичні дані аналогічні таким при початкової - I ступені захворювання.

При огляді зазначеної групи хворих виявлений симптоматичний дифузний катаральний гінгівіт у 61,9% випадків, симптоматичний хронічний гіпертрофічний гінгівіт набрякова форма у 38,1%. У всіх пацієнтів спостерігали наявність над- і під'ясеневих зубних відкладень, велику кількість м'якого зубного наліту, оголення шийок зубів від 3 до 8мм. Глибина пародонтальних кишень від 3 до 5мм виявлена у 15(61,9%) хворих, від 5 до 8мм у 8(30,1%). Майже у всіх хворих (95,2%) виявляли серозно-гнійний вміст у пародонтальних кишнях. Крім того, у 12 хворих (57,1%) діагностовано поодинокі пародонт альні абсцеси, в той час як в групі порівняння – у 1(6,7%), при вірогідності різниці показників 95%. Травматичну оклюзію визначали у 100% випадків, рухомість зубів I ступеня – у 42,9% випадків, II ступеня – у 57,2%, між зубами – діастеми і тріми.

При рентгенологічному дослідженні встановлено дифузний остеопороз кісткової тканини, зм'якана резорбція міжальвеолярних перегородок в межах від 1/3 їх висоти у 13(61,9%) хворих до 2/3 висоти у 8(39,1%). Суттєвих відмінностей у клінічному перебізі цієї форми захворювань пародонта з групою порівняння не виявлено.

При огляді СОПР у 6 хворих зазначеної групи, що склало 28,6%, діагностована типова форма червоного плескатоного лишая. При цьому, на незмінений СО щік і бокових поверхні язика виявлені дрібні папули білисуватого кольору що з'єднуються між собою у вигляді своєрідного малюнку, безболісні при пальпації. Регіональні лімфовузли не збільшені і безболісні при пальпації.

Таким чином, клінічне обстеження хворих із одночасним ураженням тканин пародонта, СОПР, що поєднані з депресивними розладами, виявило наступні особливості перебігу захворювань. При поєднанні з депресивним станом захворювання пародонта відрізнялись достовірно вищою поширеністю у молодому віці, швидкою генералізацією процесу і частим загостренням, більш важким перебігом з формуванням пародо-

нтальних абсцесів. При цьому, в загальній симптоматиці домінують клінічні ознаки захворювань пародонта.

Враховуючи зв'язок кератозів СОПР з емоційними стресами, негативними емоціями та нервово-психічними впливами, шкідливими звичками, тощо [7,12], на нашу думку, розвиток м'якої лейкоплакії та червоного плескатоного лишая обумовлені депресивними розладами в організмі обстежених хворих. При дослідженні хворих із поєднаною стоматологічною патологією і порушеннями особистісних і когнітивних функцій встановлена ще одна особливість: із віком спостерігається тенденція до розвитку більш важких кератотичних уражень СОПР (м'яка лейкоплакія в юнацькому і I періоді зрілого віку, червоний плескатиий лишай - в II періоді зрілого віку), що пов'язані з негативним впливом супутньої патології – депресивних розладів, які з віком

поглиблюються та обтяжують перебіг основного захворювання. Тому, при лікуванні і профілактиці одночасних уражень тканин пародонта запально-деструктивного характеру захворювань СОПР необхідно враховувати вплив поєднаної патології.

Висновки:

1. Виявили значне розповсюдження одночасних уражень тканин пародонта і СОПР поєднаних з депресивними розладами.
2. Тяжкість перебігу захворювань пародонта у поєднанні з депресивним станом мала чітко виражену закономірність до зростання у молодому віці.
3. При поєднанні з депресивним станом захворювання пародонта відрізняються швидкою генералізацією процесу і частим загостренням, більш важким перебігом з формуванням пародонтальних абсцесів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Борисенко А.В.** Современные классификации заболеваний пародонта / А.В. Борисенко // Современная стоматология. — 2007. - №4. — С.38— 42.
2. **Безруков И.В.** Быстро прогрессирующий пародонтит/ И.В. Безруков. — Москва: Медицинская книга, 2004. — 144с.
3. **Годована О.І.** Захворювання пародонту (гінгівіт, пародонти, пародонтоз). / О.І. Годована. — Львів-Тернопіль: Джура, 2009. — 199с.
4. **Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В.** Захворювання пародонта / Н.Ф.Данилевский, А.В. Борисенко. — Київ: Здоров'я, 2000. — 461с.
5. **Заболотний Т.Д.** Мікробіоценоз пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтитом з супутнім остеоартрозом / Т.Д. Заболотний, М.С. Залізник // Вісник стоматології. — 2011. — №3. — С.37— 40.
6. **Заболотний Т.Д.** Генералізований пародонтит. / [Т.Д.Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський] — Львів: ГалДент, 2011. — 240с.
7. **Краснов В.Н.** Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. — М.:М, 2011. — 431с.
8. **Дзема́н Н.А.** Корекція порушень загально адаптаційних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: автореф дис. на здобуття наукового ступеня к. мед.н.: спец. 14.01.22 «Стоматологія»/ Н.А. Дзема́н. — Київ, 2005. — 21с.
9. **Косенко К. М.** Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. н.: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / К. М. Косенко. — Київ, 1994. — 45с.
10. **Машенко І.С.** Заболевания пародонта / Игорь Сергеевич Машенко. - Днепропетровск: Коло, 2003. — 272с
11. **Поворознюк В.В.** Костная система и заболевания пародонта / В.В.Поворознюк, И.П. Мазур. — К., 2003. — 446с.
12. **Собчик Л.Н.** Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик. — М.: Медицина, 2002. — 259 с.
13. Терапевтична стоматологія: підручник / [А. К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.]; за ред. А. К. Ніколішина. — Т. 2. — П. : Дивосвіт, 2007. — 280с.
14. **Lascaris D.** Атлас по пародонтології. Проявления местных и системных поражений / D. Lascaris; [перевод с английского под ред. проф. А. И. Грудянова]. — Москва: «МИА», 2005. — 268 с.
15. **Carranza F.A.** Clinical Periodontology/ F.A Carranza, M.G. Newman — Philadelphia, 1996. — 782 p.
16. **Genco R.J.** Current view of risk factors for periodontal diseases: Review / R.J. Genco // J. Periodontol. — 1996. — V. 67, Suppl. 10. — P. 1041— 1049.

Дурагина Л.Х. Вплив психічного стану на перебіг захворювань тканин пародонту в клінічному аспекті // Український медичний альманах. — 2012. — Том 15, № 6. — С. 194-198.

Захворювання пародонту одна з найбільш поширених стоматологічних патологій, одна з головних причин випадання зубів. Недостатньо вивчена кореляція психічного стану і характеру клінічного перебігу захворювань пародонту. Встановили, що спільно з депресивними станами захворювання пародонту відрізняються швидкою генералізацією процесу і частими загостреннями, важкою течією з формуванням пародонтальних абсцесів.

Ключові слова: захворювання пародонту, психічний стан.

Дурагина Л.Х. Влияние психического состояния на течение заболеваний тканей пародонта в клиническом аспекте // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 6. — С. 194-198.

Заболевания пародонта одна из наиболее распространенных стоматологических патологий, одна из основных причин выпадения зубов. Недостаточно изучена корреляция психического состояния и характера клинического течения заболеваний пародонта. Установили, что совместно с депрессивными состояниями заболевания пародонта отличаются скорой генерализацией процесса и частыми обострениями, более тяжелым течением с формированием пародонтальных абсцессов.

Ключевые слова: заболевание пародонта, психическое состояние.

Duryagina L.H. The influence of mental condition to flow of diseases of parodontal tissues in the clinical aspect // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 6. — С. 194-198.

Diseases of parodontium one of the most widespread stomatological pathologies, one of principal reasons of fall of teeth. Not enough correlation

of mental condition and character of clinical flow of diseases of parodontium is studied. Set that jointly with depressions of disease of parodontium differ quick generalized of process and frequent intensifying, more heavy flow, with forming of parodontal abscesses.

Key words: disease of parodontium, mental condition.

Надійшла 09.10.2012 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова