

15. Хирургическая стоматология / под ред. В.А. Дунаевского.- М.: Медицина,- 1979.- 472 с.
16. Иорданишвили А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба // Стоматолог.- 2001.- №3.- С. 19-21.
17. Платонов С.Б. Клинико-лабораторное обоснование применения клеевой биорезорбируемой повязки на альвеолярный отросток после операции удаления зуба: Кв. раб. на... маг. мед. (14.01.22) МЗУ КГМУ им. С.И. Георгиевского.- Симферополь, 2004.- 56 с.
18. Кускова В.Ф., Ребрева Л.Н. Методика микробиологического исследования в стоматологии // Стоматология.-1971.-№4.-С.57-60.
19. Сапронова Е.В., Еденюк Е.А., Каргальцева Н.М. и др. Микробиологические особенности содержимого пародонтальных карманов у больных с воспалительно-деструктивными заболеваниями тканей пародонта // Стоматолог.- 2007.- № 7.- С. 19-21.
20. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования.- М: Медицина, 1967.- 267 С.
21. Gould J.C. // Brit. J. Urol.-1965.-V.37.-P.7-12.
22. Фельдман Ю.М., Маханева Л.Г. и др. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Ж. эпидемиол. микроб иммунол.-1985.- С.616-618.
23. Bergey's manual of determinative bacteriology.- пер. с англ.- М: Мир, 1997,- тт 1, 2.
24. Дажо Р. Основы экологии.- пер. с фр.- М: Мир, 1975.- 279 с.
25. Уиттекер Р. Сообщества и экосистемы.- М.: Прогресс, 1980.- 217 с.

Поступила 12.07.10.



УДК 616.89: 617.52/.53-07-08

*А. А. Джерелей, к. мед. н.,  
И. Г. Романенко, д. мед. н.*

Крымский государственный медицинский университет

### РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО- ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОГО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Проведенное исследование дает основание прийти к заключению, что тревожно-обсессивно-фобическое психосоматическое состояние (37,82%) является наиболее часто встречающимся у хирургических стоматологических больных, и оно может эффек-

тивно корректироваться. Исползованный терапевтический комплекс привел к стабилизации артериального давления перед операцией, к нормализации показателей свертывающей системы крови (протромбин, фибрин, время свертывания крови), снизил выраженность послеоперационного отека, болевой реакции, локальной температуры и, в конечном итоге, способствовал формированию эстетических послеоперационных рубцов.

**Ключевые слова:** хирургическое вмешательство, психосоматическое состояние, психологическая коррекция, процесс гемокоагуляции, общие липиды плазмы крови, воспаление.

*А. О. Джерелей, І. Г. Романенко*

Кримський державний медичний університет

### РЕЗУЛЬТАТИ КОРЕКЦІЇ ТРЕВОЖНО- ОБСЕССИВНО-ФОБІЧНОГО ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ У ХІРУРГІЧНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Дослідження, яке було проведено, показує, що тревожно-обсессивно-фобічний психосоматичний стан (37,82 %) що частіше зустрічається у хірургічних стоматологічних хворих, і він може ефективно коректуватись. Терапевтичний комплекс, який використовувався привів до стабілізації артеріального тиску до операції, до нормалізації показників згортаючої системи крові (протромбін, фібрин, час згортання крові), знизив розвиток післяопераційного набряку, інтенсивність больових відчуттів, локальної температури, що в кінцевому разі, обумовило формування естетичного рубця.

**Ключові слова:** хірургічне втручання, психосоматичний стан, психологічна корекція, процес гемокоагуляції, загальні ліпіди плазми крові, запалення.

*А. А. Dzhereley, I. G. Romanenko*

Crimean National Medical University

### RESULTS OF CORRECTION OF ANXIETY- OBSESSIV-FOBIC PSYCHOSOMATIC STATE FOR SURGICAL - STOMATOLOGICAL PATIENTS

Carried out research gives the basis to come to conclusion, that is disturbing psychosomatic condition (37,82%) is most often meeting at surgical - stomatologic patients, and it can effectively be corrected. The used therapeutic complex has led to stabilization of arterial pressure before operation, to normalization of parameters of curtailing system of blood (protrombin, fibrin, time of curtailing of blood), has lowered expressiveness of a postoperative hypostasis, painful reaction, local temperature and, finally, promoted formation aesthetic postoperative scars.

**Key words:** surgical intervention, psychosomatic condition, psychological correction, the general lipids plasmas of blood, inflammation.

**Введение.** Человек, как в здоровом состоянии, так и во время болезни, представляет собой психосоматическое единство, что определяет значимость психосоматического направления, как одного из важнейших разделов современной медицины [1-4].

Судя по данным литературы, у любого человека, попавшего на лечение к специалистам хирургического профиля, возникают определенные психологические отношения к своей болезни, предстоящей операции и лечению в целом. Психоземotionalные перегрузки ведут к повышенной трате энергии, дезорганизации обменных процессов и дисфункции важнейших отделов мозга, что способствует развитию нарушений в сердечно-сосудистой и других системах организма [5-8]. Среди типичных патологических психосоматических состояний у хирургических стоматологических больных наиболее распространено тревожно-обсессивно-фобическое состояние. [9].

**Цель исследования.** Оценить эффективность лечения хирургических стоматологических больных в тревожно-обсессивно-фобической психосоматической подгруппе.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения и послеоперационного наблюдения за 312 пациентами с атеромами, дермоидными кистами, липомами и хроническим гиперпластическим лимфаденитом (группа сравнения - 169, основная - 143). Мужчин - 148 человек, женщин - 164. Преобладали больные в возрасте до 50 лет (80,5 %). Из общего числа больных по результатам психологического тестирования (по методу ЛОБИ) выявлены 118 человек (37,82 %) с тревожно-обсессивно-фобической реакцией. Эти пациенты были распределены в группу сравнения и основную группы. Распределение больных по нозологическим группам заболеваний приведено в табл. 1.

Таблица 1

**Распределение больных с тревожно-обсессивно-фобической реакцией по нозологическим формам заболеваний**

Психологическая реакция	Нозологические формы				Итого
	Атерома	Хр. гиперпластический лимфаденит	Липома	Дермоидная киста	
Тревожно-обсессивно-фобическая	27 (22,9%)	24 (20,3%)	35 (29,7%)	32 (27,1%)	118* (100%)

*Примечание:* \* - процентные соотношения указаны по типу психологической реакции.

Общеклинические и лабораторные исследования были дополнены изучением степени выраженности послеоперационного отека и болевой реакции, состояния раны и рубца, контролем показателей артериального давления, локальной термометрии, определением показателей протромбина, фибрина, времени свертывания и перекисного окисления липидов.

Хирургические операции проводились под местной инфильтрационной анестезией 0,5 % раствором лидокаина. Раны ушивали послойно нитью викрил 4/0, на кожу накладывали внутрикожный шов полиамидной мононитью 4/0. Рану не дренировали. После операции на нее накладывали асептическую давящую повязку.

Для проведения коррекции тревожно-обсессивно-фобического психосоматического состояния применяли: общую рациональную психотерапию, дифференцированную премедикацию (перед сном, накануне операции и за 2 часа до операции - дормикум 7,5 мг, внутрь; за 40 минут до операции - атропина сульфат, промедол, димедрол), трансдермальную рефлексотерапию, сибазон по 0.005 г внутрь, продеп по 20 мг -

1 раз в сутки, этамзилат натрия за 1 час до операции 2 мл в/м,  $\alpha$  токоферола ацетат 0,4 - 1 раз в сутки, бол ран по 1 таб. 2 раза в сутки.

**Результаты и их обсуждение.** Динамика психологической реакции в группе сравнения была слабо выражена. Так в начале лечения она составила в среднем  $6,31 \pm 0,084$  у.б., а на седьмые сутки после операции -  $5,02 \pm 0,11$  у. б., при  $P < 0,05$ .

Показатели артериального давления за день и за 2 часа до операции возросли с  $123 \pm 0,3/75,4 \pm 0,46$  мм рт. ст. до  $144 \pm 0,34/93,3 \pm 0,3$  мм рт. ст., то есть наблюдался рост артериального давления в среднем на  $21 \pm 0,31/18 \pm 0,3$  мм рт. ст.

Так же было характерным снижение протромбина перед операцией в среднем на  $18,81 \pm 0,63$  %, фибрина - в среднем на  $5,51 \pm 0,15$  мг в 82 случаях (96,47 %).

У этих больных удлинилось время свертывания крови перед операцией на 1 минуту 46 секунд ( $106 \pm 0,06$  секунд).

Показатели перекисного окисления липидов свидетельствовали о повышении уровня эндогенной интоксикации (табл. 2).

Таблица 2

**Динамика уровня общих липидов плазмы крови у больных тревожно-обсессивно-фобической подгруппы**

Тип психологической реакции	Уровень общих липидов в плазме крови в мг/мл		
	Время измерения (сутки)		
	до операции	третьи	седьмые
Тревожно-обсессивно-фобический (n=28)	4,89±0,03 P<0,001; P1<0,001	3,93±0,02	4,22±0,02

*Примечание:* 1. P - достоверность различий показателя «до лечения» и «на 3-и сутки»;  
2. P1 - достоверность различий показателя «до лечения» и «на 7-е сутки».

У пациентов I психосоматической подгруппы выраженность отека и боли в первые сутки соответствовала 3 баллам в 40 случаях (47,05 %), 2 баллам - в 29 случаях (34,12 %), 1 баллу - в 11 случаях (12,9 %) и 0 баллов - в 3 случаях (3,53 %). Пациенты отмечали болевые ощущения на протяжении 7 - 8 дней.

Выявленная тенденция сохранилась на третьи сутки послеоперационного периода, то есть, превалировала оценка в 3 балла (44 человека, 51,76 %). Выявленность отека и боли на 7-е су-

тки лечения сохранилась на уровне трех баллов в 20 случаях (23,52 %), а в 24 случаях (28,23 %) - 2 баллов. Локальная температура сохраняется повышенной на протяжении 5-6 дней. Так ее средний показатель составил в 1-е сутки - 36,21±0,2 °C, 3-и сутки - 36,2±0,1 °C, 5-е сутки - 35,5±0,1 °C, 7-е сутки - 34,2±,1 °C.

Показатели ширины послеоперационного рубца через 1 год соответствовали тонкому - у 25 человек (29,41 %), среднему рубцу - у 32 (37,64 %), широкому - у 28 (32,94 %). Средний показатель ширины рубца в срок наблюдений «1 год» колебался от 1,86±0,165 до 2,28±0,163 (P<0,001).

Благодаря проведенному психосоматическому лечению мы достигли стабилизации артериального давления. Так за два часа до операции оно составило 130±0,29/74,5±0,43 мм рт. ст. Тогда как в группе сравнения - 144±0,34/93,3±0,3 мм рт. ст. (P<0,001).

Снижение протромбина перед операцией мы наблюдали в 100 % случаев в среднем на 4,63±0,34 %. Снижение фибрина отмечали также в 100 % случаев в среднем на 0,6±0,01 мг. Показатель времени свертывания перед операцией увеличился всего на 45±0,05 секунд.

Процессы перекисного окисления липидов на фоне проводимой психосоматической коррекции протекали менее интенсивно (табл. 3).

Таблица 3

**Динамика изменений общих липидов плазмы крови у больных с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием на фоне проводимой коррекции**

Психосоматическая подгруппа	Уровень общих липидов в плазме крови (мг/мл)		
	Время забора крови		
	Сутки		
	до операции	3-и после операции	7-е после операции
Тревожно-обсессивно-фобическая (n=21)	5,32±0,035	4,79±0,011 P<0,001	4,37±0,0047 P<0,001

*Примечание:* P- достоверность различий показателей в сравнении с аналогичными без лечения.

Таблица 4

**Показатели отека и боли в баллах у больных в I психосоматической подгруппе основной группы**

Нозологические формы	Тревожно-обсессивно-фобическая психосоматическая подгруппа (n=90)		
	1 сутки	3 сутки	7 сутки
Дермоидные кисты (n = 45)	0,9±0,16	1,06±0,16	0,48±0,11
Липомы (n= 32)	0,76±0,12	1±0,17	0,52±0,13
Хр. гиперпластический лимфаденит (n =43)	0,8±0,24	1,13±0,24	0,33±0,13
Атеромы (n = 40)	0,78±0,17	1,08±0,15	0,37±0,12
M ср±m	0,81±0,03	1,06±0,03	0,43±0,04

Показатели локальной температуры в тревожно-обсессивно-фобической подгруппе после проведения психосоматического лечения соответствовали следующим значениям: 1-е сутки -

34,36 ± 0,1 °C, 3-и сутки - 34,8 ± 0,1 °C, 5-е сутки - 34,4 ± 0,2 °C, 7-е сутки - 33,8 ± 0,1 °C.

Эффективность проводимой нами коррекции у больных с тревожно-обсессивно-фобическим

психосоматическим состоянием наиболее ярко проявилось в уменьшении интенсивности болевого компонента и распространенности отека мягких тканей в 97,77 % случаев. Выраженная симптоматика, соответствующая двум и трем баллам по оценочной шкале, наблюдалась в двух случаях (2,22 %) у больных с дермоидными кистами (табл. 4).

В результате комплексного лечения ширина послеоперационного рубца через 1 год после операции соответствовала 1мм - у 42 больных (62,68 %), 1-3мм - у 23 (34,32 %) и более 3мм - у 2 (2,98 %), цвет рубцов был близок к цвету окружающей кожи, рубцы были мягкими, безболезненными.

В ходе проведения психосоматического лечения уровень тревожно-обсессивно-фобической реакции в начале лечения составил в среднем  $6,31 \pm 0,084$  условных баллов (у.б.), а к седьмым суткам снизился до  $2,77 \pm 0,43$  у.б. ( $P < 0,001$ ). В одном случае изменений уровня тревожности не произошло (1,69%). В одном случае (1,69%) наблюдалась трансформация в гармоничную реакцию и в анозогнозическую реакции. Окончательное психологическое тестирование (2 месяца после операции) показало, что количество пациентов с тревожно-обсессивно-фобической реакцией сократилось до 9,78 %.

Проведенное нами исследование дает основание прийти к заключению, что тревожно-обсессивно-фобическое психосоматическое состояние является наиболее часто встречающимся у хирургических стоматологических больных, и оно может эффективно корректироваться. Использованный терапевтический комплекс привел к стабилизации артериального давления, к нормализации показателей свертывающей системы крови, снизил выраженность послеоперационного отека, болевой реакции, локальной температуры и, в конечном итоге, способствовал формированию эстетических послеоперационных рубцов.

#### Список литературы

1. **Cramer P.** The development of defense mechanisms / P. Cramer // Journal of Personality. –1987. – Vol. 55. – P.597 – 614.
2. **Dunbar H.F.** Psychosomatic Diagnosis / H.F. Dunbar. – N.Y., 1938. – P.30-32.
3. **Березин Ф.Б.** Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
4. **Аммон Г.** Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб: Речь, 2000. – С. 7-93.
5. **Карвасарский Б.Д.** Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л.: Медицина, 1982. – С.31-40; 139-158.
6. **Карвасарский Б.Д.** Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1991. – 448 с.

7. **Auerbach S.M.** Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation / S.M. Auerbach, M.F. Martelli, L.G. Mercuri // J. Pers. Soc Psychol. –1983. – Vol. 44, №6. –P.1284-1296.

8. **Klerman G.L.** Evaluating psychotherapy / G.L. Klerman // Amer. J. Psychiatr. – 1982. – №6. –P. 709 –713.

9. **Джерелей А.А.** Клинико-лабораторная оценка результатов прогнозирования и коррекции типов психологических реакций на хирургическое вмешательство у стоматологических больных: дис... канд. мед наук / А.А. Джерелей. - Симферополь, 2006. - С.30-31; 84-86.

Поступила 04.10.10.



УДК 616.724:616-018.2-07:617.721

**О. С. Воловар, В. О. Маланчук, д. мед. н.,  
О. О. Крижанівська**

Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця

#### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ОРГАНІЗМУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА МЕТОДОМ ІРИДОДІАГНОСТИКИ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ СКЛЕР, ПАТОЛОГІЇ ОРГАНУ ЗОРУ

*Наведені результати обстеження 175 пацієнтів, середній вік яких  $25,3 \pm 7,6$  років.*

*Визначено іридогенетичні конституційні ознаки слабкості сполучної тканини (СТ) у пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепних суглобів: світлий колір очей, радіально-лакунарний конституціональний тип за Вельховером Е.С., тип зі слабкістю СТ за Дек I, низька щільність стромы іриса (V ступінь), голубий колір склер, виражена судинна сітка, патологія органа зору.*

*Виявлено взаємозв'язок між структурно-функціональним станом СТ організму та виникненням дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних захворювань скронево-нижньощелепних суглобів.*

**Ключові слова:** скронево-нижньощелепний суглоб, сполучна тканина, райдужна оболонка ока, іридодіагностика, склера, орган зору.