

степенью поражения пародонта, λ_2 – в 1,13 раза и T – в 1,10 раза ($p < 0,05$). Показатель, отвечающий за вязко-эластичные свойства РЖ (E) у больных ХГП различной степени тяжести достоверных отличий не имеет ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ исследуемых параметров вязкоупругости у больных с ХГП I, I-II степени с таковыми у лиц со здоровым пародонтом, ХКГ и ХГП начальной - I, I степени свидетельствует о том, что все изучаемые

показатели межфазной реологии (a_1, b_1, a_2, b_2) у больных ХГП I, I-II степени достоверно отличаются от таковых у лиц со здоровым пародонтом (соответственно, на 12,9; 27,4; 44,0 и 64,4%, $p < 0,05$). Подобная закономерность отличий, только в меньшей степени, отмечена при сопоставлении данных параметров у больных ХГП I, I-II степени с таковыми у больных ХКГ (соответственно, на 8,6; 15,1; 27,0 и 36,4%, $p < 0,05$). Что касается результатов сравнения исследуемых реологических параметров у больных ХГП различной степени тяжести, то следует отметить, что значения показателей вязкости (a_2 и b_2) также имеют достоверные отличия, а именно: коэффициент a_2 на 12,2% выше такового у пациентов с более выраженной степенью поражения пародонта, b_2 – на 18,5 % ниже ($p < 0,05$). Показатель, отвечающий за вязко-эластичные свойства РЖ (E) у больных ХГП различной степени тяжести достоверных отличий не имеет ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты сравнительного анализа реологических параметров РЖ у пациентов с различным по степени тяжести поражением пародонта указывает на более глубокие изменения ее сурфактантных свойств параллельно утяжелению патологического процесса в тканях пародонта, что представляется перспективным для разработки методов более точной диагностики и контроля эффективности лечения.

Список литературы

1. Sreebny L. M. Saliva in health and disease: an appraisal and update // Int. Dent. J. – 2000 - Vol.50, №3 - P.140-161.
2. Nagler R.M., Reznick A.Z. Antioxidant profile of human saliva and its biological significance // Harefuah. – 2001. - Vol.140, №1 - P.12-15.
3. Amaechi B. T., Higham S. M. Eroded enamel lesion remineralization by saliva as a possible factor in the site-specificity of human dental erosion // Arch.Oral.Biol. – 2001. - Vol.46, №8 - P.697-703.
4. Sheen S., Banfield N., Addy M. The propensity of individual saliva to cause extrinsic staining in vitro-a developmental method // J. Dental - 2001- Vol.29, №2 - P.99-102.
5. Wu Q., Yang M., Zhong D. Antibacterial activity of histidinerich polypeptides in human parotid saliva // Zhonghua. Kou. Qiang. Yi. Xue. Za. Zhi. – 1997 - Vol.32, №6 - P.356-359.
6. Нимфрей С. Р., Williamson R. Т. A review of saliva : normal composition, flow and function // J. Prosthet. Dent. – 2001 - Vol.85, №2 - P.162-169.
7. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. Леонтьев - М.: Медицина, 1991. - 304с.
8. Быков В. Л. Функциональная морфология эпителиального барьера слизистой оболочки полости рта / В. Л. Быков // Стоматология. – 1997. - №3. - С.12-17.
9. Mandel I. D. The function of saliva // J. Dent. Res. – 1987. - Vol.66, Febr. - P.623-627.
10. Галиулина М. В. Гомеостаз в системе эмаль зубов-слюны / М. В. Галиулина, В. К. Леонтьев // Стоматология. - 1990. - Т.69, №2. - С.4-5.

11. Пешкова Л. В. Содержание белка и рН в слюне человека в норме и при некоторых стоматологических заболеваниях / Л. В. Пешкова, В. Е. Скляр // Стоматология. - 1982. - №2. - С.12-14.
12. Значение биохимического состава слюны в профилактике стоматологических заболеваний / Л. В. Ларионова, Т. П. Тананакина, Е. Д. Андросов, К. М. Рыбалка // Український медичний альманах. - 2003. - Т.6, №1. - С. 53-55.
13. Чучмай Г. С. Реакция смешанной слюны человека в зависимости от состояния зубочелюстной системы / Г. С. Чучмай, В. В. Пинчук, Л. Д. Чучмай // Фундаментальные проблемы гастроэнтерологии. Тезисы докладов XII всесоюзной конференции. – Львов, 1977. - С. 92-93.
14. Кодола Н. А. Микроэлементы в профилактике кариеса зубов / Н. А. Кодола. – К.: Здоров'я, 1979. – 160 с.
15. Структурные свойства смешанной слюны у лиц с ранними формами воспалительных заболеваний пародонта / В. К. Леонтьев, М. В. Галиулина, И. В. Ганзина [и др.] // Стоматология. - 2003.- №4. - С. 32-33.
16. Помойницький В. Г. Динаміка показників кальцій-фосфорного обміну в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонти за умов стимульованої саливації / В. Г. Помойницький, О. О. Фастовець // Медичні перспективи. - 2002. - Т. VII, №3. - С. 96-99.
17. Аналитические подходы к изучению показателей метаболизма в ротовой жидкости: Учебное пособие / под ред. Ф. Н. Гильмировой. - М.: Издательство "Известия", 2006. - 312с.
18. Мельничук Г. М. Зміни мінерального складу слини при захворюваннях пародонту / Г. М. Мельничук // Вісник проблем біології і медицини. - 2003. - Вип. 5. - С. 63-64.
19. Леонтьев В. К. О комплексном изучении состава слюны / В. К. Леонтьев, В. Г. Сунцов // Экспериментальные исследования в стоматологии (Материалы межинститутской конференции). – Пермь, 1972. - С.114-117.
20. Леонтьев В. К. О мицеллярном состоянии слюны / В. К. Леонтьев, М. В. Галиулина // Стоматология. – 1991. - №5. - С. 17-20.
21. Денисов А. Б. Муцины слюны / А. Б. Денисов // Стоматолог. - 2006. - №7. - С. 30-36.
22. Ярова С. П. Динамическая межфазная тензиометрия ротовой жидкости у больных генерализованным пародонтитом с сопутствующей патологией и без нее / С. П. Ярова, В. В. Саноян // Вісник стоматології. – 2009. – №1. – С. 33-37.

Поступила 19.11.12.

УДК : 616:314 – 616.89-008.454

Л. Х. Дурягіна, к. мед. н., В. А. Вербенко, к. мед. н.

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

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Запальні захворювання пародонта займають друге місце за своєю поширеністю серед стоматологічних захворювань після карієсу зубів. Досліджували психологічні особливості пацієнтів протягом і після проведення комплексної терапії та профілактики захворювань пародонту та слизової оболонки.

Ключові слова: захворювання пародонту, психічний стан, комплексна терапія

Л. Х. Дурягина, к. мед. н., В. А. Вербенко, д. мед. н.
 ГУ «Крымский медицинский университет
 им. С. И. Георгиевского»

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Воспалительные заболевания пародонта занимают второе место по своей распространенности среди стоматологических заболеваний после кариеса зубов. Исследовали психологические особенности пациентов в течение и после проведения комплексной терапии и профилактики заболеваний пародонта и слизистой оболочки.

Ключевые слова: заболевания пародонта, психологическое состояние, комплексная терапия.

L. H. Duryagina, V. A. Verbenko

SE «Crimean state medical university named
 after S. I. Georgievsky»

RESEARCH OF PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS AFTER CARRYING OUT OF COMPLEX THERAPY AND PROPHYLAXIS OF PERIODONTIUM DISEASES AND MUCOUS MEMBRANE OF AN ORAL CAVITY

The problem of psychogenic disorders is one of the most actual for the theory and practice of modern medicine. Quite often disorders of affective sphere are the main cause of patients' address to doctors – internist, including dentists. Undistinguished psycho-genies often lead to inadequate symptomatic therapy, which as a rule is inefficient. That is why studying of the patients' psychological status is actual.

Material and methods. Interrogation of all examined 562 persons by method MMPI – of reduced variant SMiL is spent.

All examined patients have been divided into groups on WHO classification: 25-34 years, 35-44 years for comparison of clinical current of periodontium diseases at combination with depressive disorders (114 patients) and without concomitant pathology (92 patients). Patients of the basic and comparative group were comparison on age and sex.

Results of correction of the psychological status of patients with simultaneous injuries of periodontium tissues and a mucous membrane of an oral cavity proceeding on the background of depressive disorders were estimated on indicators of tests of Izenke, Spilberger and Hamilton in confrontation with comparison group. Questionnaire SF-36 for an estimation of patients' life quality of the basic group used.

Results. Results of a questionnaire of investigated patients on the Izenke's test characterized by essential changes of the person's psychological structure. A level of openness in patients of the basic group has risen after the spent treatment in most cases that testified about trust to the doctor. Essential decrease in an indicator of Hamilton's scale in all patients of basic groups pays attention. Thus average values of this scale after treatment fluctuated within norm (from $7 \pm 0,06$ to $8,5 \pm 0,18$ points), and testified about absence of depression in patients of these groups. At the same time degree of depressive experiences in patients of group of comparison was high (from 11,2 to 15,3 points) that testified about inefficiency of the traditional approach to treatment and prophylaxis of stomatologic diseases at this category of patients.

Use of the standardized methods of estimation of life quality opens wide opportunities not only for monitoring of patients' psychological state, but also definitions of efficacy of the chosen strategy of treatment according to authors' opinion. We think that the given aspect is especially important for patients with stomatologic pathology attended by high degree of depressive experiences. The received results of repeated testing of this research group on Izenke and Spilberger testified about decrease in display of anxiety, aggressivity in relation to themselves, apathy, still had certain level of constructive anxiety, which is necessary for overcoming of obstacles and the decision of personal problems. Meanwhile, there are no practically changes of indicators of anxiety (personal and reactive), psychosis and «extra – introversion» in comparison group after the spent treatment. Causes anxiety and necessity of the reference of attention to these patients from psychologists and possibility of the decision of questions on prescription of medicines of corresponding group of preparations.

Results of psychological examination after patients' treatment of the basic group testify about considerable improvement of their quality of life on all components that is on all scales SF – 36.

Thus, correction of a psychological condition of the patients from basic group by means of a preparation of "Tsitalopram" and carrying out of psychotherapy with development of complex autogenous trainings promoted to authentic improvement of all indicators of research of a psycho-emotional state (Hamilton's, Izenke's, Spilberger's questionnaire, SF-36 questionnaire).

On results of research – patients with simultaneous disturbance of periodontium tissues and oral cavity mucous membrane in a combination with depression make up group of risk of occurrence of emotionally-negative experiences (increase of anxiety, deepening of depressive experiences), creating in patients an unfavorable emotional background, which in a combination with depression promotes to deepening of anxiety-depressive pattern demanding of medicamentous correction.

Conclusions. 1. Patients with simultaneous injury of periodontium tissues and oral cavity mucous membrane in a combination with depression make up group of risk of occurrence of emotionally-negative experiences.

2. Correction of a psychological condition of the patients' basic group by means of a preparation of "Tsitalopram" and carrying out of psychotherapy with development of complex autogenous trainings promoted to authentic improvement of all indicators of research of a psycho-emotional state.

3. High degree of efficacy of treatment and prophylaxis of periodontium diseases and oral cavity mucous membrane in a combination with depression is caused by purposeful influence on one of mechanisms of development of the basic stomatologic diseases: change of a psychoemotional state.

Key words: periodontium diseases, mental state, complex therapy.

Запальні захворювання пародонту і сьогодні продовжують залишатися найбільш масовими [5,11,13,14], розповсюдженими захворюваннями дорослого населення, які серйозно впливають на стан його здоров'я, знижують його працездатність і якість. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я поширеність запальних захворювань пародонту в осіб після 40 років перевищує 95 % [8, 9,11] і є основною причиною втрати зубів у віці 40-65 років. В джерелах літератури данні лікування хворих із одночасним ураженнями тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, поєднаних з депресивними розладами одиничні [4, 6]. Вивчено психологічний стан пацієнтів після комплексного лікування, що було нами зроблено.

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 тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Всього обстежено 542 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) всі обстежені були поділені на групи за класифікацією ВООЗ: 25-34 роки, 35-44 роки. Основна та порівняльна групи були репрезентативні за віком і статтю.

З урахуванням даних літератури [2,10] 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. При цьому враховували розподіл параметрів, серед яких важливе діагностичне значення мали: загальний рівень профілю особистості, наявність пікових значень шкал та їх поєднання.

Результати корекції психологічного статусу хворих із одночасним ураженнями тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, поєднаних з депресивними розладами, оцінювали за показниками тестів Айзенка, Спілбергера та Гамільтона.

Результати дослідження. Відомо, що хвороба впливає не тільки на фізичний стан людини, але й на психологію його поведінки, емоційні реакції, часто змінюючи його місце і роль в соціальному житті [1, 4, 6, 14]. Тому ефективна допомога хворому неможлива без всебічного вивчення цих проявів. В цьому зв'язку нами проведено тестування за опитувальником SF-36 для оцінки якості життя пацієнтів дослідної групи. Враховуючи незадоволеність ефективністю лікування переважної більшості хворих групи порівняння, за рекомендацією психолога, зазначене тестування у цієї групи пацієнтів ми не проводили.

Аналіз отриманих результатів виявив достовірне ($p < 0,001$) покращення показників психологічного статусу хворих основної групи і в той самий час - недостовірне групи порівняння.

Суттєвими змінами психологічної структури особистостей характеризувались результати опитувальника досліджуваних хворих за тестом Айзенка. Слід відмітити, що респонденти як основної, так і порівняльної групи, були відверті та правдиві в своїх відповідях на ствердження (айтеми) опитувальника Айзенка. У більшості випадків рівень відвертості у хворих основної групи підвищився, що свідчило про довіру до лікаря. Звертає на увагу істотне зниження показників

опитувальника Гамільтона в усіх дослідних групах. При цьому середньостатистичні значення цієї шкали після лікування коливались в межах норми (від $7 \pm 0,06$ до $8,5 \pm 0,18$ балів), що свідчило про відсутність депресивного стану у хворих основної групи. В той же час ступінь депресивних переживань у хворих групи порівняння був високим (від 11,2 до 15,3 балів), що виходило за межі нормативного розкиду значень, та свідчило про низьку ефективність традиційного підходу до лікування і профілактики стоматологічних захворювань у цієї категорії пацієнтів.

З наведених даних видно, що через 1 рік після комплексного лікування захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота, яке включало проведення 2-х курсів протирецидивної терапії, у хворих основної групи виявлені значні достовірні зміни ($p < 0,001$) показників структури особистості. Так, у хворих на м'яку лейкоплакію, поєднану з депресивним станом, спостерігали статистично значиме підвищення рівня шкали «екстра- та інтроверсії» (з $9,31 \pm 0,287$ до $12 \pm 0,19$ балів, при $p < 0,05$). Майже не змінився рівень нейротизму: $11,58 \pm 0,256$ балів до лікування, $12,6 \pm 0,09$ балів після лікування, при достовірності різниці показників 95%. Набув істотного зниження показник психотизму: з $9,94 \pm 0,218$ балів до $6 \pm 0,089$ балів. Ідентичні показники самооцінки психічних станів за Айзенком у хворих групи порівняння в процесі традиційного лікування практично не змінились, ($p > 0,05$) та відрізнялись від таких здорових осіб.

Рівень особистої тривожності у хворих основної групи з м'якою лейкоплакією, поєднаною з депресивним синдромом, після проведення лікування зменшився з $45,92 \pm 0,357$ до $31 \pm 0,4$ балів, реактивної - з $32,26 \pm 0,407$ до $22 \pm 0,098$ балів ($p < 0,001$), в той час як у хворих групи порівняння - з $46,33 \pm 0,9$ до $42 \pm 1,4$ балів і з $32,22 \pm 1,1$ до $31,6 \pm 0,6$ балів ($p < 0,001$).

Отже, числовий показник рівня шкали «екстра- та інтраверсія» за інтерпретацією Айзенка, оцінений як потенційній екстраверт (в основній групі) і амбіверт (в групі порівняння). Після проведення лікувально-профілактичних заходів у хворих основної групи в багаторівневому особистому профілі спостерігали нормостенічність, екстравертність, допустимі рівні тривожності. В цей же час в групі порівняння спостерігалась верхня межа норми цих рівнів, стан амбівертності, який був граничним з потенційною інтравертністю, що є несприятливим результатом лікування.

Результатами визначення показників цих психічних станів після проведення лікувально-профілактичних заходів у хворих на хронічний катаральний гінгівіт, поєднаний з депресивними розладами, були наступними: екстра- та інтраверсія - $10 \pm 0,06$ балів (проти $7,33 \pm 0,09$ балів до лікування, $p < 0,05$), нейротизм - $12 \pm 0,7$ балів (проти $10,33 \pm 0,4$ балів, $p < 0,05$), психотизм - $6,5 \pm 0,03$ балів (проти $9,33 \pm 0,04$ балів, $p < 0,05$), особистісна тривожність - $30 \pm 0,683$ балів (проти $49,67 \pm 0,768$ балів, $p < 0,01$), ситуативна - $27 \pm 0,098$ балів (проти $6,37 \pm 0,056$ балів, $p < 0,01$). Отримані результати повторного тестування цієї дослідної групи за Айзенком і Спілбергером свідчили, що знизилась такі прояви тривожності, як агресивність по відношенню до себе, апатія та залишився певний рівень конструктивної тривожності, який необхідний для подолання перешкод і особистісних про-

Таблиця

**Показники якості життя хворих основної групи із ураженнями тканин пародонта і СОПР,
що поєднані з депресивними розладами за опитувальником SF-36**

Показники якості життя	Хворі на МЛ, поєднану з ДР n=36		Хворі на ХКГ, поєднану з ДР n=24		Хворі ГПнач-Іст і МЛ, поєднані з ДР n=23		Хворі ГП Іст і ЧПЛ, поєднані з ДР n=11	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Фізична активність(ФА)	90±0,427	95±0,471	87±0,464	93±0,446	72±0,531	91±0,483	65±0,831	87±0,791
p		<0,001		<0,001		<0,05		<0,001
Роль бол. відчуттів в обмежені життєдіяльності (Б)	-	-	-	-	86±0,694	22±0,63	84±0,924	25±0,842
p		<0,001		<0,001		>0,05		>0,05
Загальне здоров'я(ЗЗ)	64±0,651	96±0,442	64±0,859	95±0,691	62±0,813	82±0,78	57±1,279	85±1,013
p		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
Життєдіяльність, тонус життя(ЖЗ)	72±0,529	98±0,516	69±0,883	94±0,828	55±0,886	81±0,763	52±1,104	78±0,786
p		<0,001		<0,001		<0,001		<0,01
Соціальна активність (СА)	60±0,34	94±0,619	60±0,792	92±0,631	51±0,897	87±0,634	48±0,873	83±0,75
p		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
Роль емоц. проблем в обмеженні життєдіяльності(РЕ)	50±0,395	87±0,579	54±0,909	80±0,618	50±0,599	80±0,705	49±0,842	81±1,335
p		<0,001		<0,001		<0,001		>0,05
Психічне здоров'я(ПЗ)	63±0,554	91±0,589	60±1,097	90±0,524	45±0,75	89±0,811	44±1,07	88±0,889
p		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

блем. Між тим, практично відсутні зміни показників тривожності (особистісної і реактивної), психотизму і «екстра- та інтраверсії» у хворих групи порівняння після проведеного лікування викликає занепокоєння та необхідність звертання уваги на цих пацієнтів зі сторони психологів та, можливо, вирішення питань щодо призначення лікарських засобів.

Значними змінами поліструктури особистісного профілю характеризувались результатом дослідження хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеню і м'яку лейкоплакію, поєднану з депресивними розладами. При цьому рівень психотизму достовірно знизився на 18,4 %, особистісної тривожності – на 19,5 %, ситуативної - на 15,2%, а рівень «екстра- та інтраверсії» нейротизму не підвищувався, особистісна та реактивна схильність до тривоги залишалась високою. Отже, позитивна динаміка показників психологічного стану хворих основної групи вказувала на високу ефективність корекції цього стану за допомогою препарату «Циталограм».

Після лікування суттєвого покращення не набули показники високого ступеня депресивних переживань, які були на генералізований пародонтит II ступеня і червоний плескатий лишай, що поєднані з депресивними розладами. Так, показник ситуативної тривожності склав $34 \pm 0,71$ (проти $50,09 \pm 1,116$ балів, $p < 0,001$) і знаходився на рівні помірної тривоги, а особистісної - $28 \pm 0,638$ (проти $39 \pm 1,549$ балів, $p < 0,001$), на рівні низької тривоги. Рівень психотизма, якій до лікування склав $11,73 \pm 0,195$ балів, після лікування становив $8 \pm 0,4$ балів та з високим ступенем вірогідності розбіжностей (99,9%) відрізнявся від початкового. Підвищився рівень життєлюбства за показником «екстра- та інтраверсії». На відміну від них у хворих групи порівняння суттєвих змін досліджуваних показників не встановлено і середньостатистичні значення рівня шкал «екстра- та інтраверсії» психотизма, особистісної і реактивної тривожності було вище допустимої норми.

Актуальність оцінки якості життя як одного з головних критеріїв ефективності лікування хворих, на даний час не викликає сумніву. На думку авторів [6, 10] використання стандартизованих методик оцінки якості життя розкриває широкі можливості не тільки для моніторингу стану пацієнтів і визначення ефективності обраної стратегії лікування, а й для досягнення лікарем більш глибокого уявлення про переживання хворого, його труднощів у боротьбі з хворобою, або в адаптації до життя. На наш погляд, даний аспект особливо важливий для пацієнтів із стоматологічною патологією, поєднаною з високим ступенем депресивних переживань.

Тому, використаний нами психологічний опитувальник SF-36, знайшов широке застосування для оцінки якості життя соматичних хворих. Вибір даної методики пов'язаний з тим, що вона дозволяє оцінити суб'єктивні уявлення пацієнта про вплив соматичної патології на їх повсякденне життя по параметрах: фізична активність, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальна активність, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності та психічного здоров'я.

Показники, що отримані до та після лікування за шкалою SF-36 відрізнялись по всіх параметрах опиту-

вальника (таб.). До лікування пацієнти відчували дискомфорт у повсякденній діяльності: захворювання викликало негативний вплив на якість життя пацієнтів як в плані фізичного, так і психічного функціонування. Пацієнти сприймали його як суттєвий обмежувальний фактор в своїй повсякденній (соціальній, професійній, навчальній, родинній тощо) діяльності.

Захворювання закономірно відбудовувало песимістичний погляд на свій фізичний стан (шкала ФА), негативний відображалось на емоційно-мотиваційній сфері (шкала РЕ), знижало загальний фізичний, психічний тонус (шкала ЖЗ), формуючи афективні розлади тривожно-депресивного характеру клінічного рівня (шкала ПЗ).

Так, якщо фізична активність у хворих юнацького віку з м'якою лейкоплакією та хронічним катаральним гінгівітом, що поєднані з депресивним станом, мала високі показники за шкалою ФА (відповідно $90 \pm 0,8$ і $87 \pm 1,3$ балів), то у пацієнтів старшого віку, які хворіли на генералізований пародонтит початкового - I ступеню і м'яку лейкоплакію та генералізований пародонтит II ступеня і червоний плескатий лишай спостерігали значне зниження показника за даною шкалою (відповідно $72 \pm 0,97$ і $65 \pm 0,45$ балів).

Значною мірою це впливало і на емоційну сферу. При цьому також спостерігали аналогічну тенденцію до зниження шкали РЕ (коливання показнику в межах $49 \pm 0,43$ і $54 \pm 0,89$ балів) і шкали ЖЗ (відповідно $52 \pm 0,57$ і $72 \pm 0,89$ балів).

Більш високі показники за шкалою оцінки психічного здоров'я у хворих юнацького віку ($63 \pm 2,1$ балів при м'якій лейкоплакії) і $60 \pm 1,78$ балів при хронічному катаральному гінгівіті) ніж в I та II періодах зрілого віку (відповідно $45 \pm 1,4$ і $44 \pm 0,6$ балів) пов'язані з віковими особливостями, характерними для осіб молодого віку. Однак, незважаючи на цей факт, результати за даним показником залишаються низькими.

Звертає на увагу висока оцінка хворими ролі больових відчуттів в обмеженні життєдіяльності: $86 \pm 0,69$ балів у хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеню і м'яку лейкоплакію і $84 \pm 0,95$ балів генералізований пародонтит II ступеня і червоний плескатий лишай, які поєднані з депресивними розладами. На нашу думку дана ситуація поглиблюється наявністю астенії. Вплив захворювання на психіку фізіологічну (соматогенну, тобто наявність хвороби), так і суб'єктивну психологічну складову, що пов'язана з переживаннями пацієнтом факту хвороби та її наслідків (втрата зубів, онкозахворювання).

Відзначені низькі параметри впливали на оцінку пацієнтами своєї соціальної активності та загального здоров'я. При цьому рівень соціальної активності та соціального здоров'я в хворих юнацького віку був однаковим ($60 \pm 0,9$ і $64 \pm 1,3$ балів при м'якій лейкоплакії та $60 \pm 0,98$ і $64 \pm 0,67$ балів при хронічному катаральному гінгівіті), а у хворих I і II періоду зрілого віку різко зниженим ($45 \pm 2,1$ і $62 \pm 1,2$ балів при генералізованому пародонтиті початкового - I ступеню і м'якою лейкоплакією, та $44 \pm 0,5$ і $57 \pm 0,34$ балів при генералізованому пародонтиті II ступеня і червоному плескату лишай).

Результати психологічного обстеження після лікування хворих основної групи свідчать про значне

покращення їх якості життя по усіх компонентах, тобто по усім шкалам SF-36. Це відбувалося за рахунок розширення суб'єктивного сприйняття пацієнтом фізичних можливостей (шкала ФА). Суттєво покращився настрій і тонус життя, зменшився негативний вплив емоційного стану на повсякденну діяльність (шкали ЖЗ і РЕ). Захворювання практично перестало перешкоджати активному спілкуванню (шкала СА).

Отже, пацієнти з одночасним ураженням тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота у поєднанні з депресивними розладами складають групу ризику виникнення емоційно-негативних переживань (підвищення тривожності, поглиблення депресивних переживань). В зв'язку з цим вони мають низький рівень якості життя.

Наявність стоматологічних захворювань створювали у пацієнтів негативний емоційний фон, який у поєднанні з депресивними розладами сприяв поглибленню тривожно-депресивного паттерну, що потребує медикаментозну корекцію.

Таким чином, корекція психологічного стану основної групи хворих за допомогою «Циталопрам» та проведення психотерапії з освоєнням комплексу вправ аутогенного тренування сприяло достовірному покращенню усіх показників дослідження психоемоційного стану (опитувальники Гамільтона, Айзенка, Спілбергера).

Висока ефективність лікування і профілактики захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота, що поєднанні з депресивними розладами, за нашою думкою, обумовлена цілеспрямованим впливом на один з механізмів розвитку основних стоматологічних захворювань – зміни психоемоційного стану (тривожності, психотизму, інтровертності).

На основі отриманих результатів можна зробити висновок про позитивну динаміку якості життя після проведення лікувально-профілактичного курсу. Позитивні зміни виявлені як в плані покращення фізичних можливостей, так і в плані нормалізації психічного функціонування.

Данні про суб'єктивну оцінку пацієнтами загального покращення самовідчуття доповнюють результати їх об'єктивного обстеження, а також дозволяють зробити оптимістичний прогноз дозволяють зробити оптимістичний прогноз відносно можливостей їх повноцінного життя і психосоціальної адаптації.

Висновки. 1. Пацієнти з одночасним ураженням тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота у поєднанні з депресивними розладами складають групу ризику виникнення емоційно-негативних переживань.

2. Корекція психологічного стану основної групи хворих за допомогою препарату «Циталопрам» та проведення психотерапії з освоєнням комплексу вправ аутогенного тренування сприяло достовірному покращенню усіх показників дослідження психоемоційного стану.

3. Висока ефективність лікування і профілактики захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота, що поєднанні з депресивними розладами, обумовлена цілеспрямованим впливом на один з механізмів розвитку основних стоматологічних захворювань – зміни психоемоційного стану.

Список літератури

1. Агишева Н.К. Внутриличностный конфликт и пути его разрешения / Н.К. Агишева //Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16 Вип. 2. — С.63-66.
2. Алгоритм диагностики вторичных когнитивных нарушений в амбулаторно-поликлиническом звене / [С.В. Воробьев, А.П. Коваленко, А.Ю. Емелин, В.Ю. Лобзин] // Военно-медицинский журнал. — 2011. — Т. 332, № 6. — С.38-42.
3. Антоненко М.Ю. Новые возможности повышения эффективности гигиенических мероприятий в комплексной профилактике стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста / М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, М.О. Дудникова //Современная стоматология. — 2011. — №3. — С.95-98
4. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / [Б.Д. Цыганков, Я.В. Мальгин, Ю.В. Добровольская, А.Н. Ханнанова] //Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — Т. 109, № 6. — С.91-94.
5. Гончарук Л.В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии / Л.В. Гончарук, К.Н. Косенко, С.Ф. Гончарук //Современная стоматология. — 2011. — №1. — С.37-39.
6. Депресія як загальномедична проблема / [М.І. Винник [и др.]] //Галицький лікарський вісник. — 2011. — Т. 18, № 3. — С.5-7.
7. Карпенко И.Н. Оценка эффективности комплексного терапевтического лечения больных быстро прогрессирующим пародонтитом по показателям антиагрегационных свойств эндотелия сосудов и функциональной активности тромбоцитов / И.Н. Карпенко, Н.В. Булкина, Е.В. Понукалина //Российский стоматологический журнал. — 2008. — №3. — С.37-39.
8. Мельничук Г.М. Перспективы профилактики заболеваний пародонту на основе вивчення маркерів спадкової схильності до виникнення й розвитку генералізованого пародонтиту та пародонтозу / Г.М. Мельничук, Л.Є. Ковальчук, А.М. Політун //Современная стоматология. — 2011. — №4. — С.36-40.
9. Павленко О.В. Планування лікувально-профілактичної допомоги хворим на генералізований пародонтит на основі оцінки ризику ураження пародонту / О.В. Павленко, М.Ю. Антоненко, П.В. Сидельников //Современная стоматология. — 2009. — №1. — С. 56-60.
10. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ/ Л.Н. Собчик. — М.: Медицина, 2002. — 259 с.
11. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта / [Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, П. Н. Гелетин, А. А. Соловьев] //Российский стоматологический журнал. — 2009. — №5. — С.26-32.
12. Шляхи оптимізації лікування хворих з патологією тканин пародонту / І.І. Соколова, Л.О. Печенизька, Т.В. Баглик [та інші] // Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології Матеріали міжнародної науково-практичної конференції стоматологів. — Ужгород. — 2011. — С.149-151.
13. Gerhard Hetz Терапия заболеваний пародонта по GMG/ Gerhard Hetz //Стоматолог журнал для практикующего стоматолога и зубного техника. — 2005. — № 1-2. — С.39-42.
14. Stark D.E., Hoover J.N. Markers of periodontal disease susceptibility and activity — a review // J. Can. Dent. Assoc. — 1991. — V. 57. — P. 127-129.

Надійшла 11.12.12

