

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ ТА ПУЛЬПІТУ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

(м. Вінниця)

Дана робота є фрагментом НДР «Особливості перебігу, лікувально-діагностична тактика та профілактика захворювань твердих тканин зуба, пародонту і слизової оболонки порожнини рота при дії місцевих та загальних факторів», № держ. реєстрації 01134006438

Вступ. Місцева анестезія залишається основним видом знеболення в амбулаторній стоматологічній практиці [3]. Великий арсенал місцевоанестезуючих засобів дає можливість усунути больові відчуття при лікуванні стоматологічних пацієнтів. Проте, страх і тривога перед відвідуванням стоматологічного кабінету, які формувались в усьому людстві протягом століть, перешкоджають ефективному лікуванню хворих [1,6,8]. Тривожний стан може сприяти ускладненню захворювання та змінам активності важливих систем організму (симпато-адреналової, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової), що супроводжується порушенням гомеостатичних функцій [2,5].

Останнім часом у медицині, в тому числі стоматології, набули широкого розповсюдження психологічні дослідження пацієнтів з метою визначення психоемоційного стану хворих та його корекції [10,14]. Враховуючи найбільш поширену стоматологічну допомогу розроблені та впровадженні спеціальні скринінгові тестування [1,11]. Між цим, принциповим є визначення системно пов'язаних понять: тривоги, як емоційного стану, і тривожності, як фундаментальної особистісної характеристики, що призводить до психологічної дезадаптації у вигляді невротоподібних розладів. Клінічна діагностика стану психологічної дезадаптації викликає суттєві труднощі у лікаря – стоматолога, оскільки на стоматологічному прийомі, в тому числі при здійсненні анестезіологічного забезпечення втручань, переважають психосоматичні та соматопсихічні розлади.

Складність діагностики стану тривоги, що відноситься до неспецифічних емоційних феноменів та проявляються у переважній більшості стоматологічних пацієнтів, диктує необхідність пошуку комплексу методик експрес-діагностики. Нашої уваги привернули інтегративний тест тривожності (ITT), госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та адаптована до стоматологічного прийому модифікаційна

версія тесту Нормана Кора (MDAS), яка містить додаткове питання щодо місцевої анестезії, а також нову спрощену систему відповідей [4,7,13].

Метою даного дослідження стало вивчення психологічних особливостей пацієнтів, що потребують анестезіологічного забезпечення лікування карієсу зубів та пульпіту.

Об'єкт і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено психологічне тестування 152 стоматологічних хворих, яким планувалось проведення лікування карієсу зубів та пульпіту під місцевим знеболенням і 30 здорових осіб з інтактними зубами віком від 20 до 49 років. Розподіл обстежених здійснювали за віковою періодизацією ВООЗ [9]: 20-29 років, 30-39 років і 40-49 років. Усі пацієнти були розділені на 3 групи. I групу склали 109 хворих на гострий глибокий карієс, II групу – 18 пацієнтів з гострим травматичним пульпітом і гіперемією пульпи, яким планувалось лікування біологічним методом, III група – 25 хворих з гострими та хронічними формами пульпіту, що мали покази до екстирпаційного методу лікування.

На першому етапі психологічного тестування проведено дослідження фонового психологічного стану та визначенням наявності або відсутності тривоги у пацієнтів перед виконанням місцевого знеболення. З цією метою був використаний опитувальник HADS [7], який складається з двох частин (оцінка рівня тривоги і депресії) і містить по 7 стверджень у кожній. Кожному ствердженню відповідають 4 варіанти відповідей та визначено кількість балів: «все время / определенно, это так» – 3 бали; «часто / наверное это, так» – 2 бали; «время от времени, иногда / лишь в очень малой степени, это так» – 1 бал; «совсем не испытываю / это совсем не так» – 0 балів. Підрахунок балів у кожній частині опитувальника проводили окремо. Інтерпретація отриманих результатів: 0-7 балів – «норма», 8-10 балів – «субклінічно виражена тривога / депресія», 11 і вище – «клінічно виражена тривога / депресія».

Для диференціальної оцінки тривоги, ступеня її вираженості та тривожності використаний експрес-діагностичний метод – інтегративний тест тривожності [4]. Це тестування складається з 15 стверджень

відносно емоційного стану в даний момент і протягом останнього часу за шкалами самооцінки тривоги – ситуативної (СТ–С) і самооцінки тривожності – особистісної (СТ – О), що наведені у додатку 2 і 3. Суб'єктивний метод ґрунтується на 4-х бальній системі градації відповідей: 0 – відсутність даної ознаки (совсем нет / почти никогда), 1 бал – слабо виражена ознака (слабо выражена / редко), 2 бали – помірно виражена ознака (выражено / часто), 3 бали – надмірний ступінь вираженості ознаки (очень выражено / почти все время). Максимальна кількість балів за кожною шкалою ІТТ – 45. Оцінку загальної характеристики тривоги/тривожності проводили на основі підрахунку суми отриманих балів.

З метою диференційованої деталізації уявлення про вплив різних компонентів опитуваного, як носія тривоги, у структурі 15 ознак виділено 5 факторів, які інтерпретуються в якості додаткових шкал: «емоційний дискомфорт» (ЕД), «астенічний компонент тривожності» (АСТ), «фобічний компонент» (ФОБ), «тривожна оцінка перспективи» (ОП) і «соціальний захист» (СЗ). Розрахунок балів проводили згідно з запропонованим авторами діагностичним коефіцієнтом вираженості ознаки тривоги. Стандартизація результатів передбачала переведення значень загальної шкали та додаткових шкал у станайни за відповідною таблицею. Оцінку отриманих результатів здійснювали наступним чином: менше 4 станайнів – низький рівень тривожності; 4,5 – 6 станайнів – нормальний рівень; більше 7 станайнів – високий рівень тривожності.

На останньому етапі проведено тестування респондентів за модифікованою шкалою Нормана Кора (MDAS) [13]. Опитувальник містить 5 питань, які відображають психологічний стан респондентів у зв'язку з очікуванням стоматологічних втручань. Останнє присвячено відношенню респондента щодо проведення місцевого знеболення. Сума балів за цією шкалою складає від 5 до 25. Інтерпретація результатів: до 19 балів – «норма», більше 19 балів – «виражена боязнь» стоматологічних втручань.

Опитування проведено серед респондентів, які відносяться до групи психологічно здорових людей. Крім того, серед опитаних пацієнтів не виявлено захворювань серцево-судинної системи, цукрового діабету та загострень супутньої соматичної патології. Після отриманої письмової згоди на проведення

наукових досліджень стоматологічні пацієнти і особи контрольної групи самостійно заповнювали анкети. Участь в соціологічному дослідженні здійснено добровільно у відповідності з інформованою згодою осіб, на основі етнічних принципів проведення медичних досліджень, визначених Гельсинської декларацією Всесвітньої медичної асоціації (1994-2000рр.). Ці методики адаптовані до російської мови і доведена їх ефективність у медичній практиці [7,13].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері IBM PC з використанням пакету програм «Statistica 6. 0» і «Microsoft Excel 2010» за допомогою загально прийнятих методів варіаційної статистики [12].

Результати досліджень та їх обговорення. З урахуванням значення тривоги, які однією з фундаментальних, але найменш специфічних суб'єктивних емоційних станів, що спостерігаються при різних формах патології та передпатології, проведено психологічне тестування стоматологічних пацієнтів з карієсом зубів та пульпітом за методикою HADS (табл. 1). Крім того, в загально медичній практиці дана методика передбачає визначення рівня депресії у пацієнтів. На наш погляд вона може бути корисною і для лікарів-стоматологів.

З отриманих числових значень видно, що рівень депресії опитаних осіб контрольної групи і стоматологічних пацієнтів знаходиться в межах норми та з високим ступенем достовірності різниці відрізнявся від такого прояву тривоги ($P_1 < 0,001$). Низький рівень компоненту депресивних розладів підтверджує відсутність патології психіки у респондентів.

Разом з тим, психологічні прояви тривоги у стоматологічних хворих, що очікують знеболення лікувальних заходів, мали суттєві розбіжності відносно здорових осіб ($P < 0,001$). Так, за шкалою HADS пацієнти з глибоким карієсом і гострим травматичним пульпітом та гіперемією пульпи вже відчували страх і хвилювання перед втручанням на рівні верхньої межі норми: відповідно $6,02 \pm 0,29$ і $6,16 \pm 0,26$ балів (проти $3,9 \pm 0,32$ бали, $P < 0,001$). А у пацієнтів з гострим та хронічним пульпітом констатована субклінічно виражена тривога ($8,28 \pm 0,6$ балів, $P < 0,001$).

Отже, отримані результати першого етапу скринінгового тестування виявили підвищення психоемоційної напруги стоматологічних пацієнтів,

Таблиця 1

Результат тестування осіб контрольної групи і пацієнтів з карієсом зубів та пульпітом за методикою HADS (бали)

	Контроль, n=30		Глибокий карієс, n= 109		Гострий травматичний пульпіт та гіперемія, n= 18		Гострий та хронічний пульпіт, n= 25	
	тривога	депресія	тривога	депресія	тривога	депресія	тривога	депресія
HADS	$3,9 \pm 0,32$	$1,26 \pm 0,14$	$6,02 \pm 0,29$	$1,85 \pm 0,2$	$6,16 \pm 0,26$	$1,55 \pm 0,17$	$8,28 \pm 0,6$	$2,4 \pm 0,3$
P			$< 0,001$	$< 0,05$	$< 0,001$	$> 0,05$	$< 0,001$	$< 0,001$
P_1	$< 0,001$		$< 0,001$		$< 0,001$		$< 0,001$	

Примітка: P – достовірність різниці між показниками пацієнтів і осіб контрольної групи; P_1 – достовірність різниці між показниками тривоги та депресії.

Таблиця 2

**Результати тестування осіб контрольної групи і пацієнтів з карієсом та пульпітом
за методикою ІТТ**

	Контрольна, n = 30		Глибокий карієс, n = 109		Гострий травматичний пульпіт та гіперемія пульпіт, n = 18		Гострий та хронічний пуль- піт, n = 25	
	СТ-С	СТ-О	СТ-С	СТ-О	СТ-С	СТ-О	СТ-С	СТ-О
Загальний показник	4,33±,42	1,23±0,14	5,09±0,44	2,88±0,41	5,44±0,23	4,16±0,26	6,6±0,53	4,8±0,27
P			>0,05	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
P ₁	<0,001		<0,001		<0,001		<0,01	
ЕД	4,93±0,53	0,76±,47	5,43±0,44	1,72±0,49	6,27±0,7	2,33±0,53	6,48±0,46	4,36±0,67
P			>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,001
P ₁	<0,001		<0,001		<0,001		<0,05	
АСТ	5,1±0,66	2,66±,8	4,84±0,36	4,1±0,74	6,05±0,43	4,83±0,38	6,92±0,55	5,44±0,34
P			>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,01
P ₁	<0,05		>0,05		<0,05		<0,05	
ФОВ	4,03±0,79	0,9±0,61	3,82±0,54	2,25±0,88	5,16±0,68	3,11±0,5	6,04±0,72	4,84±0,88
P			>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,001
P ₁	<0,01		>0,05		<0,05		>0,05	
ОП	4,13±0,61	2,86±0,53	4,52±0,45	4,02±0,66	6,11±0,3	4,5±0,59	5,6±0,62	4,88±0,32
P			>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01
P ₁	>0,05		>0,05		<0,05		>0,05	
СЗ	3,03±0,70	2,43±0,69	3,71±0,53	3,64±0,46	4,61±0,59	4,55±0,76	4,76±0,75	3,64±0,57
P			>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
P ₁	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Примітка: P – достовірність різниці між показниками пацієнтів та осіб контрольної групи; P₁ – достовірність різниці між показниками тривоги ситуативної та тривоги особистісної.

схильність до нестабільності емоційно-вольової сфери. При цьому хворі з гострим та хронічним пульпітом мали підвищення оптимального рівня «корисної тривоги», що необхідно враховувати при проведенні місцевого анестезіологічного забезпечення лікувальних заходів.

Виявлення високого рівня тривоги у стоматологічних пацієнтів, які потребують знеболення втручань, спонукало до проведення диференціальної діагностики тривоги, як неспецифічного афективного регулятора поведінки особистості і тривожності, як характерологічної риси особистості. Результати тестування респондентів за методикою ІТТ узагальнені в **таблиці 2**.

В наведених у таблиці даних чітко простежується переважання цифрових значень компоненту ситуативних тривожних розладів у порівнянні з особистісними, що збігаються з даними психічно здорових осіб [4]. Разом з тим, в загальній структурі шкал ІТТ середньостатистичне значення емоційних компонентів, за виключенням реактивного у хворих з гострим та хронічним пульпітом, відповідали середньому рівню. Проте, зі збільшенням тяжкості стоматологічного захворювання простежується поступове зростання значень, як ситуативної, так особистісної тривоги в межах оптимального рівня, що вказує на деяку схильність до даної типологічної

рисі характеру особистості, яка відображується на загальній оцінці ІТТ.

Вивчення загального показника із зазначеними факторами самооцінки вираженості емоційного стану виявило домінування ситуативної тривоги над особистісною з вірогідністю різниці значень 99-99,9% в усіх групах опитаних респондентів. При порівнянні з контрольною групою виявлено недостовірне підвищення показника ситуативної тривоги у пацієнтів з глибоким карієсом (P>0,05). В той же час у хворих з гострим травматичним пульпітом та гіперемією пульпи і гострим та хронічним пульпітом встановлена статистично значима різниця цього показника (відповідно 5,44±0,23 і 6,6±0,53 станайнів, при достовірності відносно групи контролю 95 і 99,9%).

При детальнішому аналізі результатів ІТТ у респондентів з'ясовано, що всі здорові особи контрольної групи (100%) за загальною шкалою СТ-О мали низький рівень тривожності (нижче 4 станайнів). Ситуативну тривогу (СТ-С) встановлювали однаково часто на низькому рівні опитаних (50% випадків) і середньому (50%).

Іншу картину спостерігали у стоматологічних пацієнтів, яким планувалось знеболення лікувальних заходів. При цьому за емоційною шкалою тривожності (СТ-О) спостерігали поступове зниження кількості пацієнтів з низьким рівнем (96,33% – при

глибокому карієсі, 72,23% – гострому травматичному пульпіті та гіперемії пульпи, 24% – гострому та хронічному пульпіті та збільшення – з оптимальним (3,67, 27,72 і 72%). Крім того, у одного хворого з хронічним пульпітом (4%) встановлений високий рівень особистісної тривожності (7 станайнів), що свідчило про наявність дезадаптації у міжособистісних відносинах і дисгармонії з оточуючим середовищем та потребувало консультації психотерапевта.

Відзначеної закономірності не спостерігали при оцінці реактивної тривоги (СТ-С). Майже однаково часто пацієнти з глибоким карієсом і гострим травматичним пульпітом та гіперемією пульпи демонстрували нормальний рівень тривоги (відповідно у 74,32 і 72,22% випадків). Однак кількість пацієнтів з низьким рівнем ситуативної тривоги при глибокому карієсі зубів було в 4 рази більше, ніж з гострим травматичним пульпітом та гіперемією пульпи (23,85 і 5,75%). Більш того, у 2-х пацієнтів з глибоким карієсом зубів (1,83%) і 4-х з гіперемією пульпи (22,23%) констатували рівень тривоги у 6 станайнів. Звертає на увагу те, що у хворих з гострим та хронічним пульпітом оцінку 7 і більше станайнів мали вже 14 осіб, що склало 56% від загальної кількості даної групи, а 4,5-6 станайнів – 7 осіб (28%), до 4 станайнів – всього 4 особи (16%). Отриманні більш виражені психологічні ситуативні розлади у хворих на пульпіт свідчили про необхідність включення препаратів психотропної дії при проведенні етапу премедикації перед лікуванням цих пацієнтів під місцевим знеболенням втручань.

Деталізації компонентів самооцінки опитаного, як носія тривоги, дозволило доповнити уявлення про психологічний стан пацієнтів. Слід відмітити, що у пацієнтів з глибоким карієсом зубів незначні зміни усіх під шкал методики ІТТ, що визначають ситуативний емоційний фон досліджуваних, були недостовірними у порівнянні з групою контролю ($P > 0,05$). Це підкреслює відсутність емоційного напруження у цієї групи хворих, що потребують анестезіологічного забезпечення лікування. Згідно з поданими у **таблиці 2** даними велика питома вага належить підшкалам «емоційного дискомфорту» та «астенічного компоненту тривожності», особливо виражених в групах хворих з пульпітом. Так, при гострому травматичному пульпіті та гіперемії пульпи показник ЕД

за шкалою СТ-С склав $6,27 \pm 0,7$ станайнів, за АСТ – $6,05 \pm 0,43$ станайнів, однак у порівнянні з контрольною групою результат недостовірний ($P > 0,05$). При детальнішому порівнянні вказаних субшкал у хворих з гострим та хронічним пульпітом встановлений високий ступінь імовірності різниці відносно здорових осіб контрольної групи: $6,48 \pm 0,46$ станайнів (проти $4,93 \pm 0,53$ станайнів) і $6,92 \pm 0,55$ станайнів (проти $5,1 \pm 0,66$ станайнів), при $P < 0,05$. Достовірне підвищення компонентів ЕД і АСТ шкали ІТТ (відповідно на 23,9 і 26,3%) підтверджувало наявність вираженої емоційної напруги у цієї групи респондентів.

Стосовно інших субшкал в обох групах опитаних з пульпітом («побічний компонент», «тривожна оцінка перспективи» та «соціальний захист») суттєвих змін не встановлено, тому діагностичної ваги вони не мали. Деякі підвищення фобічного компоненту у хворих з пульпітом, можливо, є відображенням боязні стоматологічного лікування і відчуття болю ніж специфічного внутрішнього стану. Отже, інтерпретація вказаних результатів за оціночною шкалою показала наявність неспецифічних фонових емоційних розладів, в'ялості та швидкої стомленості у структурі тривоги/тривожності хворих з пульпітом.

І, нарешті, останнє тестування за методикою MDAS (**табл. 3**). Оцінюючи його результати можна відмітити, що середньостатистичні значення в усіх групах опитуваних респондентів знаходились в межах норми, тобто до 19 балів. Однак, показники хворих з достовірністю 99-99,9% перевищували такі у осіб контрольної групи в 1,4, 1,3 і 2,5 разів (відповідно з карієсом зубів, гострим травматичним пульпітом та гіперемією пульпи і гострим та хронічним пульпітом). При детальному аналізі відповідей встановлено, що 19 і більше балів отримали 7 хворих з 25 опитаних на гострий та хронічний пульпіт, що склало 28%. Примітно, що в цій групі хворих на питання «Представьте, что врач-стоматолог делает Вам анестезию, УКОЛ В ДЕСНУ в область какого-либо дальнего верхнего зуба. Как Вы себя чувствуете?» лише 4 (16%) – відповіли «не волнуюсь совсем», 8 (32%) – «немного волнуюсь», 6 (24%) – 2 «достаточно сильно волнуюсь», 5 (20%) – «очень сильно волнуюсь» і 2 (8%) – «страшно волнуюсь». Отже, тестування за адаптованим до стоматологічного прийому опитувальником MDAS підтвердило наявність високого рівня реактивної тривоги у обстежених пацієнтів з гострим та хронічним пульпітом у зв'язку з очікуванням анестезії.

Висновки.

1. З метою вивчення психологічних особливостей стоматологічних пацієнтів, які потребують місцевого знеболення втручань, ефективним є використання методів тестування HADS, ІТТ і MDAS.

2. Застосування психологічного експрес методу HADS дає можливість первинного виявлення тривоги і депресії у стоматологічних пацієнтів.

3. Опитування за HADS виявило наступні психологічні прояви тривоги: підвищення емоційного тону і оптимального рівня «корисної тривоги», особливо виражених у пацієнтів з гострим та хронічним

Таблиця 3

Результат тестування осіб контрольної групи і пацієнтів з карієсом та пульпітом за методикою MDAS

	Контроль n = 30	Глибокий карієс n = 109	Гострий травматичний пульпіт та гіперемія n = 18	Гострий та хронічний пульпіт n = 25
MDAS	$6,23 \pm 0,43$	$8,65 \pm 0,68$	$8,44 \pm 0,47$	$15,6 \pm 0,68$
P		$< 0,01$	$< 0,001$	$< 0,001$

Примітка: P – достовірність різниці між показниками пацієнтів та осіб контрольної групи.

пульпітом, що необхідно враховувати при здійсненні анестезіологічного забезпечення стоматологічного лікування.

4. При використанні методики ІТТ, що складається з двох рівнозначних шкал, є можливість визначення направленості емоційної складової у психічно здорових стоматологічних пацієнтів: тривоги, як неспецифічного регулятора поведінки і тривожності, як специфічної типологічної риси особистості.

5. Тестування за ІТТ виявило, що в структурі тривожних порушень стоматологічних пацієнтів, яким планується проведення місцевого знеболення втручань, ситуативні тривожні розлади (СТ-С) переважають над особистісними (СТ-О).

6. Встановлено, що зі збільшенням важкості стоматологічних захворювань спостерігається зростання числа пацієнтів з високим рівнем ситуативної

тривоги, що потребує призначення препаратів психотропної дії у комплексі премедикації.

7. Диференційована оцінка тандема «тривоги – тривожності» у стоматологічних хворих дозволила встановити підвищення неспецифічного емоційного фону (підшкал «емоційний дискомфорт» і «астенічний компонент тривожності»), якій суттєво не впливає на специфічний фактор особистісної напруги (підшкали «фобічний компонент», «тривожна оцінка перспективи» і «соціального захисту»).

8. Опитування за MDAS становило високу схильність до проявів тривоги при очікуванні місцевої анестезії, що підтвердило результати опитування за HADS і ІТТ.

Перспективою подальших досліджень є розробка алгоритму премедикації при місцевому знеболенні лікувальних стоматологічних заходів та оцінка його впровадження в практику.

Література

1. Айер У. Психологія в стоматологічній практиці / Айер У. – СПб.: Пітер, 2008. – 234 с.
2. Барабой В. А. Стресс: природа, биологическая роль, механизмы, исходы / Барабой В. А. – Київ: Фитосоциоцентр, 2006. – 424 с.
3. Бизяев А. Ф. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А. Ф. Бизяев, С. Ю. Иванов, А. В. Лепилин, А. С. Рабинович. – М., 2002. – 143 с.
4. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. – СПб.: 2005. – 17 с.
5. Брайт Д. Стресс. Теории, исследования, мифы / Д. Брайт, Ф. Джонс. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. – 352 с.
6. Гросицька І. К. Відстрочені візити до стоматолога і їх зв'язок з особистісними особливостями пацієнта / І. К. Гросицька. – М.: 2002. – 21 с.
7. Калягин В. А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
8. Кузнецов В. Н. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / В. Н. Кузнецов, М. А. Мазуренко, С. А. Маляров. – К., 2004. – 160 с.
9. Мащенко І. С. Лікування і профілактика карієсу зубів: навчальний посібник / І. С. Мащенко, Т. П. Кравець. – Д.: АРТ-Прес, 2003. – 307 с.
10. Никонов В. В. Стресс. Современный патофизиологический подход к лечению / В. В. Никонов. – Харьков: Консум, 2002. – 240 с.
11. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 672 с.
12. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
13. Севбитова А. В. Методы оценки и коррекции стоматофобии / А. В. Севбитова, И. М. Макеева. – М.: МЕДпрессинформ, 2009. – 32 с.
14. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства. Диагностика, лечение и профилактика / Трошин В. Д. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 704 с.

УДК 159.923:616.314-002:616.314.18

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ ТА ПУЛЬПІТУ

Кулигіна В. М., Мунтян О. В.

Резюме. Проведено психологічне дослідження 152 стоматологічних пацієнтів, яким планувалось лікування карієсу зубів і пульпіту під місцевим знеболенням, за методиками госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), інтегративного тесту тривожності (ІТТ) і модифікованої версії тесту Нормана Кора (MDAS). Встановлені наступні психологічні особливості: підвищення емоційного тону і оптимального рівня «корисної тривоги», переважання ситуативних тривожних розладів над особистісними, при збільшенні важкості стоматологічних захворювань зростання кількості пацієнтів з високим рівнем реактивної тривоги і висока схильність до проявів тривоги при очікуванні місцевої анестезії.

Ключові слова: карієс зубів, пульпіт, місцеве знеболення, психологічне тестування.

УДК 159. 923:616. 314-002:616. 314. 18

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ПУЛЬПИТА

Кулыгина В. Н., Мунтян Е. В.

Резюме. Проведено психологическое исследование 152 стоматологических пациентов, которым планировалось лечение кариеса зубов и пульпита под местным обезболиванием, по методикам госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), интегративного теста тревожности (ИТТ) и модифицированной версии теста Нормана Кора (MDAS). Установлены следующие психологические особенности: повышение эмоционального тонуса и оптимального уровня «полезной тревоги», преобладание ситуативных тревожных расстройств над личностными, при увеличении тяжести стоматологических заболеваний рост количества пациентов с высоким уровнем реактивной тревоги и высокая склонность к проявлениям тревоги при ожидании местной анестезии.

Ключевые слова: кариес зубов, пульпит, местное обезболивание, психологическое тестирование.

UDC 159. 923:616. 314-002:616. 314. 18

Results of Psychological Feature's Researches in Patients Requiring Anesthesia at Treatment of Caries and Pulpitis

Kulygina V. N., Muntian O. V.

Abstract. Introduction. Local anesthesia is the main type of anesthesia in ambulatory dental practice. A large arsenal of local anesthetics provides an opportunity to eliminate pain during treatment of stomatological patients. However, fear and anxiety before visiting the dentist's office prevent the effective treatment of patients.

Recently in medicine is widespread psychological study in patients to determine the emotional state and its correction, designed and introduced special screening tests. But, not enough studied during local anesthesia at dental patients.

The aim of our research is to study the psychological characteristics of patients requiring anesthesia at treatment of caries and pulpitis.

Materials and methods. Conducted psychological study of 152 dental patients aged from 20 to 49 years and 30 healthy individuals with intact teeth, which planned treatment of caries and pulpitis under local anesthesia, using the methods of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), integrative anxiety test (IAT) and modified Norman bark test version (MDAS). All patients have been divided into 3 groups. I group consisted of 109 patients with acute deep caries, II group – 18 patients with acute traumatic pulpitis and pulp hyperemia to which was planned biological treatment method, III group – 25 patients with acute and chronic forms of pulpitis with indications for extirpation method of treatment.

Results of researches. The use of psychological Express HADS method gives possibility for primary detection of initial anxiety and depression at stomatological patients. Questioner of HADS revealed the following psychological manifestations of anxiety: increase of emotional tone and the optimal level of "useful anxiety" particularly expressed in patients with acute and chronic pulpitis that must be considered in providing anesthesia at dental treatment.

At using methods of IAT that consists of two equal scales there is possibility to determine the direction of the emotional component at mentally healthy dental patients: anxiety as nonspecific regulator of behavior and as specific individual typological features. IAT testing revealed that in the structure of anxiety's disorders of dental patients whom planned local anesthesia procedures, situational anxiety disorders prevail over personal. Established that with increase of dental diseases's severity observed increase in the number of patients with high levels of situational anxiety, which requires prescribing of psychotropic action in the complex of sedation.

Differential assessment of tandem "anxiety – anxiety" in dental patients allowed to establish emotional increase of nonspecific background (subscale "emotional discomfort" and "asthenic component of anxiety") which did not significantly affect the specific factor of personal stress (subscale "phobic component", "disturbing rating prospects" and "social security").

Questioner of MDAS is a high propensity to manifestations of anxiety at waiting of local anesthesia which confirmed the results of a survey of HADS and IAT.

Keywords: caries of the teeth, pulpitis, local anesthesia, psychological testing.

Рецензент – проф. Шувалов С. М.

Статья надійшла 18. 09. 2014 р.