

© Кононова О. В.

УДК 616.314. – 17-008.18-002

Кононова О. В.

ВПЛИВ ОСВІЩЕННЯ ЖИТЛОВИХ ПРИМІЩЕНЬ І ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ МЕШКАНЦІВ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА

Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України
(м. Київ)

tstm-nmu.org.ua

Проведена наукова робота є частиною планової наукової роботи кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Особливості діагностики, лікування та профілактики карієсу, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота, що розвиваються на фоні соматичної патології», № державної реєстрації 0107 U002 901.

Вступ. Захворювання пародонта є дуже розповсюдженими хворобами людини. Вони є (особливо генералізований пародонтит) причиною видалення значної кількості зубів. Розповсюдженість захворювань пародонта у різних країнах практично є однаково значною за винятком деяких регіонів Азії. Серед населення України віком 35-44 років і старше розповсюдженість захворювань пародонта становить від 92% до 98% [5,8]. Особливо тривожною є тенденція до зростання загальної кількості даних захворювань серед осіб молодого віку та збільшення кількості хворих на генералізований пародонтит. Розповсюдженість захворювань пародонта серед осіб молодого віку (19-24 роки) досягає 30%, а 25-30 років – більше 60% [2,7,13,15].

Ступінь тяжкості і характер перебігу захворювань пародонта залежать від низки факторів. Окрім місцевих подразнювальних факторів (зубні відкладення, пародонтопатогенна мікрофлора тощо) важливе місце займає загальний стан організму, наявність загальносоматичних захворювань, вплив навколишнього середовища, хронічний стрес тощо [17,21,22]. Проведеними дослідженнями показано, що захворювання пародонта частіше зустрічається у людей віком старше 30 років, які мають системні захворювання, неадекватну гігієну порожнини рота, високий рівень стресу і низький соціально-економічний статус [11,12,16].

У ряді клінічних досліджень вивчали можливий взаємозв'язок між психологічним стресом і захворюваннями пародонта. Було зроблене припущення, що стрес може відігравати певну провокуючу роль у розвитку захворювань пародонта. Зокрема особи, які перебувають у стані психологічного стресу більш схильні до розвитку генералізованого пародонтиту [11,12,16,22].

Цікаві результати дослідження були отримані у разі вивчення впливу психологічного стресу на молодих осіб. Проведені дослідження показали високий рівень тривожності серед студентів, які здавали іспити [19,23]. У них була виявлена значно більша кількість зубних бляшок і рівень запалення

тканин пародонта. Дослідники зробили висновок про можливий негативний вплив психологічного стресу на стан тканин пародонта молодих осіб [18].

Вимірювання тривоги як особистої якості особливо важливе, оскільки ця якість багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної, діяльної особистості [1].

Враховуючи дані обставини представляло інтерес визначити можливий взаємозв'язок між умовами житла (освітлення), психосоматичним станом жителів та станом їх тканин пародонта.

Мета дослідження. Визначити вплив умов освітлення житла на психосоматичний стан і тканини пародонта мешканців.

Об'єкт і методи дослідження. Для вивчення суб'єктивних реакцій людини на дію різних факторів доцільно використовувати спеціально розроблені анкети. Перевагою анкетного опитування над іншими методиками є можливість отримання значних обсягів емпіричної інформації в короткі строки.

Всього було проанкетовано і оглянуто 350 жителів різних районів м. Києва, які проживали у різних житлових умовах. Контингент опитуваних складався переважно з людей молодого віку (середній вік – 31 рік, при максимальному 68 років та мініальному 18 років). Серед анкетованих переважали жінки – 63,14%, чоловіків склали лише 36,86%.

Збір інформації відбувався завдяки анкетуванню. Анкети заповнювались інтерв'юером в процесі бесіди. На даний момент для попереднього пристосування опитувальника до проведення досліджень та адаптації методів статистичної обробки даних до даного дослідження опитано 350 респондентів. За отриманими даними створені електронні бази даних в форматі Excel. Проведений також якісний аналіз відповідей респондентів на запитання.

Діагностику самооцінки рівня тривожності проводили шляхом визначення тесту реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна [9,10,14,24]. Тест дозволяє оцінити емоційний стан і, зокрема, рівень емоційного стресу. Оцінюються реактивний і особистісний аспекти тривожності. Обстежувані заповнювали опитувальник Спілбергера-Ханіна, за допомогою якого визначаються особистісна і ситуативна тривожність. В подальшому оцінювали відповіді згідно ключів і підраховували загальну кількість балів за всіма судженнями окре-

мо по кожній з шкал (ситуаційної тривожності та особистісної тривожності).

При огляді ротової порожнини оцінювали колір та консистенцію слизової оболонки присінку, його глибину, стан і висоту прикріплення вуздечок. Визначали стан слизової оболонки щік, м'якого піднебіння, твердого піднебіння, язика, дна порожнини рота. Ясна обстежували з вестибулярного та орального боків. Оцінювали їх колір, наявність або відсутність набряку, консистенцію, рельєф ясенного краю тощо. Наявність, локалізацію та інтенсивність запального процесу ясен визначали за допомогою проби Пісарева-Шиллера [4]. Особливу увагу приділяли зубним відкладенням: їх виду, консистенції, кількості та локалізації. Для виявлення зубного нальоту (зубних бляшок) використовували діагностичні барвники.

Усім пацієнтам на генералізований пародонтит проводили ретельне клінічне обстеження ротової порожнини: визначали стан твердих тканин зубів, зубних рядів, анатомічні особливості будови присінку рота, рівень прикріплення вуздечок слизової оболонки, стан слизової оболонки ясен, пародонтальні кишені, ширину прикріплених ясен, стан періодонта та кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп. Обстеження включало: збір анамнезу, власне клінічне обстеження та рентгенографічне дослідження. При постановці діагнозу використовували класифікацію захворювань пародонта за М. Ф. Данилевським (1994) [3].

Оцінку гігієнічного стану порожнини рота проводили за допомогою гігієнічного індекса Федорова-Володкіної та індексу Green-Vermillion (1964) [4]. Для визначення ступеню запалення ясен використовували індекс РМА [3,4,20].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили в пакеті «STATISTICA 6.1» з використанням параметричних і непараметричних методів. Оцінювали правильність розподілу ознак за кожним із варіаційних рядів, середні значення за кожною ознакою та їх стандартні похибки й відхилення [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз анкет опитаних показав, що 308 (88,0%) осіб сприятливо оцінювали пряме проникнення прямих сонячних променів у їх помешкання. Лише 42 (12,0%) опитаних вказали, що проникнення прямих сонячних променів у їх житло викликає неприємні відчуття. 221 (63,14%) опитаних вважають, що пряме сонячне проміння приводить до кращого освітлення житла. 53 (15,14%) опитаних вважають, що воно покращує умови мікроклімату житла, 42 (12,0%) осіб – викликає краще самопочуття, 34 (9,71%) опитаних вважають, що пряме сонячне проміння сприяє покращанню здоров'я. Таким чином, сонячна інсоляція приміщення справляє значний позитивний вплив на психологічний стан організму людини, що перебуває в помешканні.

Певна недостатність природного освітлення і сонячної інсоляції жилих

приміщень справляє відповідний негативний вплив на стан здоров'я жителів. 154 (44,0%) опитаних хворіють 2 рази на рік, 119 (34,0%) – 1 раз на рік, 59 (16,86%) більше 2-х разів на рік і лише 18 (5,14%) – не хворіють протягом року. У 308 (88,0%) опитаних в їх приміщенні проживають хворі на бронхіальну астму, лише у 42 (12,0%) – ні. Можливо це викликано тими обставинами, що жителі мало бувають на свіжому повітрі, що є дуже важливо для здоров'я, особливо дітей. 221 (63,14%) опитаних бувають на свіжому повітрі більше 1 години і 129 (36,86%) – менше 1 години. Це дуже мало для підтримання оптимального стану здоров'я мешканців квартири.

Таким чином, результати опитування показали, що 204 (58,29%) опитаних мають недостатні рівні природного освітлення житлового приміщення, а 146 (41,71%) опитаних – задовільні.

Більшоточні дані стосовно рівня захворюваності опитаних показали, що погіршення стану здоров'я за одним і більше показниками (захворюваність, адаптація, фізичний стан, психоемоційний статус) виявлене у 301 (86,0%) опитаних. 126 (36,0%) осіб мали різні хронічні захворювання (травного тракту, серцево-судинної системи, діабет тощо) у стадії компенсації і субкомпенсації, 221 (63,14%) мали незадовільні рівні адаптації, 94 (26,86%) опитаних вважали свій стан незадовільним.

Як приклад, можна навести результати статистичного аналізу пов'язаних показників недостатнього рівня освітлення і захворюваності жителів (**Додаток 1**).

Проведене тестування за допомогою тесту Спілбергера показало у опитуваних помірний рівень реактивної тривожності – 34,72±2,45 і високий рівень особистісної тривожності – 50,64±3,58.

У опитаних, які проживали в незадовільних стосовно умов природного освітлення умовах були ви-

Додаток 1. Таблиця Д7.

Зв'язок пов'язаних показників недостатнього рівня освітлення (питання № 6 анкети) і захворюваності жителів (питання № 21 анкети)

Crosstabulation – 6 & 21

		v21				Total	
		а	б	в	г		
v6	a	Count	116	114	44	24	298
		% within v6	38,9%	38,3%	14,8%	8,1%	100,0%
		% within v21	92,1%	83,2%	75,9%	82,8%	85,1%
		% of Total	33,1%	32,6%	12,6%	6,9%	85,1%
б		Count	10	23	14	5	52
		% within v6	19,2%	44,2%	26,9%	9,6%	100,0%
		% within v21	7,9%	16,8%	24,1%	17,2%	14,9%
		% of Total	2,9%	6,6%	4,0%	1,4%	14,9%
Total		Count	126	137	58	29	350
		% within v6	36,0%	39,1%	16,6%	8,3%	100,0%
		% within v21	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	36,0%	39,1%	16,6%	8,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,254 ^a	3	,026
Likelihood Ratio	9,538	3	,023
N of Valid Cases	350		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,31.

Рівень реактивної тривожності залежно від захворювань серед опитаних, що проживали в незадовільних умовах природного освітлення житла

Наявність захворювання	Кількість	%	Реактивна тривожність
Погіршення стану здоров'я за одним і більше показниками	149	73,39	55,93±3,95
Наявність хронічних захворювань	57	28,08	51,27±3,62
Вважали свій стан незадовільним	24	11,82	58,22±4,11

Таблиця 1.

Рівень особистісної тривожності залежно від захворювань серед опитаних, що проживали в задовільних умовах природного освітлення житла

Наявність захворювання	Кількість	%	Особистісна тривожність
Погіршення стану здоров'я за одним і більше показниками	139	94,56	49,13±3,47
Наявність хронічних захворювань	61	41,49	49,67±3,51
Вважали свій стан незадовільним	56	38,09	56,22±3,97

Таблиця 2.

Порівняння рівня особистісної тривожності залежно від умов природного освітлення житла

Наявність захворювання	Особистісна тривожність		
	Задовільні умови проживання	Незадовільні умови проживання	p
Погіршення стану здоров'я за одним і більше показниками	49,13±3,47	65,83±4,65	<0,05
Наявність хронічних захворювань	48,67±3,43	61,33±4,33	<0,05
Вважали свій стан незадовільним	56,22±3,97	68,14±4,81	<0,05

Таблиця 3.

явлені наступні закономірності розподілу реактивної тривожності (табл. 1).

Аналіз даних особистісної тривожності також виявив їх тісний зв'язок з наявністю захворювань

в опитаних. Зокрема у опитаних, які проживали в задовільних стосовно умов природного освітлення умовах були виявлені наступні закономірності розподілу особистісної тривожності (табл. 2).

З даних таблиці 2 видно, що наявність захворювань підвищує рівень особистісної тривожності опитаних. У 32 (22,76%) опитаних, які не відмічали наявних клінічних проявів захворювань рівень особистісної тривожності знаходився у межах низького – 28,33.

Порівняння даних особистісної тривожності залежно від проживання в умовах задовільного чи незадовільного природного освітлення житла показало наявність певних відмінностей між ними (табл. 3). З даних таблиці 3 видно, що виявлені достовірні (<0,05) відмінності показників особистісної тривожності при наявності захворювань залежно від проживання в умовах задовільного чи незадовільного природного освітлення житла.

Встановлена певна залежність між рівнем природної інсоляції житла і рівнем захворюваності мешканців. Рівень реактивної тривожності при різних умовах інсоляції та наявності захворювань практично однаковий. Відмічено, що наявність захворювань підвищує рівень особистісної тривожності опитаних. Виявлені достовірні (<0,05) відмінності показників особистісної тривожності при наявності захворювань залежно від проживання в умовах задовільного чи незадовільного природного освітлення житла. Як приклад статистичної обробки показників **Додаток 2.**

Для оцінки стану тканин пародонта обстежені були розділені на дві групи: I група – 204 (58,29%) опитаних, що мають недостатні рівні природного освітлення житлового приміщення; і II група – 146 (41,71%) опитаних, що мають задовільні рівні природного освітлення житлового приміщення.

Проведене епідеміологічне обстеження показало, що в цілому розповсюдженість захворювань пародонта у обстежених I групи становила 95,09±6,7% (табл. 4). Приблизно така ж розповсюдженість уражень пародонта виявлена і у обстежених II групи – 81,51±7,6%. Відмінність між цими показниками статистично достовірна (p>0,05).

Таблиця 4.

Розповсюдженість і структура захворювань пародонта у обстежених мешканців (%)

Група	Число обстежених	Хронічний катаральний гінгівіт		Генералізований пародонтит		Всього захворювань пародонта	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Із незадовільними умовами (I група)	204	13	6,38±1,7	181	88,72±6,5*	194	95,09±6,7*
Із задовільними умовами (II група)	146	11	7,53±2,3	108	73,97±6,9*	119	81,51±7,6*

Примітка. * – достовірність (p<0,05) між даними I та II групами обстежених мешканців.

Зв'язок пов'язаних показників рівня захворюваності (питання № 24 анкети) та особистісною тривожністю (ОТ)

Crosstabulation – 24 & ОТ

		ОТ			Total	
		1,00	2,00	3,00		
v24	a	Count	39	18	1	58
		% within v24	67,2%	31,0%	1,7%	100,0%
		% within ОТ	23,1%	11,0%	5,9%	16,6%
		% of Total	11,1%	5,1%	,3%	16,6%
б		Count	130	146	16	292
		% within v24	44,5%	50,0%	5,5%	100,0%
		% within ОТ	76,9%	89,0%	94,1%	83,4%
		% of Total	37,1%	41,7%	4,6%	83,4%
Total		Count	169	164	17	350
		% within v24	48,3%	46,9%	4,9%	100,0%
		% within ОТ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	48,3%	46,9%	4,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,293 ^a	2	,006
Likelihood Ratio	10,633	2	,005
N of Valid Cases	350		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,82.

Проведений аналіз структури захворювань пародонта показав, що у обстежених I групи найбільш розповсюдженим ураженням пародонта був генералізований пародонтит, який був виявлений у 181 обстеженого (88,72±6,5%). У 13 (6,38±1,7%) був діагностований хронічний катаральний гінгівіт, у 7 (3,43±1,3%) – пародонтоз. Клінічно здорові тканини пародонта були виявлені лише у 3 (1,47±0,7%)

Додаток 2. обстежених мешканців з недостатніми рівнями природного освітлення житлового приміщення.

Приблизно така ж структура захворюваності тканин пародонта виявлена у обстежених II групи: генералізований пародонтит виявлений у 108 обстежених – 73,97±6,9%, хронічний катаральний гінгівіт – у 11 обстежених (7,53±2,3%), пародонтоз – у 7 обстежених (4,79±0,9%) та клінічно здорові тканини пародонта виявлені у 20 обстежених – 13,69±3,9%. Можна констатувати, що незважаючи на приблизну рівність розповсюдженості захворювань тканин пародонта, у обстежених мешканців даної групи статистично достовірно (p<0,05) нижчий рівень генералізованого пародонтиту при наявності практично однакового рівня запальних захворювань пародонта.

Висновки. Вивчення поширеності і структури захворювань пародонта у обстежених проводили з урахуванням наявності чи відсутності у них соматичних захворювань того чи іншого походження (згідно даних анкетування). Більший рівень загальносоматичних захворювань виявлений у мешканців з недостатніми умовами освітлення житла. Це також впливало і на більший рівень особистісної тривожності мешканців.

Результати проведеного обстеження можуть свідчити про наявність впливу недостатніх умов освітлення житла на психосоматичний стан мешканців і на тканини пародонта. У разі більш крайого психосоматичного стану мешканців рівень захворюваності на генералізований пародонтит був меншим.

Перспективи подальших досліджень.

Вивчення впливу психоемоціонального стресу на перебіг захворювань пародонта та подальша розробка відповідних схем раціонального медикаментозного лікування захворювань пародонта (генералізованого пародонтиту) у осіб з психоемоціональним стресом є перспективною актуальною задачею терапевтичної стоматології.

Література

1. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Тревога и тревожность / Под ред. В.М. Астапова. — СПб.: Питер, 2001. — С. 156-165.
2. Данилевский Н.Ф. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины / Н.Ф. Данилевский, Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Ткаченко // Современная стоматология. – 2006. – № 2. – С. 14-16.
3. Данилевський М.Ф. Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун [та ін.] / за ред. А.В. Борисенка. – К.: Медицина, 2008. – 614 с.
4. Иванов В.С. Диагностика состояния пародонта с использованием стандартных показателей (индексов) / В.С. Иванов, И.А. Баранникова, А.Н. Балашов. — М., 1982. — 21 с.
5. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / К.М. Косенко. – К., 1994. – 45 с.
6. Мінцер О.П. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині / О.П. Мінцер, Ю.В. Вороненко, В.В. Власов. – К.: Вища шк., 2003. – 350 с.
7. Остапко О.І. Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.І. Остапко. – Київ, 2011. – 38 с.
8. 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. 56-61.
9. Радюк О.М. Восьмифакторный личностный опросник Спилбергер-Радюка / О.М. Радюк. – Минск: РИВШ, 2009. – 96 с.

10. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч. Спилбергер // Тревога и тревожность / Под ред. В.М. Астапова. — СПб.: Питер, 2001. — С. 88-103.
11. Тарасенко Л.М. Патогенез повреждения пародонта при стрессе: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л.М. Тарасенко. — М., 1986. — 32 с.
12. Тарасенко Л.М. Стресс и пародонт / Л.М. Тарасенко, Т.А. Петрушанко. — Полтава, 1999. — 192 с.
13. Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу, лікування та профілактики генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку 18-25 років: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А.Г. Ткаченко. — Київ, 2006. — 20 с.
14. Ханін Ю.Л. Личностные и социально-психологические опросники в прикладных исследованиях: проблемы и перспективы / Ю.Л. Ханін // Социальная психология и общественная практика / Под ред. Е.В. Шорохова, В.П. Левкович. — М.: Наука, 1985. — С. 163-177.
15. Чижевський І.В. «Клінічне та гігієнічне обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей у промислово розвинутому регіоні»: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І.В. Чижевський. — Київ, 2010. — 38 с.
16. Akhter R. Relationship between stress factor and periodontal disease in a rural area population in Japan / R. Akhter, M. Hannan, R. Okhuba, M. Morita // Eur. J. Med. Res. — 2005. — V. 10 (8). — P. 352-357.
17. Brevik T. Psychoneuroimmune interaction in periodontal disease / T. Brevik, P.S. Thrane // In: Psychoneuroimmunology. In: Ader R., Fetten D.L., Cohen N. 3rd ed. San Diego: Academic Press, 2001. — P. 627-644.
18. Deinzer R. Stress, oral health behavior and clinical outcome / R. Deinzer, N. Granrath, M. Spahl, S. Linz, B. Waschul, A. Herforth // Br. J. Health Psychol. — 2005. — V. 10 (2). — P. 269-283.
19. Omigbodun O.O. Stressors and physiological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria / O.O. Omigbodun, A.T. Odukogbe, A.O. Omigbodun, O.B. Yusuf, T.T. Bella, O. Olayemi // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2006. — V. 41 (5). — P. 415-421.
20. Parma C. Parodontopathien / C. Parma. — I. A. Verlag, Leipzig, 1960. — 203 p.
21. Peruzzo D.C. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease / D.C. Peruzzo, B.B. Benatti, G.M. Ambrosano // J. Periodontol. — 2007. — V. 78 (8). — P. 1491-1504.
22. Pistorius A. Relationship between stress factors and periodontal disease / A. Pistorius, T. Krahwinkel, B. Willerhausen, C. Bockstegen // Eur. J. Med. Res. — 2002. — V. 7 (9). — P. 393-398.
23. Smith C.K. Depression, anxiety, and perceived hassels among entering medical students / C.K. Smith, D.F. Peterson, B.F. Degenhardt, J.C. Johnson // Psychol. Health. Med. — 2007. — V. 12 (1). — P. 31-39.
24. Spielberger C.D. Test Anxiety Inventory. Sampler Set. Manual, Test, Scoring / C.D. Spielberger. — Redwood City: Mind Garden, 1980. — 240 p.

УДК 616.314. – 17-008.18-002

ВПЛИВ ОСВІЩЕННЯ ЖИТЛОВИХ ПРИМІЩЕНЬ І ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ МЕШКАНЦІВ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА

Кононова О. В.

Резюме. Житло є одним із найважливіших факторів зовнішнього середовища людини. Світло впливає на нервову вегетативну систему, формування імунного захисту, ріст і розвиток організму та інші основні процеси життєдіяльності людини. Вимірювання рівня тривоги визначає особливості активної діяльності організму, впливає на його стан здоров'я і тканини пародонта.

Мета: вивчення впливу світла у житловому приміщенні на психосоматичний стан мешканців і тканини пародонта.

Об'єкт і методи дослідження. Для вивчення суб'єктивних реакцій людини на дію різних факторів доцільно використовувати спеціально розроблені анкети. Діагностику самооцінки рівня тривожності проводили шляхом визначення тесту реактивної та особистісної тривожності Спілбергера. Стан тканин пародонта оцінювали на основі клінічних та індексних показників.

Результати. Показано, що більше половини опитаних – 204 (58,29%) мають недостатні рівні природної інсоляції. Незадовільні умови інсоляції житлових приміщень підвищують рівень реактивної та особистісної тривожності мешканців. Незадовільні умови природного освітлення також негативно впливають на рівень захворюваності мешканців. Це приводить до значного зростання у них розповсюдженості захворювань пародонта, особливо генералізованого пародонтиту.

Висновки. Результати опитування показали, що більше половини опитаних – 204 (58,29%) мають недостатні рівні природної інсоляції житлового приміщення. Проведене тестування за допомогою тесту Спілбергера показало у опитуваних високий рівень особистісної тривожності – $50,64 \pm 3,58$. Разом ці фактори приводять до значного зростання розповсюдженості захворювань пародонта – $95,09 \pm 6,7\%$, особливо генералізованого пародонтиту – $88,72 \pm 6,5\%$.

Ключові слова: рівень світла житлових приміщень, реактивна і особиста тривожність мешканців, захворювання пародонта.

УДК 616.314. – 17-008.18-002

ВЛИЯНИЕ ОСВЕЩЕНИЯ ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖИЛЬЦОВ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА

Кононова О. В.

Резюме. Жилье является одним из важнейших факторов внешней среды человека. Свет влияет на нервную вегетативную систему, формирование иммунной защиты, рост и развитие организма и другие основные процессы жизнедеятельности человека. Измерение уровня тревоги определяет особенности активной деятельности организма, влияет на его состояние здоровья и ткани пародонта.

Цель: изучение влияния света в жилом помещении на психосоматическое состояние жильцов.

Объект и методы исследования. Для изучения субъективных реакций человека на действие различных факторов окружающей среды целесообразно использовать специально разработанные анкеты. Диагностику самооценки уровня тревожности проводили путем определения теста реактивной и личностной тревожности Спилбергера. Состояние тканей пародонта оценивали на основании клинических и индексных показателей.

Результаты. Показано, что более половины опрошенных – 204 (58,29%) имеют недостаточные уровни естественной инсоляции. Неудовлетворительные условия инсоляции жилых помещений повышают уровень личностной тревожности жителей. Неудовлетворительные условия естественного освещения также отрицательно влияют на уровень заболеваемости жителей. Это приводит к значительной распространенности у этих жильцов заболеваний пародонта, особенно генерализованного пародонтита.

Выводы. Результаты опроса показали, что более половины опрошенных – 204 (58,29%) имеют недостаточные уровни естественной инсоляции жилого помещения. Проведенное тестирование с помощью теста Спилбергера показало у опрашиваемых высокий уровень личностной тревожности – 50,64±3,58. Сочетание этих факторов приводит к значительному росту распространенности заболеваний пародонта – 95,09±6,7%, особенно генерализованного пародонтита – 88,72±6,5%.

Ключевые слова: уровень освещенности жилых помещений, реактивная и личностная тревожность жителей, заболевания пародонта.

UDC 616.314. – 17-008.18-002

INFLUENCE OF LIVING SPACES NATURAL INSOLATION AND PSIHOSOMATIC STATE ON PERIODONTAL TISSUE OF RESIDENTS

Kononova O. V.

Abstract. Housing is one of the most important factors in the human environment. Visible light plays an important role in human life. Light affects the autonomic nervous system, the formation of immune protection, growth and development, and other key processes of human life. Measurement alarm level defines features of the vigorous activity of the body and affects his health and periodontal tissues.

Aim. To study the effect of natural light in the living room on the psychosomatic condition and periodontal tissue of tenants.

Object and methods. For the study of subjective human responses to the effect of various environmental factors is advisable to use a specially designed questionnaire. Diagnosis of the level of anxiety of self-determination test was carried out by reactive and personal anxiety by Spielberger. The estimation of periodontal tissues status was based on clinical features and index scoring.

Results. More than half of respondents – 204 (58.29%) have insufficient levels of natural insolation. Poor conditions of insolation premises increase the level of personal anxiety of inhabitants. Poor conditions of natural light also affect the level of population morbidity. This leads to the high prevalence of periodontal disease, especially generalized periodontitis among these residents.

Conclusions. The survey results showed that more than half of the respondents – 204 (58.29%) have insufficient levels of natural insolation premises. Testing conducted using the Spielberger test showed respondents have high level of personal anxiety – 50.64±3.58. The combination of these factors leads to a significant increase in the prevalence of periodontal disease – 95,09±6,7%, particularly generalized periodontitis – 88,72±6,5%. As a result a definite relationship between the level of natural sunlight exposure and the incidence of periodontal diseases (generalized periodontitis) among housing residents were established.

Keywords: level of illumination of premises, reactive and personal anxiety of residents, periodontal diseases.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 04.02.2017 року

© Кривенко Л. С.

УДК 616.31-085:616.248

Кривенко Л. С.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ

З ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

milas003@gmail.com

Представлена робота є частиною науково-дослідної роботи кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології Харківського національного медичного університету згідно з тематикою: «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», № державної реєстрації 0116U004975.

Вступ. Захворювання пародонту є запальними захворюваннями, які є результатом складних взаємодій між пародонтопатогенами та імунною відповіддю організму людини. Два важливих і взаємозалежних фактори беруть участь у патологічній прогресії захворювань пародонту, тобто у активації імунної системи та виробництві