

- реферат. канд. мед. наук, спец.: 14.01.22 - стоматологія / В.П. Єфіменко – К.: Київ, 2006. – 20 с.
- Єфіменко В.П. Посттравматичні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки у дітей / В.П. Єфіменко, Г.М. Коротченко // Матеріали науково-практичної конференції "Нові технології в діагностиці та лікуванні одонтогенної інфекції та захворювань слизової оболонки порожнини рота", Одеса. – 2004. – С. 74.
 - Задоя Н. І. Диференційована седативна підготовка дітей 7-11 років при хірургічній санації порожнини рота : дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Задоя Ніна Іванівна - Полтава, 2005. – 153с.
 - Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф // (Проект «Психологическая энциклопедия») — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК. 2003. - 384 с.
 - Непорада К. С. Взаємозв'язок метаболічних змін у тканинах пародонту при стресі із типологічними особливостями нервової системи та їх корекція : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.03.18 «Медична біохімія» / Непорада Каріне Степанівна ; Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 1995. - 17 с.
 - Анисимова Н.Ю. Обоснование использования способов коррекции стоматологического стресса в амбулаторной практике / Н.Ю. Анисимова, Н.А. Сирота, С.А. Рабинович, Е.Н. Анисимова // Российская стоматология. – 2013. - №3. - С.58-60.
 - Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Д.Я. Райгородский – Самара: Изд. Дом «Бахрах», 1998. – 672с.
 - Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва - М.: Медиа Сфера. - 2002. - 312с.
 - Романенко Є.Г. Методика определения сиаловой кислоты в слюне / Є.Г. Романенко, А.И. Руденко // Світ медицини та біології. - №1. – Полтава. – 2013. – С. 139-142.
 - Тімощенко Н. М. Лікування переломів вилицевого комплексу з корекцією стану нейро-м'язового апарату: автореферат... канд. мед. наук, спец.: 14.01.22 - стоматологія / Тімощенко Н. М. – К.: Нац. медичний ун-т ім. О.О. Богомольця, 2015. – 20 с.
 - Ткаченко П.І. Психоемоційний стан дітей при хірургічній санації порожнини рота / П.І. Ткаченко, Н.І. Задоя // Український стоматологічний альманах. –№3. – Полтава. - 2007. – С.76-80
 - Харьков Л.В. Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области у детей / Л.В. Харьков, В.П. Єфіменко // Вісник стоматології. – 2003. – № 2. – С. 12-14.
 - Malanchuk V.A. Diagnostics of temporal muscles condition in patient with zygomatic complex fractures treated surgically with coronary access / V.A. Malanchuk, I.P. Logvinenko, N.M. Timoshchenko // XXI congress of EACMF.S. – Dubrovnic; Croatia, 2012. – P.234.
 - Lowry O.H. Protein measurement with Folin phenol reagent / O.H. Lowry, N.J. Rosebrough, A.L. Farr, R.J. Randall // J. Biol. Chem. - 1951. - V. 193. - №1. - P. 265-275.

Реферат

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ НА КАЧЕСТВЕННЫЕ СВОЙСТВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ.

Ткаченко П.И., Белоконь С.А., Лохматова Н.М., Попело Ю.В.

Ключевые слова: дети, стресс, травматическое повреждение, челюстно-лицевая область, ротовая жидкость.

Представлены результаты обследования 22 детей с травматическим повреждением мягких тканей челюстно-лицевой области и 21 с переломами различных костей лицевого скелета. Установлено снижение продукции ротовой жидкости с повышением содержания в ней общего белка, сиаловых кислот, вязкости, активности α -амилазы, уровня молекул средней массы. Это является следствием сочетанного воздействия стресса и самой травмы, что требует соответствующей коррекции.

Summary

IMPACT OF TRAUMATIC INJURIES OF MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN ON QUALITATIVE PROPERTIES OF ORAL FLUID
Tkachenko P., Belokon S. A., Lohmatova N. M. Popelo Yu.V.

Key words: children, stress, traumatic injury, maxillofacial area, the oral liquid.

This article presents the results obtained after examining 22 children with traumatic injuries of the soft tissues of maxillofacial area and 21 children with fractures of various bones of the facial skeleton. The injuries are accompanied with following decrease in production of oral fluid, increase in the concentration of total protein, sialic acids, viscosity, activity of α -amylase, the level of average weight molecules. We suggest this is a consequence of the combined effects of stress and trauma that requires appropriate correction.

УДК [616.716+617.52] -053.4-001-002:613.86

Ткаченко П.І., Доброскок В.О., Білоконь С.О., Гоголь А.М., Попело Ю.В.

ПРОЯВИ СТРЕСОРНОЇ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ПОШКОДЖЕННІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В роботі представлено узагальнені результати вивчення стресорного впливу травматичного фактора на ступінь вираженості психоемоційного напруження у 21 дитини з пошкодженням м'яких тканин обличчя та 19 з порушенням цілісності кісток щелепно-лицевого остова. Порушення клінічних показників, виявлених при обстеженні на час звернення за спеціалізованою допомогою, полягали в підвищенні рівня артеріального тиску, почастищенню пульсу, зміні вегетативного індексу та хвилинного об'єму крові. Їх прояви залежали від ступеню тривожності і характеру травми.

Ключові слова: діти, щелепно-лицева ділянка, травматичне пошкодження, стрес, психоемоційне напруження.

Як відомо, емоції відображають стан душі, а її негативні прояви супроводжують перебіг всіх захворювань, тим паче коли мова йде про травматичне пошкодження тканин і органів. Щелепно-лицева ділянка являється потужною рефлексогенною зоною, яка досить чутливо реагує на різноманітні подразники, особливо больові. За оцінками медиків саме в цьому анатомічному регіо-

ні ноцицептивне сприйняття супроводжується найвищим рівнем болючості, при цьому пацієнти відчують виражене емоційне напруження і страх [2,7,12,15,19].

При цьому інтенсивність болю залежить від впливу низки головних внутрішніх і зовнішніх факторів:

– дитячий неспокій, депресія, страх;

– відчуття негативних симптомів і нестандартне сприйняття дитиною ситуації, в якій вона перебуває;

– особливості умов оточення, лікувальний режим [5,10,18].

Біль і страх тісно переплітаються, вступаючи в складні причинно-наслідкові зв'язки. Незважаючи на відсутність спеціального органу сприймання болю, феномен його складний та багатогранний. Належить він до категорії досвіду індивідуального, який може бути одночасно відчутним і оскільки ці відчуття викликають подразнення різних відділів нервової та ендокринної систем, біль як явище в людини охоплює емоційний, вегетативний статус, рухову та поведінкову реакцію, а отже, представляє собою психофізіологічний стан організму, що виникає внаслідок сприйняття больового компонента [1,4,8,9,16].

Прийнято вважати, що існують дві системи передачі больових імпульсів. Філогенетично молодша система, яка діє через волокна А-δ (група III – тонкі мієлінізовані), негайно дає інформацію про характер і локалізацію ушкодження. Її називають первинною й екстероцептивною, оскільки вона реагує здебільшого на зовнішні подразники. Друга система, еволюційно давніша й універсальна, діє сповільнено через С-волокна (група IV – немієлінізовані), що передає тупий дифузний біль, який проводиться тривало. Його називають інтерорецептивним, оскільки він сигналізує переважно про патологічні процеси в тканинах і органах [6].

Особливість больової реакції обумовлена взаємозв'язком з основними нервовими та гуморальними субстанціями мозку. Больовий імпульс, потрапляючи в таламус і гіпоталамус, поширюється на ретикулярну формацію та кору, а також зону гіпофіза, який формує гіпофізарно-надниркові та симпатико-адреналові реакції, викликаючи викид ендоргенних пептидів. Гіпоталамо-гіпофізарний нейросекреторний комплекс становить собою вищий нейроендокринний трансмітер організму, який координує ендокринну регуляцію обміну речовин із діяльністю вегетативної нервової системи й інтегральними емоційно-поведінковими реакціями. Таким чином, не викликає сумнівів той факт, що вирішальну роль у виникненні стресорної реакції відіграє не об'єктивна сутність ситуації, а її суб'єктивна оцінка [3,14,17].

Мета роботи

Вивчення проявів стресорної реакції у дітей при травматичному пошкодженні м'яких тканин і кісток лицевого скелету.

Матеріали і методи дослідження

Результати клінічної роботи ґрунтуються на обстеженні 48 дітей з травматичним пошкодженням м'яких тканин без проникнення в порожнину рота (26 – 54,2%) і кісток лицевого скеле-

ту без пошкодження цілісності слизових оболонок (22 – 45,8%) при розташуванні їх в різних анатомічних ділянках. Обстеження проводилось в ізольованих умовах хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава перед проведенням маніпуляцій.

В обох групах дітей психоемоційна напруга була обумовлена стресорною ситуацією, пов'язаною з нанесенням травм, різних за характером і видом ранячого предмету.

Із 26 пацієнтів з травмою м'яких тканин хлопчиків було 18 – 69,2%, дівчаток 8 – 30,8%. Серед 22 обстежених з травмою лицевих кісток хлопчиків нараховувалося 18 – 81,8%, а дівчаток 4 – 18,2%. Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей, тестування яких проводилось за спокійних доброзичливих обставин.

Для визначення психоемоційного стану травмованих використовували психологічне дослідження в тестовій формі, а показники тривожності оцінювали за допомогою модифікаційного колірною тесту Люшера. Проводилось вимірювання систолічного і діастолічного тиску, частоти серцевих скорочень та встановлювався індекс напруженості. Оцінювали також показники хвилинного об'єму циркулюючої крові і вегетативний індекс Кердо. З метою об'єктивізації інтенсивності страху використовували типову візуально-аналогову шкалу, оцінку проводили виділяючи три ступені його: низький 1-4 бали; середній 5-7 балів і високий 8-10 [5].

При травмі кісток лицевого скелету обов'язково проводилось рентгенологічне обстеження за загальноприйнятими методиками і в залежності від зони пошкодження.

Отримані дані загальноклінічного дослідження обробляли за допомогою варіаційно-статистичного аналізу методом Ст'юдента-Фішера [11].

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл дітей за видом травматичного пошкодження тканинних структур, статтю і віком наведено в таблиці 1.

Найчастіше травмуванню піддавалися хлопчики – 75,0%, а на дівчат припадало 25,0%. Це стосувалося переважно дітей молодшого шкільного віку 58,3% і старшої вікової групи 31,3%. Із всіх дітей, в залежності від місця проживання, 32 – 66,7% склали жителі сільської місцевості і 16 – 33,3% міста.

Із анамнезу захворювання встановлено, що у дітей з травмою м'яких тканин у 22 випадках (84,6%) поранення нанесли собаки, у 3 – 11,5% домашніми і бродячими кішками і в 1 – 3,9% домашній щур (дитина ясельного віку). Прослідковувалася певна залежність частоти ушкоджень від сезону, це весняно-літній-осінній періоди, на які приходилося 19 випадків (73,1%).

Таблиця 1

Розподіл дітей в залежності від пошкодження тканинних структур, статті та віку

Травмовані тканини		Травма м'яких тканин		Травма кісток	
Кількість хворих		26		22	
Стать	хлопці	абс.	18	18	
		%	69,2	81,8	
	дівчата	абс.	8	4	
		%	30,8	18,2	
Вікові групи	Грудний, від народж. до року	абс.	-	-	
		%	-	-	
	Ясельний, від 1 до 3 років	абс.	2	-	
		%	7,7	-	
	Дошкільний, від 3 до 7 років	абс.	2	1	
		%	7,7	4,5	
	Молодший шкільний, від 7 до 12 років	абс.	13	15	
		%	50,0	68,2	
	Старший шкільний, від 12 до 15 років	абс.	9	6	
		%	34,6	27,3	

Серед ушкоджень кісток лицевого скелету превалювали переломи різних ділянок нижньої щелепи - (19 – 86,4%), у 2 випадках (9,1%) це стосувалося верхньої щелепи і в 1 – (4,5%) це стосувалося вилицевої кістки. В структурі превалювали побутові та спортивні травми – 17 спостережень (77,3%), і в 5 випадках (22,7%) їх характер носив інші поодинокі причинні фактори без явної сезонної залежності.

Для проведення тестування, з метою визначення ступеня тривожності, було залучено 22 дитини з травмою м'яких тканин і 21 з травматичним пошкодженням кісток лицевого скелету, які входили до молодшої і старшої шкільної вікових груп (від 7 до 15 років). Результати тестування за Люшером дозволило встановити різні ступені вираженості проявів тривожності (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл травмованих дітей за ступенем тривожності

Ступінь тривожності	Травматичне пошкодження			
	м'яких тканин (n=22)		кісток (n=21)	
	абс.	%	абс.	%
Низький	-	-	-	-
Середній	8	36,4	12	57,1
Високий	14	63,6	9	42,9

Отримані дані засвідчили, що при травмуванні м'яких тканин обличчя превалювали діти з високим ступенем тривожності (63,6%). Це вказувало на їх підвищену імпульсивність і загострене сприйняття ними тривоги, невпевненості. На наш погляд, це можна пояснити не тільки впливом стресорного чинника, а й відчуттям жаху, адже переважна більшість потерпілих бачила своє відображення з нанесеними ушкодженнями в дзеркалі.

При травматичному пошкодженні кісток лицевого комплексу переважали діти з середнім ступенем тривожності (57,1%). Це вказувало на виражену чутливість їх до ситуації у яку вони потрапили і відчуття гострої потреби у підтримці. Відсутність видимих пошкоджень, незначні больові відчуття у більшості травмованих, напевно, і є тим фактором, який в певній мірі нівелює насторожене сприйняття оточуючого середовища.

Психоемоційне навантаження на організм дитини, що виникає внаслідок неординарності ситуації, в якій вона опинилася, викликає ряд змін, котрі залежать від ступеня стресостійкості (табл. 3).

Інтенсивність страху на період первинного обстеження у дітей з середнім ступенем триво-

жності мала тенденцію до підвищення в 2,3 рази в обох групах. У пацієнтів високого ступеня тривожності цей показник був вищим в 2,8 рази при травмі м'яких тканин і в 2,5 рази за умов пошкодження кісткового остову обличчя.

За умов гострого психоемоційного напруження спостерігалися і зміни основних показників центральної гемодинаміки. У дітей з середнім і високим ступенем тривожності прослідковувалося підвищення систолічного та діастолічного тиску в 1,2 рази, за виключенням групи з пошкодженням м'яких тканин при високій тривожності, коли показник систолічного тиску був вищим в 1,3 рази в порівнянні з контрольними показниками.

Частота дихання та серцевих скорочень за умов стресу підвищувалися в 1,4 рази в обох групах, незалежно від ступеня тривожності, за виключенням змін цих показників в 1,5 рази у дітей з травматичним пошкодженням м'яких тканин при високому ступені тривожності і в 1,3 рази при пошкодженні кісток у пацієнтів з середнім ступенем тривожності. Коефіцієнт Хільдебранта практично не змінювався, крім у дітей з високим ступенем тривожності, у яких була травма м'яких тканин, і він був вищим в 1,3 рази від показника здорових дітей.

Таблиця 3

Показники центральної гемодинаміки в залежності від виду травмованих тканин та ступеня тривожності (M±m)

Показники	Контрольна група (n=20)	Травма м'яких тканин (n=22)		Травма кісток (n=21)	
		Ступінь тривожності			
		середній (n=8)	високий (n=14)	середній (n=12)	високий (n=9)
Систолічний тиск, мм. рт. ст.	105,4±8,1	126,6±3,1 p ₁ <0,05	136,5±5,2 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	129,7±7,1 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	132,9±6,3 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Діастолічний тиск, мм. рт. ст.	68,2±4,8	82,3±4,7 p ₁ <0,05	84,7±5,1 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	80,5±6,4 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	83,2±4,3 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Частота дихання за хв.	26,7±0,9	37,2±1,3 p ₁ <0,05	40,2±5,2 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	37,4±2,5 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	38,1±3,4 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Пульс за хв.	89,4±3,9	121,7±7,4 p ₁ <0,05	130,1±4,5 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	119,7±8,2 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	123,4±7,5 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Коефіцієнт Хілебранта	3,5±0,08	3,8±0,07 p ₁ <0,05	4,2±0,09 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	3,8±0,06 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	3,9±0,05 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Вегетативний індекс	36,2±0,8	25,6±3,8 p ₁ <0,05	28,4±3,2 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	22,7±2,3 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	26,3±2,9 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Хвилинний об'єм, л/хв.	1,8±0,06	2,2±0,3 p ₁ <0,05	2,8±0,4 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	2,1±0,2 p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	2,3±0,3 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ <0,05

Примітка: 1. p₁ – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими з травматичним пошкодженням;
2. p₂ – вірогідність різниці між показниками груп в залежності від ступеня тривожності
3. p₃ – вірогідність різниці між групами в залежності від виду травмованих тканин

Вегетативний індекс Кердо в групах із середнім ступенем тривожності при травмі м'яких тканин та кісток обличчя знижувався 1,4 і 1,5 рази, відповідно, а при високій тривожності він падав в 1,3 рази.

Встановлено, що у пацієнтів з середнім ступенем тривожності хвилинний об'єм циркулюючої крові збільшувався в обох групах в 1,2 рази. У групах з високим ступенем тривожності цей показник підвищувався в 1,6 рази при пошкодженні м'яких тканин і 1,3 рази при травмі лицевих кісток.

Висновки

За умов стресорної ситуації, обумовленої травматичним пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки превалюють діти з високим ступенем тривожності – 63,6%. При переломах кісток лицевого скелету серед пацієнтів переважають особи з середнім ступенем тривожності – 54,14%. Психоемоційне напруження, яке відчуває дитина в очікуванні вирішення питання стосовно надання медичної допомоги, супроводжується підвищенням показників центральної гемодинаміки і порушеннями вегетативної регуляції. Це потребує розробки комплексу профілактичних премедикаційних диференційованих заходів з врахуванням ступеня тривожності.

Перспективи подальших розробок в даному напрямку

Результати проведених досліджень дозволя-

ють спланувати оптимальні варіанти премедикації у дітей з травматичним пошкодженням тканин щелепно-лицевої ділянки за необхідності проведення у них хірургічних втручань і маніпуляцій.

Література

1. Аронсон Э. Социальная психология / Э. Аронсон, Т. Уилсон, Р. Эйкерт // Психологические законы поведения человека в социуме. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. – 560с.
2. Гришин Г. Стресс в стоматологии. / Г. Гришин – Харьков: Каравелла, 1998. – 168с.
3. Жулев Е.Н. Коррекция психоэмоционального состояния у больных стомалгией / Е.Н. Жулев, Н.В. Тиунова, Л.М. Лукиных // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. - № 3 (152). – С. 55-57.
4. Задоя Н.И. Изменения биохимических показателей ротовой жидкости у детей при амбулаторных оперативных вмешательствах в зависимости от индивидуальных психоэмоциональных особенностей / Н.И. Задоя // Арх. клін. мед. – 2004. – №1 (4). – С. 20-23.
5. Задоя Н. І. Диференційована седативна підготовка дітей 7-11 років при хірургічній санації порожнини рота : дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Задоя Ніна Іванівна - Полтава, 2005. – 153с.
6. Зайчик А. Ш. Основы общей патологии. Ч.1. Основы общей патофизиологии (Учебное пособие для студентов мед.вузов) / А. Ш. Зайчик – СПб.: ЭПБИ, 1999. – 624с.
7. Ілік Р.Р. Страх і довіра пацієнта до лікаря-стоматолога / Р.Р. Ілік // Новини стоматології. – 2005. - №1. – С.75-77.
8. Лысенко Г. Проблема боли в общеврачебной практике (Часть 2. Диагноз боли, оценка состояния пациента и мониторинг) / Г. Лысенко, В. Ткаченко // Ліки України. – 2005. - №4. – С. 7-11.
9. Любий В.В. Лікування дітей з укушеними ранами щелепно-лицевої ділянки, які нанесені собаками (клініко-мікробіологічне дослідження): авторефер. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В.В. Любий - Полтава, - 2004. – 16с.
10. Полищук С.С. Коррекция психоэмоционального состояния у больных с травмами челюстно-лицевой области / С.С. Полищук // Вісник стоматології. – 2005. - №1. – С. 50-56.

11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва - М.: Медиа Сфера, - 2002. - 312с.
12. Петровская Л.В. Результаты сравнительного изучения психофизиологических факторов, влияющих на осознание (оценку) боли при проведении терапевтических стоматологических вмешательств // Л.В. Петровская, Ю.М. Максимовский, Е.В. Зорян, В.М. Гринин / Стоматология. – 2003. – №2. – С.15-20.
13. Рослякова В. А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В. А. Рослякова // Медицинская психология. – 2012. - Т.7, № 1(25). — С. 85-88.
14. Сивовол С.И. Боль и парестезии. Определение понятий / С.И. Сивовол // Стоматолог. – 2002. - №12. – С.19-21.
15. Тимошенко Н.М. Діагностика функціонального стану підчюномкового судинно-нервового пучка при переломах вилицевого комплексу / Н.М. Тимошенко, Р.О. Мамонов // Український медичний альманах: матеріали наук.-практ. конф. – Луганськ, 2014. – С.91.
16. Тимошенко Н.М. Травматична невротія під очноямкового нерва при переломах вилицевого комплексу / Н.М. Тимошенко // Спеціальні питання діагностики та лікування захворювань ЛОР-органів, краніофасіальної ділянки та органу зору: тези міжконтинентальної конференції студ. та молодих вчених. – Київ. - 2011. – С.55-56.
17. Тимошенко Н. М. Лікування переломів вилицевого комплексу з корекцією стану нейро-м'язового апарату: автореферат... канд. мед. наук, спец.: 14.01.22 - стоматологія / Н. М. Тимошенко – К. : Нац. медичний ун-т ім. О.О. Богомольця, 2015. – 20 с.
18. Ткаченко П.І. Психоемоційний стан дітей при хірургічній санації порожнини рота / П.І. Ткаченко, Н.І. Задоя // Український стоматологічний альманах. – 2007. – №3. – С.76-80.
19. Malanchuk V.A. Diagnostics of temporal muscles condition in patient with zygomatic complex fractures treated surgically with coronary access / V.A. Malanchuk, I.P. Logvinenko, N.M. Timoshchenko // XXI congress of EACMFS. – Dubrovnic; Croatia, 2012. – P.234.

Реферат

ПРОЯВЛЕНИЯ СТРЕССОРНОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ткаченко П.И., Доброскок В.А., Белоконь С.А., Гоголь А.М., Попело Ю.В.

Ключевые слова: дети, челюстно-лицевая область, травматическое повреждение, психоэмоциональное напряжение.

В работе представлены результаты обследования относительно проявлений стрессорной реакции у 48 детей с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области. Из них у 22 пациентов были травмированы мягкие ткани и у 21 - кости лицевого скелета, которые обследовались при одинаковых условиях перед решением вопроса о необходимости оказания медицинской помощи, определению ее вида и объема. Период ожидания сопровождался повышением показателей центральной гемодинамики и вегетативными реакциями, что требует взвешенного подхода к установлению дифференцированных схем медикаментозной коррекции психоэмоциональной тревожности в зависимости от степени ее выраженности.

Summary

MANIFESTATIONS OF STRESS REACTIONS IN CHILDREN WITH TRAUMATIC INJURIES OF MAXILLOFACIAL AREA

Tkachenko P. I., Dobroskok V. A., Belokon S. A., Gogol, A. M., Popelo Yu. M.

Key words: children, oral and maxillofacial area, traumatic injury, emotional stress.

The paper presents the results of the research aimed at studying the manifestations of stress reactions in 48 children with traumatic injuries of maxillofacial area. 22 patients had injuries of soft tissue and 21 had injured bones of the facial skeleton. All the children, the type, severity and extent of their traumas were examined under the same conditions before the decision on tactics of proper medical assistance was made. During the waiting period we observed the increase in the values of central hemodynamic and autonomic responses that require a balanced approach to the selection of schemes for patient-centred drug correction of psycho-emotional anxiety, depending on its severity.