

дерматита. При однакової тяжкості клінічного течення хейліт на фоні atopічного дерматита викликає більш виражене погіршення якості життя у дітей і їх сімей, ніж ізольована форма захворювання. В структурі впливу ізольованої форми atopічного хейлітита на окремі сфери життя дітей переобладали порушення самопочуття, найменше вплив було виявлено на быт і дозуг пацієнтів, а також на процес їх лікування. При хейліті на фоні atopічного дерматита більш за все страждали самопочуття, а також быт і дозуг дітей, найменше захворювання впливало на процес лікування та взаємостосунки з іншими дітьми. Найбільш значимою проблемою для батьків хворих дітей було збільшення витрат на лікування, найменше вплив atopічного хейлітиту оказав на взаємостосунки в сім'ї і роботу батьків.

Ключеві слова: atopічний хейліт, якість життя, індексна оцінка, діти різного віку, дерматологічні опитувальники, IDQOL, CDLQI, FDLQI.

Kulygina V.M., Stremchuk M.V.

LIFE QUALITY ASSESSMENT OF CHILDREN AT DIFFERENT AGES WITH ATOPIC CHEILITIS AND THEIR FAMILIES

Summary. There was conducted the life quality index rating of 61 children with atopic cheilitis of various severity, including 19 children with an isolated form, and 42 children with symptomatic cheilitis against the background of atopic dermatitis. The cheilitis against the background of atopic dermatitis causes more pronounced deterioration in the life quality of children and their families than the isolated form of the disease at the same severity of their clinical courses. Worsening of the patient's health state was prevalent in the impact structure of the isolated form of atopic cheilitis into certain areas of life; the least influence was exerted on the children's way of life and leisure, as well as on the process of their treatment. The children's health state and their activities declined considerably at the patients with cheilitis against the background of atopic dermatitis, the least effect was exerted on the disease treatment process and relationships with other children. The most significant problem for parents of these children was increase the cost of treatment, the atopic cheilitis had the least influence on family relationships and job of parents.

Key words: atopic cheilitis, life quality, index rating, children of different ages, dermatological questionnaires, IDQOL, CDLQI, FDLQI.

Стаття надійшла до редакції 15.04.2014 р.

Кулигіна Валентина Миколаївна - д. мед. н., проф., зав. каф. терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-06-82

Стремчук Марина Валеріївна - лікар-стоматолог дитячий Хмельницької міської об'єднаної стоматологічної поліклініки; +38 067 978-88-36; marina.stremchuk@gmail.com

© Баріло О.С., Склярчук Н.В., Царик Н.П.

УДК: 616.314; 616.322-002

Баріло О.С., Склярчук Н.В., Царик Н.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), *ПП "Вінстом" (вул. Хмельницьке шосе, 53, м. Вінниця, Україна, 21000)

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПАРОДОНТУ ТА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Резюме. Досліджено особливості стану пародонту та гігієни порожнини рота у хворих на хронічний пародонтит на тлі хронічного тонзиліту. Для характеристики стану тканин пародонту проводили дослідження по спеціально розробленій індивідуальній карті стоматологічного хворого. Використовували об'єктивні методи оцінки стану органів ротової порожнини та стану гігієни. Дане дослідження виявило зв'язок між станом пародонту, гігієни порожнини рота у хворих на хронічний пародонтит та наявністю чи відсутністю супутньої тонзиллярної патології. Супутня тонзиллярна патологія значно погіршує стан гігієни порожнини рота та погіршує стан пародонту.

Ключові слова: хронічний пародонтит, хронічний тонзиліт, гігієна порожнини рота, пародонт.

Вступ

Дослідження та клінічні дані свідчать про те, що збиток, завданий хворобами пародонту опорним тканинам зуба в молодості, надалі стає практично невідправним. З плином життя це захворювання призводить до значного руйнування зубного апарату і повністю позбавляє працездатне населення зубів задовго до старості [Чурилов, 2006].

За даними ВООЗ. отриманим в ряді розвинених країн, найбільший рівень хвороб пародонту припадає на вік 35 - 44 років, що становило від 65% до 98% від числа всіх хворих. Все це дозволяє вважати захворювання пародонту не тільки медичною, а й великою соціальною проблемою [Боровский, 2001].

Анатомо-фізіологічна близькість тканин пародонта, ротоглотки і травного тракту, спільність іннервації та гуморальної регуляції створюють передумови для залучення пародонту в патологічний процес при патології ротоглотки та органів шлунково-кишкового тракту [Bauermeister, 2003].

Одним з найбільш поширених захворювань є хронічний тонзиліт, його поширеність коливається в межах від 25 до 45% серед населення [Солдатов, 1997]. У теж час досвід практичної роботи свідчить, що ураження населення часто супроводжуються супутньою патологією з боку ЛОР - органів.

Анатомічні та гістологічні особливості органів і тка-

нин ротоглотки, а також її мікрофлора, можуть зумовити етіологічну і клінічну поєднаність запальних захворювань пародонту і піднебінних мигдалин. На теперішній час недостатньо уваги приділено вивченню взаємозв'язку патології ЛОР - органів, зокрема хронічного тонзиліту (ХТ) і хронічного пародонтиту (ХП) [Брико, 1995].

Ця ситуація викликає інтерес стоматологів щодо більш широкого підходу дослідження в даній категорії хворих, тому, що не дивлячись на присутність в сучасній стоматології багаточисленних методик лікування з використанням різних новітніх технологій в повсякденній практиці стоматологи стикаються з суттєвими проблемами в лікуванні захворювань пародонта, що доводить актуальність даної проблеми [Горбачева, 2001].

Мета дослідження - на основі клінічних, мікробіологічних досліджень вивчити особливості ураження тканин пародонту при хронічному генералізованому пародонтиті на тлі хронічної тонзиллярної патології.

Матеріали та методи

Для характеристики стану тканин пародонту проводили дослідження по спеціально розробленій індивідуальній карті стоматологічного хворого. Воно включало: скарги, збір стоматологічного анамнезу, збір загального анамнезу, огляд, виявлення патології тканин пародонту.

Потім пропонували заповнити хворому анкету загального анамнезу. Також у цій анкеті пацієнт відзначав чи є у нього рецидивуючі виразки порожнини рота, рецидивуючі грибкові інфекції, чи будь-які інші захворювання СОПР, наявність шкідливих звичок (паління, зловживання кавою), скільки раз на день він чистить зуби, скільки користується зубною щіткою, перш ніж її замінити, чи користується зубними флосами, чи застрягає у нього їжа між зубами, чи чутливі зуби до гарячого, холодного, солодкого, кислого, чи відчуває неприємний запах з рота, чи відчуває неприємний смак з рота, та чи є наявна кровоточивість ясен.

Після цього проводили стоматологічний огляд. До картки стоматологічного хворого вносили наявність у пацієнтів карієсу, пульпітів, періодонтитів, пломб, реставрацій, коронок, видалених зубів, тощо.

Після загального огляду зовнішніх відділів щелепно-лицевої ділянки визначали анатомо-функціональні порушення вроджені і набуті, що мали етіологічне і патогенетичне значення.

Одночасно виявляли наявність у хворого фонового захворювання, у нашому випадку це хронічного тонзиліту. По перше використовувались дані анамнестичного опитування: наявність у пацієнта двох і більше ангін на рік є одним із критеріїв для встановлення діагнозу хронічний тонзиліт.

По друге застосовувались інструментальні методи обстеження хворих. При виконанні фарінгоскопії оцінювались такі ознаки: гіперемія і валикоподібне потовщення країв піднебінних дужок; рубцеві спайки між

мигдаликами та піднебінними дужками; розрихлені або рубцево-змінені та ущільнені мигдалики; казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах мигдаликів; регіонарний лімфаденіт - збільшення зацелених лімфатичних вузлів.

Після цього приступали до пародонтологічного обстеження. Для постановки правильного діагнозу визначали глибину ПК, вимірювали втрати епітеліального прикріплення (ВЕП) та величину рецесії ясен. Після цього визначали величину рецесії ясен. Для цього пародонтологічним зондом вимірювали відстань від цементно-емалевої межі до маргінального краю ясен, що відображає величину апікального переміщення ясен.

Визначали ступінь рухомості зубів. Патологічну рухомість зубів співвідносили зі станом тканин пародонту в цілому (виразність запальних явищ, глибина ПК, ступінь атрофії кістки коміркового відростка, тощо).

Оцінку стану фуркацій в горизонтальному напрямку проводили у відповідності з методом Хемса по трьом ступеням, в вертикальному напрямку - за методом Тарноу - Флетчера по підкласам.

З метою об'єктивної оцінки змін у тканинах пародонту, та визначення ступеня запалення ясен використовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс. Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували Гігієнічний індекс Green-Vermillion.

Для того, щоб проведене пародонтологічне обстеження було більш повним, а значить більш об'єктивним, ми звертали увагу на такі симптоми запально-деструктивних захворювань пародонту, як кровоточивість ясен і наявність виділень з ПК, так, як інтенсивність їх проявів допомогло нам уточнити характер перебігу патологічного процесу в пародонті (хронічний, загострений), а також виявити ступінь їх активності.

Наявність та інтенсивність кровоточивості ясен оцінювали під час вимірювання глибини ПК пародонтологічним зондом в області усіх зубів. Інтенсивність кровоточивості ясен оцінювали по 3-х бальній шкалі:

Індекс кровоточивості розраховували шляхом ділення отриманої суми балів на кількість обстежених зубів. В результаті ділення отримували середню величину інтенсивності кровоточивості ясен.

Далі проводили якісну оцінку виділень з ПК. Для цього проводили легке, атравматичне надавлювання на стінку ПК за допомогою серповидної гладилки. Обстеження проводили в області усіх зубів. Оцінку отриманих результатів ми проводили по такій шкалі: 1 бал - серозний ексудат; 2 бали - серозно-гнійний ексудат; 3 бали - гнійний ексудат.

При обстеженні пацієнти розподілялись по групам по 35 обстежених (загалом 105): I група - контрольна (соматично і пародонтологічно здорові пацієнти), II група - порівняльна (хворі на генералізований пародонтит), III група - основна (хворі на генералізований пародонтит і хронічний тонзиліт). обстежених.

Результати. Обговорення

Серед 105 обстежених були люди у віці від 30 до 41 року, з них 60 (57,1%) пацієнтів - чоловічої статі і 45 (42,9%) пацієнтів - жіночої статі.

Як бачимо з таблиці 1 у II і III групах ми діагностували по 10 (28,6%) та 7(20%) хворих з ГП I ступеня важкості, по 18 (51,4%) та 20 (57,1%) хворих з ГП II ступеня важкості, та по 7 (20%) та 8 (22,9%) з ГП III ступеня важкості. Із досліджених пацієнтів II та III груп було по 19 (54,3%) та 15 (42,9%) пацієнтів з ГП в хронічній стадії, і по 16 (45,7%) та 20 (57,1%) пацієнтів з ГП в стадії заго-стрення.

Сьогодні, є загально визнана залежність рівня захворюваності порожнини рота від загального стану організму, і порушення або ураження будь-якої функціональної системи організму патологічним процесом, може обумовити порушення структурно-функціонального стану організму і тканин порожнини рота. Одним із завдань нашого дослідження була оцінка зміни стоматологічного статусу у хворих з хронічним тонзилітом і виявлення його характерних особливостей. (6, 7, 83, 89, 91, 117, 135) При цьому ми дотримувались погляду, що загальна симптоматика хронічного тонзиліту і його ускладнень не може вважатись повною без розгорнутого симптомокомплексу. Скарги пацієнтів можемо побачити із таблиці 2.

Як бачимо з таблиці 2 у хворих основної групи частіше виявляли чутливість зубів, неприємний запах з роти та кровоточивість ясен, ніж у хворих порівняльної групи.

У пацієнтів I групи при анкетному опитуванні не виявлено соматичної патології. У пацієнтів II групи при анкетному опитуванні виявлено соматичну патологію у 22 (62,9%), у пацієнтів III групи - не враховуючи тонзиллярну патологію, соматичну патологію виявлено у 27 (77,1%). А так як на думку багатьох дослідників генералізований пародонтит не є самостійним захворюванням і завжди виникає на фоні соматичної патології, то можливо, що у III групі, етіологічним фактором ГП є хронічний тонзиліт.

При проведенні нами дослідження було виявлено, що стоматологічний статус хворих з ГП на фоні тонзиллярної патології значно гірший, ніж у хворих з ГП без тонзиллярної патології.

Як видно з таблиці 3, у третій групі значно більший відсоток хворих мав потребу у санації ротової порожнини, ніж у першій та другій.

У всіх пацієнтів 2 та 3 груп спостерігався симптоматичний катаральний гінгівіт (залежно від стадії ГП гострий чи хронічний). Гінгівіт характеризувався гіперемією, або ціанотичним відтінком слизової оболонки ясенних сосочків, маргінальних, чи альвеолярних ясен. Форма рельєфу ясенного краю була дещо змінена. Найвиразнішим був процес в яснах фронтальної групи зубів. При подразненні ясеневих сосочків та крайових ясен вони кровоточили. Ясенний край був потовщеним і мав вигляд валика. Пальпація ясен викликала неприємні, або болісні відчуття, і могла призводити до кровоточивості.

Таблиця 1. Ступінь генералізованого пародонтиту у порівняльній і основній групах.

Ступінь генералізованого пародонтиту	ГП		ГП і хронічний тонзиліт	
	Абс.	%	Абс.	%
I ступінь	10	28,6	7	20
II ступінь	18	51,4	20	57,1
III ступінь	7	20	8	22,9
Загалом	35	100	35	100

Таблиця 2. Скарги хворих порівняльної і основної груп.

Скарги	ГП (n=35)		ГП на тлі тонзиллярної патології (n=35)	
	Абс.	%	Абс.	%
Не пред'являє	0	0	4	11,4
Чутливість зубів	17	48,6	22	62,8
Неприємний запах з рота	25	71,4	31	88,6
Неприємний присмак в роті	6	17,1	18	51,4
Кровоточивість ясен	19	54,3	31	88,6
Застрягання їжі між зубами	18	51,4	28	80,0

Таблиця 3. Потреба в санації обстежених пацієнтів.

Потреба в санації	Контрольна група (n=35)		Хворі з ГП (n=35)		Хворі з ГП на фоні тонзиллярної патології (n=35)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Санований	22	62,9	20	57,1	24	68,6
Потребує санації	13	37,1	15	42,9	11	31,4
загалом	35	100	35	100	35	100

Таблиця 4. Ступінь симптоматичного гінгівіту у хворих основної і порівняльної груп.

Ступінь симптоматичного гінгівіту	Хворі на ГП (n=35)		Хворі на ГП на фоні хронічного тонзиліту(n=35)	
	Абс.	%	Абс.	%
I ступінь	8	22,8	6	17,2
II ступінь	15	42,9	11	31,4
III ступінь	12	34,3	18	51,4
Загалом	35	100	35	100

Таблиця 5. Рухомість фронтальних зубів.

Ступінь рухомості фронтальних зубів	Хворі на ГП (n=35)		Хворі на ГП на фоні хронічного тонзиліту(n=35)	
	Абс.	%	Абс.	%
Не рухомі	8	22,9	4	11,4
I ступінь	14	40,0	8	22,9
II ступінь	9	25,7	17	48,6
III ступінь	4	11,4	6	17,1

З таблиці 4 видно, у хворих з ГП частіше виявляли гінгівіт II ступеня важкості у 15 (42,9%) пацієнтів тоді, як у хворих з ГП і ХТ частіше виявляли катаральний гінгівіт III ступеня важкості 18 (51,4%) пацієнтів.

При обстеженні вроджених та набутих анатомо-функціональних порушень було виявлено, що у хворих II

та III груп суттєвих відмінностей в їх кількості не було.

При проведенні нашого дослідження ми виявили, що супутні стоматологічні захворювання у пацієнтів з ГП і ХТ зустрічались значно частіше, ніж у пацієнтів з ГП без хронічної тонзиллярної патології. Карієс зубів і його ускладнення у хворих з ГП і ХТ зустрічались у 27(77,1%) пацієнтів, тоді як у хворих з ГП у 16 (45,7%) хворих. Захворювання слизової оболонки порожнини рота (сюди ми відносили хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, та рецидивуючі грибові інфекції порожнини рота) у 17 (48,6%) хворих з ГП і ХТ і у 11 (31,4%) хворих з ГП без хронічної тонзиллярної патології. Патологія прикусу відмічалась у 8 (22,9%) I групи хворих та 6 (17,1%) II групи. Більший відсоток уражень СНЩС відмічався також у групі де хворі з ГП і ХТ 7 (20%) пацієнтів, а у групі де хворі з ГП без хронічної тонзиллярної патології у 5 (14,2%), що на нашу думку є наслідком більшого відсотка вторинної адентії у основній групі (хворі з ГП і ХТ).

У ході нашого дослідження було виявлено більший відсоток ускладнень у хворих з ГП і ХТ;вторинна адентія у хворих з ГП і ХТ відмічалась у 22 (62,9%) хворих, а у хворих з ГП без хронічної тонзиллярної патології у 16 (45,7%) пацієнтів. Діастеми і тремі у хворих з ГП і ХТ у 19 (54,3%), тоді як у хворих з ГП у 14 (40,0%) пацієнтів. А також травматична оклюзія у хворих з ГП і ХТ у 17 (48,5%), а хворих з ГП у 15 (42,6%) пацієнтів.

У нормі, для зубів характерна певна (у невеликих межах) рухомість, внаслідок якої контактні поверхні зубів притискаються одна до одної. Під час захворювання пародонта волокна періодонта і кістка коміркового відростка руйнуються і рухомість зуба значно зростає. Рівень рухомості зубів пов'язаний з тяжкістю і глибиною руйнування зв'язкового апарату зуба і характером перебігу деструктивного процесу в пародонті. Тому, як видно з таблиці 5, що у порівняльній групі найчастіше ми спостерігали рухомість зубів I ступеня важкості у 14 (40%) пацієнтів, тоді як у хворих основної групи рухомість II ступеня важкості у 17 (45%) пацієнтів.

Особливої уваги заслуговує область фуркації багатокореневих зубів, оскільки це недосяжна для огляду зона, яка являється самостійним біотопом для патогенної мікрофлори. Із результатів нашого дослідження можемо сказати, що ураження фуркаціями спостерігали у 19 (54,3%) хворих з ГП без хронічної тонзиллярної патології і у 25 (71,4%) хворих з ГП і ХТ.

При визначенні показників стану пародонту та гігієни

порожнини рота було встановлено, що у хворих з ГП на фоні хронічної патології піднебінних мигдаликів майже усі досліджувані показники виявлялись у значно більшого відсотка хворих, ніж у пацієнтів з ГП без хронічної патології піднебінних мигдаликів.

З метою об'єктивної оцінки стану пародонту ми визначили гігієнічний індекс (ГІ), індекс кровоточивості ясен, та папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (ПМА).

Визначення ГІ показало, у контрольній групі середній показник склав 0,5 бала, з оцінкою ГІ добрий, у порівняльній групі ГІ склав 1,4 бала з оцінкою задовільний, та у основній групі ГІ склав 2,4 бала, з оцінкою незадовільний. Що говорить про незадовільну гігієну порожнини рота у хворих з ГП і ХТ.

Для визначення ступеня запалення ясен визначали ПМА індекс. При обстеженні нами хворих, було встановлено, що індекс не є однаковим у досліджуваних групах. При обстеженні хворих з хронічною стадією ГП у порівняльній основній групі ПМА індекс був >50 балів, що означало значне поширення патологічного процесу на тканини пародонту, і відповідно склало 56,3 бала та 63,6 бала. Проте, у хворих з ГП в гострій стадії обох груп поширеність патологічного процесу, мала ще більші показники, а точніше, у порівняльній групі 66,5 бала і значно більш високий показник у основній групі 89,8 бала.

Для більш об'єктивного обстеження ми оцінювали індекс кровоточивості ясен. У хворих з хронічною стадією ГП обох груп він склав відповідно 0,9 і 1,2 бала, та у хворих з ГП у стадії загострення 2 бали та 2,2 бали.

Для того, щоб проведене пародонтологічне дослідження було більш повним, а значить більш об'єктивним, ми звертали увагу на наявність виділень з пародонтальних кишень. У 16 (45,7%) пацієнтів з ГП без тонзиллярної патології і у 27 (77,1%) пацієнтів з ГП і ХТ, ми виявили наявність серозних, серозно-гнійних, чи гнійних виділень з ПК.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати досліджень при визначенні індексів свідчать про вищі бали останніх у хворих основної групи, що говорить про незадовільну гігієну порожнини рота та більш поширений і глибший процес у тканинах пародонту внаслідок ГП на фоні хронічного тонзиліту.

Список літератури

- Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон. - М. : МЕДпресс, 2001. - С. 74.
- Брико Н. И. Стрептококковая инфекция: эпидемиология, профилактика, основные направления эпидемиологического надзора: уч.-метод. пособие / Н. И. Брико, Н. Н. Филатов. - Москва, 1995. - С. 68.
- Горбачева И. А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Стоматология. - 2001. - № 1. - С. 26-28.
- Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии / Солдатов И. Б. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - М. : Медицина, 1997. - 608 с.
- Чурилов Ј. П. Механизмы развития стоматологических заболеваний: уч. пособие / Чурилов Ј. П., Дубова М. А., Каспина А. И. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2006. - С. 534.
- Bauermeister С. Микробиологическая диагностика заболеваний тканей пародонта / С. Bauermeister // Новое в стоматологии. - 2003. - № 7. - С. 27 - 30.

Барило О.С., Склярук Н.В., Царик Н.П.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА И ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Резюме. Исследованы особенности состояния пародонта и гигиены полости рта у больных хроническим пародонтитом на фоне хронического тонзиллита. Для характеристики состояния тканей пародонта проводили исследование по специально разработанной индивидуальной карте стоматологического больного. Использовали объективные методы оценки состояния органов ротовой полости и состояния гигиены. Данное исследование выявило связь между состоянием пародонта, гигиены полости рта у больных хроническим пародонтитом и наличием или отсутствием сопутствующей тонзиллярной патологии. Сопутствующая тонзиллярная патология значительно ухудшает состояние гигиены полости рта и ухудшает состояние пародонта.

Ключевые слова: хронический пародонтит, хронический тонзиллит, гигиена полости рта, пародонт.

Barylo O.S., Skliaruk N.V., Tsaryk N.P.

THE FEATURES OF CONDITION OF PARODONTIUM AND ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH CHRONIC PARODONTITIS ON A BACKGROUND OF CHRONIC TONSILLITIS

Summary. The features of condition of parodontium and oral hygiene in the patients with chronic parodontitis on a background of chronic tonsillitis were studied. To characterize the condition of parodontium tissues the research with specially designed individual cards of a dental patient was performed. We used objective methods of assessment of the condition of the organs of oral cavity and the condition of the hygiene. This study has demonstrated a link between the parodontium condition, oral hygiene in the patients with chronic parodontitis and the presence or absence of concomitant tonsillar pathology. Concomitant tonsillar pathology significantly worsens the condition of the oral hygiene and parodontium condition.

Key words: chronic parodontitis, chronic tonsillitis, oral hygiene, parodontium.

Стаття надійшла до друку 23.05.2014 р.

Барило Александр Семенович - д. мед. н., доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пироговаж +38 093 272-02-47; alexandrb381@gmail.com

Склярук Назар Володимирович - лікар-стоматолог стоматологічної клініки ПП "Вінстом" м. Вінницяж +38 067 250-33-22; sklyarvin@mail.ru

Царик Наталія Петрівна - лікар-стоматолог, магістрант кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пироговаж +38 097 944-16-09; czarik.nataliya@mail.ru

© Пшук Є.Я., Пшук Н.Г.

УДК: 616.895.4-0.85:615.851

Пшук Є.Я., Пшук Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО РЕСУРСУ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ

Резюме. Досліджена типологія ресурсу сімейної підтримки у референтних родичів пацієнтів з шизофренією. Встановлено, що на початкових етапах розвитку захворювання реєструється достатній рівень ресурсу, з подовженням тривалості хвороби переважає обмежений та низький ресурс сімейної підтримки.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, пацієнт, референтний родич, сім'я, ресурс підтримки.

Вступ

Шизофренія є важким прогредієнтним психічним захворюванням, при якому страждає не лише хворий, але й його найближче оточення. При цьому факт проживання хворого в сім'ї має свої позитивні сторони, але одночасно породжує чимало проблем. Проживання в сім'ї, при адекватному її відношенні, дає пацієнтам ряд переваг, забезпечуючи соціальну та фінансову підтримку, надаючи захист від ізоляції, бездомності і стресових життєвих ситуацій. Але, в той же час, реакція сім'ї на хворобу і її лікування буває неоднозначною. Перш за все це обумовлено тим, що шизофренія як хронічне захворювання носить міжособистісний, соціальний та культуральний характер, а не є явищем, що стосується тільки одного пацієнта [Ференди, Абарбанель, 2005]. Становище ускладнюється тим, що поява в сім'ї настільки важкого і високостигматизуючого захворюван-

ня призводить до вираженого порушення існуючого гомеостазу сімейної системи (ролей, меж, очікувань, бажань і надій). У результаті хвороби пацієнт стає нездатним до створення та збереження повноцінного функціонування в сімейному оточенні [Гурович, 2004]. Повсякчас негативна реакція сім'ї на наявність захворювання, агресивна позиція щодо назначуваної терапії провокують більш часті загострення (як за рахунок несприятливої психологічної обстановки, так і більш частих порушень у режимі прийому терапії), що призводить до поглиблення дефектів і ще більшої дезадаптації пацієнта. Крім того, психічне захворювання одного з членів сім'ї пов'язано з ростом навантаження на інших її членів [Корман, 2009]. Дослідження дозволили більш точно уявити структуру об'єктивних і суб'єктивних труднощів, з якими стикається сім'я [Brissos, 2011]. Показ-